



CAARUD PAUSE DIABOLO

**LES MÉSUSAGES DE MÉDICAMENTS
CHEZ LES MINEUR·E·S NON ACCOMPAGNÉ·E·S,
LES MINEUR·E·S NON RECONNU·E·S
ET LES MINEUR·E·S EN PROSTITUTION**

Étude menée à l'échelle de la métropole de Lyon

DE CARVALHO Enora

FRISSON Olivia

Sous la supervision de PLASSE Anthony

01/09/2021

Pause Diabolo
64, rue Villeroy
69 003 Lyon
Tel : 04 78 62 03 74
pausediabolo@mas-asso.fr

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont permis de rendre cette étude possible, en particulier...

- les deux adolescents qui ont accepté de partager leurs paroles au plus grand nombre ;
- les éducateur·trice·s, ainsi que les bénévoles, qui ont témoigné de leurs expériences ;
- les partenaires de santé qui ont échangé avec nous.

Un grand merci à nos collègues de Pause Diabolo pour leurs apports et leur soutien.

Un remerciement particulier pour Myriam Boudjelthia, ainsi que pour M.Wuillaume.

GLOSSAIRE

ALTM Agence Lyon Tranquillité Médiation

ANESM Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS Agence régionale de santé

ASE Aide sociale à l'enfance

BZD Benzodiazépine

CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement en réduction des risques pour usager·ère·s de drogues

CJC Consultations Jeunes Consommateurs

CSAPA Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DASRI Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DPJJ Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

EMCDD European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

GABA Acide gamma-amino-butérique

HAS Haute autorité de santé

MNA Mineur·e·s non accompagné·e·s

OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies

PEKO Programme d'échange de kits en officine

PES Programme d'échange de seringues

RdRD Réduction des risques et des dommages

SNPES-FSU Syndicat national des personnels de l'éducation et du social de la protection judiciaire de la jeunesse

SPA Substance psychoactive

TDS Travailleur et travailleuse du sexe

TREND Tendances récentes et nouvelles drogues

TROD Test rapide d'orientation diagnostique

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	3
TABLE DES MATIERES	4
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE.....	6
I. Politiques publiques rattachées	6
II. Présentation du dispositif concerné.....	9
III. Contexte de la réflexion initiale	12
IV. Public concerné	13
V. Définitions des concepts	15
A. Un phénomène d’ampleur au Maghreb.....	15
B. Les médicaments concernés	17
1. Prégabaline	17
a. Dénomination.....	17
b. Effets recherchés et secondaires	18
c. Dépendance et sevrage	19
2. Benzodiazépines (BZD)	20
a. Dénomination.....	20
b. Effets secondaires et mésusage	21
c. Dépendance et sevrage	22
3. Interaction des produits	23
VI. Enjeux et objectifs de l’étude.....	23
PARTIE II : DONNÉES EMPIRIQUES	25
I. Provenance de nos données.....	25
II. Lieux de vente des médicaments concernés dans la ville de Lyon	26
A. Place Gabriel Péri.....	26
B. Médicaments vendus place Gabriel Péri, et leurs prix.....	27
C. Déplacement des réseaux de vente vers les consommateur·trice·s	28
III. Populations concernées sur la ville de Lyon.....	29
A. Mineurs Non Accompagnés (MNA)	29
1. Jeunes concernés par le mésusage de médicaments.....	29
2. Oralisation des consommations	30
3. Mises en danger : judiciarisation et prostitution	32

B. Mineur·e·s en prostitution	32
1. Caractérisation de la prostitution des mineur·e·s.....	33
2. Prostitution des mineures sur la ville de Lyon	34
3. Consommation et prostitution	36
C. Entretiens avec des consommateurs.....	37
IV. Accompagnement sur les lieux d'accueil de MNA.....	39
A. Positionnements institutionnels au regard des consommations	39
B. Sentiments d'envahissement et de manque de temps	39
C. Comprendre, parler et accompagner les consommations.....	40
D. Constats des mises en danger et des souffrances des jeunes	41
E. Volonté de protéger les lieux d'accueil.....	42
V. Accompagnement vers la prise en charge médicale	42
A. Soins en addictologie.....	42
B. Services d'urgence et hospitalisations	43
C. L'expérience des services d'addictologie	44
PARTIE III : RECOMMANDATIONS	45
I. Interventions RdRD auprès des jeunes en consommation.....	45
II. Travail avec les équipes, professionnelles ou non, des lieux d'accueil	48
III. Accès aux soins.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXE I : LES BENZODIAZEPINES ET LEURS ETOILES	54
ANNEXE II : ESTIMATION DES BESOINS QUANTITATIFS SUR LE TERRAIN..	55

PARTIE I : CADRE THÉORIQUE

La Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) s'appuie, d'après Alain Morel et al., sur le postulat de départ selon lequel la criminalisation de la drogue et de ses usager·ère·s, ainsi que l'injonction au soin, non seulement ne permettent pas une prévention en santé publique optimale, mais n'empêchent pas le trafic de se développer. « *Les efforts menés par les associations pour renforcer les capacités des usagers de drogues à préserver leur santé sont ainsi contrecarrés par le maintien d'une politique ultra-répressive vis-à-vis des drogues et de leurs usagers, et inopérante pour la santé publique.* »¹

C'est sur cette base théorique que se construit, comme nous le verrons dans cette première partie, le cadre de notre action socio-éducative. Les réflexions qui soutiennent cette étude sont éclairées au prisme de la philosophie RdRD, dont nous allons préciser les bases, ainsi que le contexte d'émergence.

Le cadre de cette étude concerne le mésusage de certains médicaments - prégabaline et benzodiazépines - dans un contexte spécifique, celui de la consommation chez les mineur·e·s sur l'agglomération lyonnaise. Il est à noter que ce type de pratique est d'ores et déjà repéré parmi la population adulte, en situation de marginalisation ou non. Nous l'appréhendons dans notre quotidien professionnel. Cependant, bien qu'il puisse s'agir de médicaments et de mésusages similaires, ces phénomènes n'en restent pas moins distincts.

I. Politiques publiques rattachées

La RdRD trouve son origine dans la nécessité d'une réponse pragmatique au développement du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les usager·ère·s de drogues. La politique de répression de la drogue, et par extension de ses consommateur·trice·s, a eu pour effet d'isoler ces dernier·ère·s face au VIH. Le principe est de protéger la santé des usager·ère·s de drogues quelles que soient leurs pratiques de consommation et/ou sexuelles. La vente libre de seringues en pharmacie est autorisée par le décret du 13 mai 1987 par Michèle Barzach, ministre de la Santé. Suivent les premiers programmes d'échange de seringues (PES) portés

¹ Morel A., Chappard P., Couteron J.-P. et al., *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris : Dunod, 2012.

par Médecins du monde, puis « en 1992, l'équipe du PES à Paris crée le premier kit de prévention pour usagers de drogues par voie intraveineuse. Il est, sur les conseils des usagers, conditionné dans un tube, facile à mettre dans la poche intérieure d'une veste, et contient deux seringues, un flacon d'eau stérile, un préservatif et un message de prévention. Cet outil expérimental sera repris par d'autres intervenants, et Médecins du Monde cédera la licence de ce kit au ministère de la Santé en 1996 »². Les boutiques, lieux d'accueil pour les usager·ère·s de drogues, sont créées, les programmes méthadone se développent. Les combats portés par les acteurs de la RdRD (Asud, Aides, Arcades, etc., mais également par des professionnel·le·s de santé) poussent l'État à reconnaître l'efficacité de cette démarche. C'est la déclaration de Simone Veil du 21 juillet 1994 qui initie la mise en place de mesures pour la RdRD de la part de l'État. Celles-ci, subventionnées par le ministère de la Santé, permettent de pérenniser les actions menées et d'améliorer l'accès au soin global pour les usager·ère·s de drogues. Cela marque un tournant dans la politique de santé publique : que les produits consommés soient licites ou illicites, l'évaluation et la prise en charge des risques et des dommages deviennent une responsabilité de l'État.

La RdRD est inscrite dans le droit français le 9 août 2004 avec la loi n°2004-806 relative à la Politique de santé publique, puis abrogée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dans l'article L3121-3 du Code de la santé publique :

« I. La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

II. Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

² Ouvrage collectif, *Histoire et principes de la Réduction des Risques, Entre santé publique et changement social*, Paris : Médecins du monde, 2013.

4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

III. L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

IV. La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral »³.

À la suite de la loi du 26 janvier 2016, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), qui est ensuite intégrée à la Haute autorité de santé (HAS), publie ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant le secteur de l'addictologie. En novembre 2017 paraît *La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*, puis un document à destination des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en janvier 2020⁴. L'ANESM définit les risques et dommages sous trois aspects :

« • la santé somatique : blessures, accidents, intoxication, transmission de maladies infectieuses, atteintes à l'organisme (peau, système veineux, système pulmonaire, foie, etc.), surdose, dépendance, etc. ;

• la santé mentale : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc. ;

• l'inclusion sociale : stigmatisation, exclusion sociale (logement, emploi, etc.), isolement social, conséquences judiciaires de l'usage de substances illicites, atteintes aux personnes et aux biens (violence, accidents, engagement dans des activités frauduleuses, etc.) »⁵.

³ Voir le lien : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031917375/

⁴ HAS, *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*, 2019.

⁵ ANESM, *La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*, 2017.

Introduites par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, les Agences régionales de santé (ARS) sont des établissements publics, ces derniers ont « *pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation [...] des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code [...]* »⁶. Ce sont dix-sept ARS qui sont réparties sur l'ensemble du territoire français, elles sont ensuite représentées dans les départements par des délégations. Les ARS ont la mission de piloter la politique de santé publique, incluant notamment :

- la veille sanitaire et l'observation de la santé ;
- l'élaboration et le financement des actions de prévention et de promotion de la santé, ainsi que leur évaluation ;
- la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion de crises sanitaires.

Mais, elles ont également la responsabilité « *de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé* »⁷.

II. Présentation du dispositif concerné

La RdRD concerne toutes les formes de consommation de substances psychoactives (SPA), quel que soit le produit (licite ou illicite, stimulant, dépresseur ou perturbateur), la consommation (inhalation, injection ou ingestion) ou l'usage (expérimental, récréatif, ponctuel, abusif, etc.). En effet, les SPA ne mènent pas systématiquement à un rapport de dépendance physique ou psychique, mais leur consommation peut induire des prises de risques. La RdRD considère la personne dans son entièreté, quelles que soient sa situation, son identité et ses pratiques, afin de lui fournir les informations adaptées à ses besoins et lui procurer les outils nécessaires à la préservation ou à l'amélioration de sa santé. Les enjeux de la RdRD sont, notamment, la prévention des virus de l'hépatite C et du VIH, la réduction des risques liés à la consommation de SPA ou encore un accès facilité au soin de manière globale. Cela implique entre autres un travail de sensibilisation auprès des professionnel·le·s de santé ou des

⁶ Voir le lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>

⁷ *Ibid.*

travailleur·euse·s sociaux·les sur les représentations sociales inhérentes à l'usage de drogue, afin de réduire la stigmatisation et l'exclusion des personnes concernées.

La philosophie de la RdRD repose sur des valeurs qui cadrent les modalités d'intervention :

- le non-jugement : la personne usagère de drogues doit être respectée dans ses pratiques et ses décisions. Les intervenant·e·s en RdRD reconnaissent la dignité d'autrui et respectent les choix qu'ils·elles font quant à leurs usages de drogues et les risques associés.
- l'inconditionnalité : l'accompagnement en RdRD des personnes usagères de drogues n'est pas conditionné par un arrêt de la consommation. Elles sont considérées là où elles en sont, sans injonction au soin ou à l'insertion sociale.
- le savoir expérientiel : les personnes usagères de drogues participent au développement et à la mise en œuvre des actions qui leur sont destinées au titre de la reconnaissance des compétences qu'ils·elles ont développées au cours de leurs parcours de vie.
- l'aller-vers : les intervenant·e·s de RdRD sont actif·ve·s dans la rencontre avec les personnes consommatrices et ils·elles se déplacent sur les lieux de vie, de consommation ou de sociabilité.

En 2006, les CAARUD remplacent les boutiques des années 90 en gardant les mêmes principes, dont l'accueil anonyme et gratuit. Les différentes missions de ces structures sont détaillées dans l'article R3121-33-1 du Code de santé publique :

« • *L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;*

• *Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :*

- *L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;*
- *L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;*
- *L'incitation au dépistage des infections transmissibles ;*

• *Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;*

• *La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;*

• *L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues* »⁸.

Les CAARUD sont sous l'autorité de l'ARS, cette dernière organise le développement de la RdRD sur la région en prenant en considération les spécificités territoriales. Cela implique des disparités en fonction de l'engagement des ARS vis-à-vis de la démarche de RdRD, mais également en fonction de la mise en œuvre du dispositif, en effet « *suivant les associations sollicitées, leur historicité, leur mode d'approche, les contextes immobiliers locaux, les contractualisations sont différentes* »⁹. Financés par l'Assurance maladie, les CAARUD sont gérés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé. Il y aurait 151 CAARUD sur le territoire français, selon les sources de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) de 2019, qui suivrait environ 80 000 personnes.

Dans le département du Rhône, il existe deux CAARUD : Aria-RuptureS de l'association Oppelia et Pause Diabolo de l'association Le Mas. Le travail partenarial entre les deux structures tend à partager le territoire afin de diffuser le plus largement possible l'approche de RdRD auprès des usager·ère·s de SPA. Le programme d'échange de kits en officine (PEKO) en est un exemple concret avec une répartition est-ouest de l'agglomération lyonnaise pour le développement de notre travail partenarial auprès des pharmacies. PEKO permet un accès gratuit aux kits d'injection Steribox, aux filtres Stérifilt et aux conteneurs de déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) au sein des pharmacies participantes. Ce programme offre une plus grande accessibilité au matériel de consommation et place les pharmacies en tant que partenaires privilégiés du développement de la RdRD.

L'association Le Mas gère trente-deux services qui se répartissent sur trois pôles : accompagnement des victimes et accès au droit, accompagnement des personnes en précarité et accompagnement des usager·ère·s de SPA. La structure Pause Diabolo est située dans le sud du 3^{ème} arrondissement, à la limite de 7^{ème}. Pour autant, les personnes qui fréquentent le service ne sont pas spécifiquement localisées dans ce secteur. Elles sont originaires de l'ensemble de l'agglomération lyonnaise, voire de départements limitrophes (Loire et Isère). L'équipe est

⁸ Voir le lien : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911904

⁹ Le Naour G., Hamant C., Chamard-Coquaz N., *Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien*, Lyon : CERPE, DGS, 2014.

constituée de cinq travailleur·euse·s sociaux·les (4,5 ETP) et de deux infirmières (1,5 ETP), ainsi que d'une médecin et d'une pharmacienne à temps partiel.

Pause Diabolo propose du matériel stérile de consommation, un accompagnement en RdRD et/ou l'accès au soin du lundi au vendredi de 10 heures à 18 heures. Des accueils collectifs ont également lieu cinq fois par semaine, dont un accueil spécifique pour les personnes se définissant femmes, des interventions de partenaires extérieurs (l'association de santé sexuelle ENIPSE, le Dispensaire Vétérinaire Étudiant de Lyon, etc.) ou encore une après-midi vouée au Test rapide d'orientation diagnostique (TROD) et aux analyses de produits. Ces dernières sont réalisées à Pause Diabolo où est installé le laboratoire régional d'analyse des drogues. Il regroupe des collecteurs de l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes et il est associé au réseau national Analyse ton Prod. Ce dispositif est non seulement un outil important de RdRD, mais il permet également de participer activement à la veille sanitaire locale et nationale.

Les actions de RdRD n'ont pas lieu exclusivement sur la structure, afin de limiter le risque de se couper d'un grand nombre de consommateur·trice·s. L'aller-vers se construit sur deux volets d'interventions : d'une part les maraudes qui s'étendent sur les 3^{ème} et 7^{ème} arrondissements et d'autre part les interventions sur le lieu de vie ou le lieu d'accueil qui couvrent, elles, l'ensemble de l'agglomération lyonnaise. Elles prennent la forme de visites à domicile ou encore de permanences dans les lieux d'hébergement et les accueils de jour. L'équipe participe aussi à la sensibilisation et à la formation de professionnel·le·s de diverses structures médico-sociales afin de diffuser la démarche de RdRD et de favoriser un accompagnement adapté auprès des personnes consommatrices de SPA. Tout ce travail permet le tissage d'un réseau partenarial dans le but d'étendre la RdRD le plus largement possible.

III. Contexte de la réflexion initiale

Lors d'une intervention dans le cadre de PEKO, nous avons été interpellé·e·s par une préparatrice d'une pharmacie partenaire, située dans le 8^{ème} arrondissement de Lyon, à propos de l'apparition d'une nouvelle pratique de consommation. En effet, de jeunes adultes du quartier ingéreraient des mélanges de médicaments agglomérés en une pâte dans les alentours de la pharmacie. Nous avons exploré les lieux désignés, mais nous n'avons pas rencontré de potentiels consommateurs, ni trouvé de trace de consommation spécifique.

Quelques jours plus tard, dans le cadre du développement partenarial, nous rencontrons des médiateur·trice·s de l'Agence Lyon Tranquillité Médication (ALTM) afin d'aborder l'organisation du travail de rue dans le cadre de nos missions respectives d'aller-vers. Nos interlocuteur·trice·s sont implanté·e·s sur des secteurs du 8^{ème} arrondissement, ils·elles interviennent également sur la place Gabriel Péri, à la limite du 3^{ème} et du 7^{ème} arrondissements. Ces professionnel·le·s nous informent d'une consommation conséquente de certains médicaments, qui peut aboutir à des comportements violents menant parfois à la judiciarisation. Ils·elles constatent cette pratique depuis une année. Selon eux·elles, celle-ci concernerait entre autres des mineurs non accompagnés (MNA).

L'analogie de ces deux échanges, survenus dans un court intervalle de temps, a éveillé notre curiosité. C'est un sujet qui nous est relativement inconnu, bien que le phénomène semble avoir lieu sur notre territoire d'intervention, à proximité de nos services.

IV. Public concerné

Notre travail d'enquête s'est centré sur les MNA en situation de mésusage de médicaments dans l'agglomération lyonnaise. Un·e MNA est un·e mineur·e pour lequel il est reconnu « [qu'] aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent »¹⁰.

Le·la mineur·e est sous la responsabilité du département au titre de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) qui confie la prise en charge à ses services ou à tous services publics ou associatifs auxquels ces missions ont été confiées. Une évaluation est initiée afin d'envisager la reconnaissance ou le refus de reconnaissance de minorité du·de la mineur·e accueilli·e, ainsi que la confirmation de son isolement familial. Cette décision est prise par le·la président·e de la Métropole de Lyon sur la base du rapport de synthèse émis par le·la professionnel·le chargé·e de l'évaluation sociale.

Lorsque la minorité est reconnue, le ministère de la Justice propose une orientation de placement au sein du territoire afin d'étayer l'ordonnance de placement. En effet, une cellule

¹⁰ Circulaire du 19 avril 2017 relative à la protection judiciaire de l'enfant

au sein du ministère fixe les objectifs de répartition proportionnée des accueils de ces mineur·e·s entre les départements. Si le·la jeune n'est pas reconnu·e mineur·e, il·elle n'est plus pris·e en charge par l'ASE et il·elle est réorienté·e dans le droit commun. Il est possible, à ce stade, de lancer une procédure de reconnaissance de la minorité. Cependant, la démarche, qui nécessite l'accès à un avocat, est longue et durant cette période le·la mineur·e non reconnu·e est livré·e à lui·elle-même, ce qui signifie vivre à la rue.

Selon le rapport d'activité de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)¹¹, en 2019, 16 760 jeunes ont été déclaré·e·s MNA et ont obtenu une ordonnance de placement. En 2020, ce sont seulement 9 524 jeunes qui ont bénéficié de cette prise en charge, la DPJJ explique ces chiffres par l'épidémie de COVID-19 et la fermeture des frontières qui en a découlé. Les MNA pris·es en charge sont très majoritairement des garçons (en moyenne 95 % sur les dernières années), âgés de 16/17 ans (79,92 % des MNA en 2020). Ils·elles sont principalement originaires de la Guinée (19,05 % en 2020), de la Côte d'Ivoire (13,54 %) et du Mali (12,86 %), mais également du Bangladesh, Algérie, Tunisie, Afghanistan, Maroc, Pakistan (entre 7,38 % et 4,90 %). Il n'existe aucune donnée concernant le nombre de mineur·e·s non reconnu·e·s.

En 2020, ce sont 370 MNA qui ont été confié·e·s par décisions judiciaires sur l'agglomération lyonnaise¹². Ils sont alors hébergé·e·s dans des structures dédiées à cet accueil, qui sont réparties sur l'ensemble du territoire. Ces prises en charge peuvent se faire au sein de collectifs ou dans des appartements¹³. En revanche, il n'existe pas de chiffres concernant les mineur·e·s non reconnu·e·s qui se retrouvent soit en cours de procédure judiciaire afin de faire reconnaître leur minorité, soit en errance. Des collectifs s'organisent depuis plusieurs années afin de pallier cette situation. Le collectif du Collège sans frontières Maurice Scève est l'un des plus actifs de la région lyonnaise. Le 28 mai 2021, les membres de ce collectif se trouvent dans l'obligation d'installer un campement dans le 4^{ème} arrondissement de Lyon. Les jeunes sont ensuite réparti·e·s sur plusieurs lieux : onze sont hébergé·e·s en résidence pour personnes âgées, vingt-six sont installé·e·s dans un lieu mis à disposition par la municipalité, quarante sont dans un squat, dix étaient en hébergement temporaire solidaire et citoyen.

¹¹ Voir le lien : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_activite_MNA_2020.pdf

¹² Voir le lien : <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>

¹³ Voir le lien : [https://www.infomie.net/spip.php?page=annuaire-imprimable&dep\[\]=144](https://www.infomie.net/spip.php?page=annuaire-imprimable&dep[]=144)

V. Définitions des concepts

A. Un phénomène d'ampleur au Maghreb¹⁴

Lorsque nous avons initié nos recherches, lors d'échanges informels avec des professionnel-le-s, le terme de *Karkoubi* a émergé. Il désigne un cocktail de psychotropes, de quelque nature que ce soit, utilisé en dehors d'une prescription médicale à des fins thérapeutiques. À la lecture de la presse francophone maghrébine, il est possible de constater que le mésusage de médicaments psychotropes apparaît dans les préoccupations sociétales depuis au moins 2004. Le terme *Karkoubi* est associé à la petite délinquance des quartiers populaires du Maroc et à des faits divers sordides. Selon le média en ligne *Yabaladi*, 80 % des jeunes incarcérés à la prison pour mineurs de Casablanca ont commis des infractions sous l'effet de psychotropes. Le média cite Jalal Taoufik, psychiatre et directeur du Centre national de prévention et de recherche en toxicomanie : « *consommés à très fortes doses, ces psychotropes, appartenant tous à la famille des benzodiazépines, peuvent entraîner leur consommateur à commettre des folies, à avoir des réactions très agressives, d'une impulsivité incroyable. [...] Le produit les désinhibe et leur ôte toute capacité de jugement, ils sont capables de s'automutiler* »¹⁵.

Les médicaments se troquent au marché noir à bon prix, le Rivotril® est fréquemment cité. Le principal effet secondaire de ces médicaments est la somnolence. Mais, du fait de leur action sur le système nerveux central, ils peuvent « *modifier la perception de la réalité* », comme l'explique Maria Sabir, addictologue, « *le consommateur perd contact avec le réel, il perd toute notion d'architecture humaine et sociale. Il peut être sujet à des hallucinations et se trouve souvent dans des états de désinhibition totale* »¹⁶. Les effets peuvent être paradoxaux, le passage à l'acte agressif devient alors plus facile, d'autant que les médicaments sont additionnés et/ou associés à de l'alcool. Les consommateurs peuvent montrer de l'irritabilité prononcée, voire exprimer de la violence. Cette dernière peut être retournée contre soi avec des actes d'automutilation.

¹⁴ Nous avons masculinisé cette partie du fait de l'absence d'informations concernant les jeunes filles dans nos sources. Celles-ci emploient systématiquement le masculin sans qu'il soit possible de savoir si cela est lié aux faits ou à une facilité d'écriture.

¹⁵ Voir le lien : <https://www.yabiladi.com/article-societe-1658.html>

¹⁶ Voir le lien : <https://www.medias24.com/2014/06/10/enquete-sur-le-karkoubi-la-drogue-accusee-de-tous-les-maux/>

Les saisies de la Direction générale de la sûreté nationale marocaine concernent principalement des produits provenant du pays voisin à sa frontière est. En Algérie justement, c'est le Lyrica®, surnommé *Saroukh* (fusée), qui connaît le plus de succès sur le marché noir des médicaments. La consommation de cet antiépileptique est tellement banalisée que des chanteur·teuse·s populaires en chantent les louanges¹⁷. Le phénomène a fini par concerner également la Tunisie, les Algériens venant s'y alimenter. Un intense trafic de médicaments s'étend entre les trois pays du Maghreb, ainsi qu'avec la Libye. Le fait que ces produits soient des médicaments donne la sensation qu'ils ne représentent aucune menace pour la santé, ils sont consommés dès l'adolescence sans conscience des effets secondaires¹⁸.

En France, l'Assemblée nationale a produit en mars 2021 un *Rapport d'information sur les problématiques de sécurité associées à la présence sur le territoire de mineurs non accompagnés*. Dans ce document, les rapporteurs s'inquiètent de la forte consommation de médicaments, tels que le Rivotril®, qui facilite les passages à l'acte délictueux, mais contribue également à leur précarité sanitaire. « *Selon le syndicat national des personnels de l'éducation et du social de la protection judiciaire de la jeunesse (SNPES-PJJ/FSU), certains MNA " sont attendus à la sortie du commissariat ou du tribunal par des personnes plus âgées ", qui les chargent de revendre des cigarettes ou de participer à des trafics de stupéfiants en échange d'un hébergement, du financement de leur dépendance aux médicaments ou d'un remboursement d'une dette contractée en France ou dans leur pays de provenance* »¹⁹. Le rapport Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) 2019 de la région Rhône-Alpes précise, cependant, que « *tous les MNA ne sont pas consommateurs de produits psychoactifs. La quasi-totalité des MNA pour lesquels il est mentionné des usages de produits sont originaires du Maghreb, principalement marocains, et nous avons vu dans les nationalités représentées que le Maghreb, et plus particulièrement le Maroc, ne représente qu'une très faible minorité de ces jeunes* »²⁰. Le rapport TREND 2018 de Bordeaux note sur ce sujet la difficulté d'évaluer l'âge exact des jeunes hommes concernés par ces problématiques de consommation et de délinquance²¹.

¹⁷ Parmi lesquel·le·s, Cheb Djalil, Cheb Fayçal el mignon ou encore Cheba Houda Cristal.

¹⁸ Voir le lien : <http://www.santenews-dz.com/sensibilisation-contre-lyrica/>

¹⁹ Voir le lien : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_lois/l15b3974_rapport-information#_Toc256000003

²⁰ Tissot N., *Phénomènes émergents liés aux drogues, Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019*, OFDT, 2020.

²¹ Lazès-Charmetant A., *Phénomènes émergents liés aux drogues, Tendances récentes sur les usages de drogues à Bordeaux en 2018*, OFDT, 2019.

B. Les médicaments concernés

Nous allons au préalable définir les termes essentiels qui concernent cette partie :

- **Mésusage de médicaments** : consommation de médicaments en dehors d'une démarche thérapeutique encadrée. Elle est non conforme en termes d'indication, de voie d'administration, de posologie ou de durée de traitement. Cette consommation est considérée comme récréative.
- **Polyconsommation** : association de différents produits psychoactifs. Elle peut impliquer des médicaments, de l'alcool et/ou des produits illicites. Les effets vont alors s'additionner.
- **Dépendance**²² : lorsque le fait de ne plus consommer un ou plusieurs produit(s) psychoactif(s) entraîne des douleurs psychiques et/ou physiques.
 - *Dépendance psychique* : l'arrêt ou la réduction brusque conduit le sujet à être exclusivement préoccupé émotionnellement et mentalement par les effets de la drogue, et donc par le fait d'en reprendre. La privation peut générer des angoisses, des malaises, une dépression.
 - *Dépendance physique* : l'organisme s'est habitué à la présence continue du produit, lorsque la concentration de celui-ci descend en-dessous d'un certain seuil, le syndrome de sevrage apparaît sous la forme de symptômes physiques.
- **Tolérance** : « diminution des effets produits par une même dose de drogue et donc une perte de sensibilité à la substance »²³. Les doses doivent alors être augmentées et leurs prises rapprochées afin de pouvoir ressentir les mêmes effets.

1. Prégabaline

a. Dénomination

La prégabaline est un antiépileptique chimiquement apparenté à une substance présente dans le cerveau, l'acide gamma-amino-butyrique (GABA). Elle se rend au cerveau pour bloquer la libération de certains neurotransmetteurs qui induisent des signaux douloureux et excitateurs. Par cette action, elle induit une sensation de soulagement de la douleur et de calme, c'est pour cette raison que cette molécule a des usages médicaux divers. Commercialisée depuis 2006,

²² Centre québécois de lutte aux dépendances, *Drogues, savoir plus, risquer moins, le livre d'information*, 7^{ème} édition, 2014.

²³ Voir le lien : <https://www.ofdt.fr/glossaire/r-u/>

elle est utilisée chez l'adulte dans le traitement de l'épilepsie, de douleurs neuropathiques ou de troubles anxieux généralisés. Les doses thérapeutiques sont comprises entre 150 et 600mg par jour sur deux ou trois prises. Le Lyrica® fait partie des médicaments à base de prégabaline.

b. Effets recherchés et secondaires

Lors des consommations inscrites dans le contexte d'un mésusage, les effets recherchés sont :

- un effet désinhibant ;
- une ébriété ;
- l'euphorie ;
- un effet anxiolytique ;
- une logorrhée.

La revue *Prescrire* reporte les résultats d'une synthèse d'essais cliniques : « avec la prégabaline, l'euphorie a été ressentie par six fois plus de patients qu'avec un placebo. [...] Cette euphorie a été ressentie dès 300mg de prégabaline par jour »²⁴. La revue rapporte les dires de quatre patients suédois qui décrivent un état qui serait tel « un voyage amphétaminique ». Maylis Dufau décrit dans sa thèse les effets à forte dose, « on retrouve des hallucinations visuelles, telles que des déformations du visage, des " petits traits qui volent ", ou encore des difficultés de compréhension et d'élocution. On se sent " sortir de son corps " »²⁵. La prégabaline est régulièrement associée à d'autres substances afin d'augmenter les effets euphorisants.

Selon le dictionnaire médical *Vidal*, les effets secondaires sont variés :

- Dans plus de 10 % des cas : étourdissements, somnolence, maux de tête.
- Dans 1 à 10 % des cas : augmentation de l'appétit, sensation d'euphorie, confusion des idées, désorientation, troubles de l'attention ou de la mémoire, tremblements, difficultés à parler, fourmillements, engourdissements, fatigue, insomnie, vision double ou floue, vertiges, bouche sèche, constipation, vomissements, ballonnements, nausées, troubles de l'érection, sensation d'ivresse, prise de poids, crampes, douleurs articulaires ou dorsales, maux de gorge.

²⁴ *Prescrire*, « Gabapentine, prégabaline : abus et dépendances », n°340, février 2012.

²⁵ Dufau M., *Le mésusage de la Prégabaline chez les toxicomanes*, Thèse de diplôme d'État de docteur en pharmacie, Université de Bordeaux, 2020.

- Dans moins de 1 % des cas : perte du goût, perte d'appétit, dépression, rêves anormaux, agitation, nervosité, troubles de la vision, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, perte de connaissance, bouffées de chaleur, douleur mammaire, règles douloureuses, difficulté à respirer, nez bouché, difficulté à uriner, incontinence, anomalie de la numération formule sanguine.

Il ajoute une alerte spécifique : « *un risque accru de dépression et de comportement suicidaire a été observé chez les patients traités par antiépileptiques. Les causes de ce risque ne sont pas connues et il ne peut être exclu avec ce médicament* »²⁶.

c. Dépendance et sevrage

La revue *Prescrire* rappelle le risque de dépendance à la prégabaline qui justifie la nécessité de réévaluer régulièrement son indication. « *Les usagers décrivent une euphorie, avec des effets proches de ceux de l'alcool et des benzodiazépines. En France, entre 2014 et 2018, 181 cas d'abus ont été rapportés, dont 106 cas en 2018. Cette année-là, la prégabaline était au 4e rang des médicaments les plus cités dans les ordonnances falsifiées* »²⁷. C'est pour cette raison que de nouvelles conditions de prescription ont été mises en place le 24 mai 2021. Comme le résume l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : « *l'usage détourné est essentiellement à visée de défonce/euphorie dans un contexte de polyconsommation de substances psychoactives, mais aussi à visée anxiolytique, antalgique ou hypnotique. Dans plus de la moitié des cas, elle est ainsi associée à une autre substance, majoritairement une benzodiazépine (65 %), en particulier le clonazépam* »²⁸.

L'installation de la tolérance semble très rapide avec la consommation de prégabaline. Pour reprendre le témoignage d'un usager sur le site de *Psychoactif* : « *Un hic tout de même : l'accoutumance. Après un trip à 1g bien sympathique, si tu te remets 1g le lendemain tu le sentiras comme 300mg à peine. Il faut donc espacer au maximum les prises* »²⁹. Les symptômes physiques et psychiques de manque apparaîtraient six heures après la dernière prise. Cela fait

²⁶ Voir le lien : <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/pregabaline-biogaran-75379.html>

²⁷ *Prescrire*, « Abus et dépendances à la Prégabaline en hausse en France et ailleurs », n°444, octobre 2020.

²⁸ Voir le lien : <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>

²⁹ Voir le lien : <https://www.psychoactif.org/forum/t13178-p1-quel-dose-lyrica-devient-recreatif.html>

entrer très rapidement la personne consommatrice dans une dynamique d'augmentation des doses en termes de quantité et de fréquence.

Son fabricant fait savoir que « *des symptômes de sevrage peuvent survenir chez certains patients à l'arrêt du traitement : insomnie, maux de tête, anxiété, nervosité, dépression, nausées, diarrhée, état grippal, douleurs, convulsions, sueurs* », plus loin il est précisé qu'il existe « *un risque accru de dépression et de comportement suicidaire [...] observé chez les patients traités par antiépileptiques* »³⁰. Les symptômes physiques se manifesteraient surtout dans les premières 48 heures qui suivent l'arrêt. L'interruption du traitement doit se faire de manière progressive et sur une période minimale d'une semaine quelle que soit l'indication.

La revue *Prescrire* détaille également dans l'un de ses articles : « *parmi les douze observations de dépendances, d'abus ou de symptômes de sevrage imputées à la prégabaline recensées dans la base française de pharmacovigilance, sept patients ont eu des symptômes de sevrage lors de l'arrêt de la prégabaline. Quatre patients ont été hospitalisés pour nausées, vomissements, sueurs, agitations, confusions, délires, violences, hyperexcitations, tristesses, vulnérabilités émotionnelles, pleurs incessants, dépressions ou la sensation de " redescendre " liée aux psychotropes. Chez une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer, ces troubles ont été associés à une aggravation des troubles préexistants : agressivité, agitation avec logorrhée, éléments délirants et refus de soins. Deux patients ont repris la prégabaline du fait de l'apparition de symptômes de sevrage* »³¹.

2. Benzodiazépines (BZD)

a. Dénomination

« *Les benzodiazépines sont une classe particulière d'anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques utilisés principalement pour le soulagement de l'anxiété et le traitement des troubles du sommeil* ». ³² Cette tournure de définition globale et simplifiée permet de rendre accessible et rapide la visualisation de ce que sont les BZD, dans le cadre de la médication comme dans celui du mésusage.

³⁰ Voir le lien : <https://www.vidal.fr/medicaments/lyrica-25-mg-gel-69626.html>

³¹ *Prescrire*, « Prégabaline, gabapentine : dépression respiratoires », n° 444, octobre 2020.

³² *Drogues, savoir plus, risquer moins, le livre d'information, op. cit.*

Cependant, cette classe englobe de nombreux médicaments dont la composition, et donc les effets, attendus ou non, varient. Le *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDD) en dresse un portrait détaillé permettant d'appréhender le socle commun inhérent à cette classe, ainsi que les catégories qui la composent³³. Substances synthétiques agissant en dépresseurs du système nerveux central, elles facilitent, comme la prégabaline, la transmission du neurotransmetteur GABA. Les compositions des différentes BZD varient autour d'un squelette moléculaire de base commun.

Selon le EMCDD, les BZD sont divisées en deux catégories, les sédatifs/hypnotiques et les anxiolytiques. Leurs durées d'action varient entre courte, intermédiaire, et longue. De nombreux médicaments aux noms commerciaux communément connus rentrent dans la classe des BZD, comme le Xanax®, le Valium® ou encore le Rivotril®.

b. Effets secondaires et mésusage

Le ministère des Solidarités et de la Santé rappelle, via un article « Focus Médicaments sur les benzodiazépines »³⁴, que des effets secondaires divers et variés peuvent apparaître en fonction du sujet, de la durée du traitement et de la posologie. S'y retrouvent à titre d'exemples : somnolence, confusion, troubles de l'équilibre, de la concentration, maux de tête, dépression, etc.

Comme le montre de manière claire la classification des BZD selon leurs étoiles³⁵, les effets ressentis lors de leur consommation varient sensiblement selon le schéma moléculaire. Les BZD nommées sur le terrain par les consommateur-trice-s dans le cadre d'un mésusage sont généralement celles ayant de fortes actions hypnosédatives (endormissement), myorelaxantes (relâchement, décontraction musculaire) et/ou sur l'anxiété psychique. Ce sont ces effets en particulier qui sont recherchés lors des prises, et non les effets primaires majeurs.

³³ Voir le lien : https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines_fr

³⁴ Voir le lien : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/les-benzodiazepines>

³⁵ Voir Annexe 1 : Les benzodiazépines et leurs étoiles

c. Dépendance et sevrage

Enfin, une problématique de dépendance aux BZD est admise et repérée. Elle apparaît au bout de quelques semaines de consommation, même si celle-ci est thérapeutique et encadrée médicalement. La HAS propose au corps médical un protocole d'encadrement de l'arrêt des BZD³⁶. Cette fiche mémo stipule notamment que tout traitement par BZD doit faire l'objet d'une évaluation médico-psycho-sociale de la personne à qui il est prescrit. Celle-ci doit également se voir expliquer les effets secondaires, les risques de dépendance, ainsi que les modalités d'arrêt. La HAS indique notamment qu'une démarche d'arrêt doit être proposée à toute personne étant sous BZD depuis plus de trente jours. Cette démarche doit être encadrée et comprend une surveillance après l'arrêt complet.

L'arrêt encadré et progressif est préconisé du fait des symptômes de sevrage, qui selon leur gravité peuvent aller dans certains cas jusqu'à la nécessité d'une hospitalisation. Un effet rebond ou une rechute peuvent également survenir lors de la réduction et l'arrêt. Le ministère des Solidarités et de la Santé synthétise ces trois catégories comme suit :

« • *Symptômes de sevrage : apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise (exemples : anxiété, insomnie, céphalée, hallucinations, confusion, convulsions, coma, etc.)*

• *Effet rebond : réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée (anxiété, insomnie).*

• *Rechute : réapparition des signes cliniques antérieurs au traitement (anxiété, insomnie, attaques phobiques, etc.) »³⁷*

Ces effets secondaires indésirables, ainsi que la dépendance et les symptômes de sevrage, étant susceptibles d'apparaître que la prise des BZD soit encadrée médicalement ou non, il est primordial que l'arrêt, s'il est souhaité, soit systématiquement progressif, encadré et accompagné, y compris dans le cadre du mésusage.

³⁶ HAS, Fiche Mémo, *Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire*, juin 2015.

³⁷ Voir le lien : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/bon-usage-par-les-professionnels/article/le-bon-usage-des-benzodiazepines-par-les-professionnels-de-sante>

3. Interaction des produits

Si des médicaments et des SPA sont consommés en même temps, ces substances peuvent se renforcer mutuellement, ce qui peut rapidement conduire à une overdose. Les interactions sont imprévisibles, et ce d'autant plus si les substances consommées sont nombreuses.

Le fait que la prégabaline et les BZD soient des déprimeurs va intensifier les effets secondaires, tels que les étourdissements, la somnolence, la confusion et la difficulté à se concentrer³⁸. Les risques de dépression respiratoire sont donc d'autant plus accrus. Il en est de même avec les risques d'overdose qui sont multipliés par trois avec l'association opiacé/prégabaline et par quatre dans celle héroïne/prégabaline.

VI. Enjeux et objectifs de l'étude

La démarche de recherche s'est initiée à partir du constat de notre méconnaissance de ce type de consommations. Elle a ensuite été motivée par les échanges avec des professionnel-le-s éducatifs qui accompagnent ces adolescent-e-s consommateur-trice-s sur l'agglomération lyonnaise et qui demandent des outils de compréhension afin d'étayer leurs pratiques. La mairie nous a demandé par la suite une étude de terrain en bonne et due forme avant d'envisager d'éventuelles actions de terrain.

Nous n'avons pas prétention à être exhaustives, ni à répondre à toutes les attentes des partenaires. En l'absence de travaux sur ces questions au niveau local, nous avons simplement eu le désir de collecter des données qualitatives afin de proposer une base de réflexion. Nous espérons que celles-ci seront complétées à l'avenir par d'autres projets de recherche et d'action. L'enjeu était déjà de comprendre quels sont les mésusages de médicaments chez les adolescent-e-s, d'initier une exploration des territoires de vente et de consommation, et de réunir la parole de celles et ceux qui consomment ou qui accompagnent.

Les objectifs de cette étude sont donc de :

- Informer de la situation de mésusage de médicaments chez les MNA, les mineur-e-s non reconnu-e-s et les mineur-e-s en prostitution sur l'agglomération lyonnaise ;

³⁸ Voir le lien : <https://www.drugs.com/drug-interactions/gabapentin-with-xanax-1147-0-133-54.html>

- Proposer des outils de compréhension de ces pratiques de consommation, ainsi que des conseils qui s'inscrivent dans une démarche de RdRD pour les équipes éducatives (ainsi que les équipes bénévoles des collectifs de solidarité) qui accompagnent ces adolescent-e-s au quotidien ;
- Émettre des préconisations à partir des éléments observés lors de cette étude et sur la base de nos missions en RdRD.

PARTIE II : DONNÉES EMPIRIQUES

En parallèle de cette compilation théorique nous permettant d’appréhender le phénomène dans sa globalité, nous avons mené une recherche empirique au travers de rencontres avec divers acteur·trice·s de terrain. L’optique de cette démarche était de comprendre au mieux les enjeux spécifiques à la ville de Lyon.

Pour des raisons de confidentialité, nous avons anonymisé intégralement le recueil de données constituant cette partie de l’étude. Pour rappel, l’anonymat est garanti dans le cadre de nos missions en CAARUD.

I. Provenance de nos données

Afin d’appréhender au mieux la situation à Lyon, nous avons pris l’initiative de contacter l’ensemble des lieux d’accueil de MNA. La prise de contact s’est faite par un email de présentation des informations que nous avons collectées, nous avons expliqué notre désir de recueillir davantage de données et notre souhait de construire des outils de réduction des risques pour les professionnel·le·s au vu de leurs missions d’accompagnement. Il faut noter qu’une grande partie des structures n’ont pas répondu à notre sollicitation. Nous ne sommes pas en mesure d’évaluer si c’est le symptôme d’un déni ou de l’invisibilisation d’une pratique, ou si ce sont des lieux qui ne sont pas confrontés à ces consommations.

STRUCTURES OU SERVICES CONTACTÉS			
Foyer Anef	Rencontré	Bergame	Sans réponse
Association Prado	Sans réponse	Marsh	Sans réponse
IDEF	Sans réponse	L’escale lyonnaise	Sans réponse
Foyer Notre-Dame-du-Grand-Port	Rencontré	Le PASAJ	Sans réponse
		FJT Monod	Rencontré
Samie (AJD)	Sans réponse	Le collectif Amie	Rencontré
La Majo (AJD)	Sans réponse	Réseau Samdarra	Sans réponse
Terramies	Rencontré	La Station	Rencontré

Nous avons également contacté les lieux de soin afin d'envisager les prises en charge existantes, les modalités d'accueil et de financement, les limites et les difficultés auxquelles ces services peuvent être confrontés. Les échanges ont eu lieu par email ou par téléphone.

SERVICES CONTACTÉS			
CSAPA HEH	Échanges	CSAPA Griffon	Sans réponse
CSAPA Croix-Rousse	Échanges	SUAL Vinatier	Échanges
CSAPA Lyade	Échanges	CSAPA Corbas	Échanges

Enfin, lorsque nous maraudons en rue, dans le cadre du travail d'aller-vers inhérent au CAARUD, nous rencontrons des jeunes hommes dont le discours concernant leur consommation s'ouvre de plus en plus. Nous pensons que notre meilleure compréhension du phénomène nous pousse à construire des interventions plus propices à la libération de la parole. Nous rencontrons ces jeunes dans certains lieux clefs du 7^{ème} arrondissement de Lyon - la place Raspail, la place Mazagran -, mais également aux alentours de la gare Part-Dieu. Ces lieux faisant partie des territoires de maraude que nous avons pu cibler afin de nous y implanter, ils ne constituent en rien une liste exhaustive des endroits où les jeunes concernés seraient amenés à passer du temps.

II. Lieux de vente des médicaments concernés dans la ville de Lyon

A. Place Gabriel Péri

Le résumé des entretiens avec des professionnel·le·s et des jeunes consommateurs rencontrés en rue amène à comprendre qu'un des lieux de vente principaux sur la ville de Lyon est concentré sur la place Gabriel Péri, dans le 7^{ème} arrondissement.

Communément appelé place du Pont, cet espace multimodal regroupe diverses populations, ainsi que divers trafics. Plateforme de transit au regard des différents modes de transports en commun disponibles - bus, métro, tram -, la place du Pont concentre également des points de stagnation aux fonctions variées. Des espaces de ventes improvisées d'articles divers - vêtements, cosmétiques, bijoux - sont installés, puis font l'objet d'un démantèlement par les forces de l'ordre, et ce plusieurs fois au cours de la journée. Les ventes à la sauvette de produits - cannabis, cigarettes, médicaments - se pratiquent debout, dans une dynamique de passage

plutôt que de stagnation. Les maraudes de rue effectuées par l'équipe de Pause Diabolo ont notamment permis d'éclaircir certaines distinctions claires nommées par les personnes elles-mêmes. À titre d'exemple, celles vendant ou consommant du cannabis répondent presque systématiquement qu'elles « ne touchent pas à ça » lorsque nous leur parlons de consommation par inhalation via une pipe à crack ou injection.

Pour ce qui est des médicaments objets de cette étude, les jeunes consommateurs que nous avons pu rencontrer nomment que des transactions continues se font sur la place du Pont. Ils indiquent que les ventes se font rapidement et sont faciles d'accès.

B. Médicaments vendus place Gabriel Péri, et leurs prix

Un recueil précis, bien que non exhaustif des médicaments en vente sur cette place, ainsi que des tarifs appliqués, a pu nous être transmis par une éducatrice qui s'est intéressée de près à la question. Connus en argot sous l'appellation globale la *Capoula* (« capsule » en arabe), ces divers cachets voient leurs prix varier en fonction du produit et de la dose. Les origines des stocks sont diverses : ils peuvent être collectés à Lyon via des détournements ou falsifications d'ordonnances, tout comme provenir de grosses livraisons depuis Marseille, issues d'approvisionnements français ou encore maghrébins.

Ainsi, concernant les ventes place du Pont en date de juillet 2021, les produits connus, avec leurs prix pour certains, sont donc les suivants :

- **Lyrice®** : nom commercial de la prégabaline, en argot *Saloukh* (« fusée » en arabe), vendu sous quatre doses, majoritairement en 300mg mais aussi en 50, 75, et 150mg. Le jeu de l'offre et de la demande pèse particulièrement sur ce médicament. Le cachet de 300mg coûtait 1 euro avant l'épidémie de COVID, le prix est monté à 3 euros durant le confinement, pour atteindre 10 euros depuis la mise en place des ordonnances sécurisées en mai 2021.
- **Rivotril®** : BZD antiépileptique, en argot *El Hamra* (« la rouge » en arabe).
- **Parkinane®** : médicament parkinsonien peu souvent évoqué par les consommateurs, mais dont le nom est tout de même ressorti comme produit disponible à la vente en rue.
- **Lysanxia®** : BZD anxiolytique.
- **Kietyl®** : nom commercial algérien du Lexomil, BZD anxiolytique.

- **Laroxyl®** : médicament antidépresseur.
- **Tramadol®** : médicament antalgique opiacé. Connu en argot sous l'appellation JSK (en référence à une équipe de football kabyle), il serait communément mélangé avec d'autres produits plutôt que consommé seul.
- **Artane®** : médicament parkinsonien, vendu en doses de 2mg « pour se calmer ».
- « **Ruda** » : médicament non identifié à ce jour, il est fort probable que cette appellation relève de l'argot.
- **Subutex®** : traitement de substitution aux opioïdes - donc ni BZD, ni prégabaline. Prix courant 10 euros le comprimé (contre 15 euros encore récemment).

Le Lyrica® et le Rivotril® seraient les produits les plus consommés, que ce soit séparément ou ensemble. Le mélange le plus prisé serait composé de 300mg de Lyrica® et de 2mg de Rivotril®. L'effet recherché pour le Lyrica® seul serait l'oubli, le cocktail ayant plutôt pour but de se « défoncer le crâne ». Les médicaments seraient souvent consommés avec une boisson gazeuse, car cela ferait monter plus vite le produit. Les consommations d'alcool et/ou de cannabis sont également évoquées. Le mode de consommation par sniff serait parfois utilisé, mais cette pratique serait rare. Enfin, il semblerait que certains produits existent sous forme de gouttes. Ils seraient alors moins facilement disponibles, l'achat se faisant en retrait de la rue. La bouteille coûterait en moyenne deux fois plus cher qu'en pharmacie.

C. Déplacement des réseaux de vente vers les consommateur·trice·s

En parallèle de ce point de transactions fixe reconnu, il s'avère que les membres du réseau vendant les médicaments sont amenés à se déplacer vers les lieux de résidence ou d'accueil des jeunes consommateur·trice·s - nous verrons ci-après les différences constatées sur les terrains entre les consommations masculines et féminines. Les professionnel·le·s de terrain nomment en effet constater des transactions aux alentours des lieux d'accueil, parfois même juste devant. Les contacts se feraient alors par téléphone, les appels incessants de sollicitation rendant difficile, voire impossible la coupure entre les jeunes et le réseau. Cette problématique spécifique amène des enjeux de sécurité dans les lieux d'accueil face auxquels les professionnel·le·s se trouvent souvent démuni·e·s. La présence du trafic aux alentours des lieux d'accueil peut faire l'objet d'interventions spécifiques mêlant encadrement éducatif et réduction des risques.

III. Populations concernées sur la ville de Lyon

A. Mineurs Non Accompagnés (MNA)

1. Jeunes concernés par le mésusage de médicaments

Nous précisons au préalable que la consommation de médicaments dans un contexte de mésusage ne concerne pas tous les MNA, comme évoqué précédemment³⁹. Les dires de toutes les équipes éducatives que nous avons pu rencontrer vont également en ce sens. Nous pouvons enfin affirmer que, parmi les MNA que nous rencontrons en rue, les consommateurs sont loin d'être majoritaires.

Les échanges avec les divers·es professionnel·le·s des lieux d'accueil permettent de dessiner un profil des consommateurs majoritairement repérés, à savoir des MNA et des mineurs non reconnus, de sexe masculin, d'origine marocaine ou algérienne.

Il ressort des échanges avec les jeunes, rapportés par leurs éducateur·trice·s de terrain, que cette consommation était presque systématiquement déjà existante avant leur arrivée en France. Elle démarre très tôt dans le pays d'origine, dès l'âge de 11 ou 12 ans. Elle s'initie dans la rue, les premiers cachets étant souvent proposés gratuitement jusqu'à ce que la dépendance s'installe. Les jeunes étant passés par l'Espagne rapportent avoir continué leur usage là-bas, décrivant des modèles de vente et d'achat similaires à ceux reconnus en rue en France.

Le déchirement lié à la séparation d'avec la famille, ainsi qu'au départ du pays d'origine, vient se coupler à la violence de l'arrivée dans un nouveau pays dont les codes culturels et sociaux diffèrent. Alors qu'à cela s'ajoute l'isolement inhérent à la condition même de MNA⁴⁰, les jeunes concernés auront donc spontanément tendance à essayer de se rapprocher des membres de la communauté expatriée. Il semblerait que cette dynamique soit exploitée par les réseaux de vente, la condition pour rester avec des personnes issues du même pays d'origine étant d'être alors constamment exposé à la consommation.

³⁹ Tissot N., *op. cit.*

⁴⁰ Woestelandt L. et al. « L'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs isolés étrangers : conséquences psychologiques », *L'Autre*, 2016, vol. 17, n°1, (pp. 35-43) : « *les mineurs isolés étrangers sont souvent confrontés à plusieurs événements traumatiques dont l'intensité et la répétition facilitent la constitution d'un traumatisme psychique. Chaque phase de la migration (pré migratoire, per migratoire, post migratoire) comporte des risques d'exposition à des traumatismes de nature différente.* »

Également, les jeunes rencontrés en rue mentionnent régulièrement des besoins d'oublier, que ce soient des situations de vie difficiles vécues dans leur pays d'origine, les conditions dans lesquelles ils se trouvent actuellement ou encore un mélange de tout ceci. Nombre d'entre eux nous nomment notamment vivre à la rue, ils indiquent que les conditions sont alors extrêmement difficiles et que la consommation peut les aider à les oublier pour un temps.

Nous pouvons enfin noter que d'autres profils de personnes concernées commencent à être repérés. Des éducateur·trice·s intervenant auprès de MNA nous ont indiqué accompagner de jeunes consommateurs issus de l'Afrique sub-saharienne. Il semblerait, les concernant, que la consommation ait commencé à l'arrivée en France, et non dans le pays d'origine. Des profils de jeunes usager·ère·s occidentaux·ales commenceraient également à émerger. Nous n'avons pas plus de visibilité sur ces populations consommatrices, cependant les professionnel·le·s disent avoir des besoins en accompagnement similaires : compréhension du phénomène, informations sur les médicaments concernés et possibilité d'accompagnement en RdRD et/ou en soin.

2. Oralisation des consommations

La plupart des équipes éducatives accompagnant des MNA consommateurs nomment que la parole semble pour eux difficile à se libérer en ce qui concerne la prise de médicaments. Elle serait plus largement mise sous silence, contrairement aux consommations d'alcool et de cannabis, qui tendraient à être plus facilement banalisées, et donc évoquées. Il ressortirait tout de même qu'un certain déni de la dépendance existerait, du fait notamment que la consommation ne se fasse ni par injection ni par inhalation. Cependant, lorsque le lien de confiance est établi, des professionnel·le·s disent voir la parole se libérer petit à petit.

Cette tendance à ne pas mettre en mots les consommations n'existe cependant pas partout. Une équipe a notamment pu nous décrire l'exact inverse, les jeunes consommateurs, largement minoritaires sur l'effectif total, étant fortement décomplexés au regard de leurs prises de médicaments. Le peu de personnel éducatif comparativement à la taille des groupes ne permet en revanche pas de tisser un lien privilégié avec tous, et donc d'aborder dans le détail les consommations.

Parmi les MNA que nous rencontrons en rue, nombre se disent non concernés, indiquant ne consommer que du cannabis, voire n'avoir aucune consommation. Certains disent connaître des jeunes mésusant des médicaments et sont donc tout de même au fait des tendances existantes. Cependant, parmi ceux qui se disent concernés et qui évoquent une consommation de médicaments achetés en rue, la parole se libère rapidement et facilement une fois nos missions expliquées. Nous leur indiquons notamment ce qu'est la RdRD, et que nous ne sommes ni dans le jugement, ni dans l'injonction de soin. La protection de l'anonymat revient également, les jeunes pouvant nommer avoir peur en ce qui concerne le traitement de leurs informations personnelles. La question de leurs situations administratives, souvent complexes, semble les affecter particulièrement car le risque de se voir refuser une régularisation pèse lourd sur leur quotidien.

Les jeunes verbalisant leurs consommations évoquent des prises quotidiennes dont les quantités varient énormément. Certains parlent de deux Lyrica® par jour, d'autres évoquent des prises bien plus importantes pouvant aller jusqu'à vingt par jour, plusieurs médicaments confondus. Ils indiquent ne pas être en mesure de se lever et de commencer leur journée s'ils ne prennent pas les médicaments - ceux qui reviennent le plus dans les discours étant le Lyrica® et le Rivotril®. Ils disent également ne pas parvenir à avoir des interactions sociales quelles qu'elles soient lorsqu'ils ne sont pas sous l'emprise de ces produits. Au fil des interventions, nombre d'entre eux nous déposent que, du fait qu'ils aient commencé la consommation à un jeune âge, ils ne sont pas en mesure de se connaître eux-mêmes en état de sobriété.

Les équipes éducatives ont également pu nous décrire des comportements hétéro-agressifs adoptés par des jeunes dans certains états de consommation. Il semblerait que ces conduites surviennent sous l'emprise de mélanges, que ce soit de plusieurs médicaments, ou bien de médicaments et d'alcool. Elles se traduisent par des agressions verbales et/ou physiques, pouvant aller parfois jusqu'à l'appel aux services médicaux d'urgence. En effet, les équipes expliquent que, lors de ces passages à l'acte, il est impossible de rentrer en contact avec les jeunes concernés car ceux-ci semblent alors déconnectés. Ensuite, lorsque les professionnel-le-s abordent ces situations avec les jeunes, ces derniers disent ne pas s'en rappeler et ne pas avoir conscience des faits et gestes qu'ils ont pu poser. Ceci peut s'expliquer par l'effet combiné des mélanges de médicaments comme nous l'avons vu précédemment.

3. Mises en danger : judiciarisation et prostitution

Les équipes de terrain accompagnant des MNA rapportent que ceux qui sont consommateurs seraient plus à risque de se trouver en position d'être judiciarisés. En effet, des actes délictueux peuvent être posés, et ce pour des raisons diverses.

En premier lieu est cité l'accès à la consommation. Lorsque les produits sont achetés en rue, l'apport financier nécessaire est non négligeable et peut pousser certains jeunes au passage à l'acte - des vols à la tire sont notamment évoqués par des éducateur-trice-s. Certains jeunes mentionnent aussi aux équipes participer à la vente de cigarettes, par exemple sur la place du Pont. Cette activité peut leur être rémunérée par le réseau soit en médicaments, soit en argent. Également, lorsque les médicaments sont obtenus via des prescriptions, celles-ci peuvent déboucher sur des falsifications d'ordonnances. En deuxième lieu, les équipes nous indiquent que les actes de violence posés sous l'effet de la consommation peuvent mener à des interpellations, notamment lorsqu'ils ont lieu dans l'espace public. Ces judiciarisations peuvent rentrer en considération dans les dossiers des MNA concernés, au risque de mettre en péril leur situation administrative déjà complexe.

Un autre phénomène est évoqué par les équipes, sans qu'il puisse être réellement mis en mots. Il semblerait que certains jeunes soient à risque de prostitution du fait de leur nécessité d'obtenir les produits qu'ils consomment. Une équipe a pu notamment nous expliquer la situation d'un jeune qui leur en a parlé. Cette pratique n'étant quasiment pas évoquée par les jeunes, il est difficile de la quantifier et d'en comprendre les enjeux. Il est notamment pour nous impossible de définir s'il s'agit d'actes individuels, ou bien d'un fonctionnement de réseau. Bien qu'opaque pour ce qui relève de la situation des MNA, le phénomène de prostitution des mineur-e-s à Lyon commence à être repéré et parlé notamment sur les lieux d'accueil éducatifs, comme nous allons le voir ci-après.

B. Mineur-e-s en prostitution

Ainsi, dans le cadre de notre démarche de compréhension du mésusage de médicaments, certain-e-s professionnel-le-s intervenant en protection de l'enfance ont pu indiquer repérer de plus en plus ces consommations chez une population féminine. Ils-elles expliquent que ces

usages interviendraient notamment dans le cadre de la mise en réseau prostitutionnel par laquelle plusieurs jeunes filles sont concernées.

Le fait que la question de la prostitution des mineur·e·s soit ainsi abordée par diverses équipes éducatives nous pousse en premier lieu à définir de quoi il s'agit. Nous verrons ensuite comment se dessine ce phénomène pour ce qui concerne les jeunes filles à Lyon, avant de le croiser avec celui de la consommation.

1. Caractérisation de la prostitution des mineur·e·s

Il est important de définir dans un premier temps pourquoi nous parlons ici de réseau de prostitution et de mise en danger des personnes mineures, et non de travail du sexe. En effet, la philosophie RdRD promeut le non-jugement et accompagne les travailleurs et travailleuses du sexe (TDS) dans le cadre de la réduction des risques sexuels. Défendant les droits humains en priorité, et la liberté de chacun·e à pouvoir disposer de son corps comme il·elle l'entend, les associations travaillant en RdRD, dont Pause Diabolo fait partie, soutiennent les droits des TDS et ne condamnent en aucun cas leurs pratiques. Cependant, l'activité professionnelle non reconnue par l'État qu'est le travail du sexe constitue, selon Amnesty International, « *l'échange de services sexuels, dont des relations sexuelles, entre adultes consentants contre une rémunération, selon des conditions convenues entre le vendeur et l'acheteur. [...] Les termes "travailleuses et travailleurs du sexe" et "travail du sexe" ne s'appliquent ni aux enfants, ni aux victimes de la traite.* »⁴¹

À l'international, la prostitution des personnes mineures fait l'objet d'études et de définitions spécifiques. Dans les études concernant les échanges économique-sexuels, la majorité civile des personnes les pratiquant est en effet un prérequis. À titre d'exemple, nous pouvons citer la définition du sexe de survie par la Covenant House (New York) : « *We defined survival sex as involving individuals over the age of 18 who have traded sex acts [...] to meet the basic needs of survival* »⁴². Ainsi, la prostitution pratiquée par toute personne mineure avec une personne

⁴¹ Voir le lien : <https://www.amnesty.org/fr/documents/pol40/4061/2016/fr/>

⁴² Covenant House, *Homelessness, Survival Sex and Human Trafficking : As Experienced by the Youth of Covenant House New York*, 2013. Traduction : « Nous avons défini le sexe de survie comme impliquant des individus de plus de 18 ans qui échangent des actes sexuels [...] en vue d'accéder aux besoins primaires de survie. »

civilement majeure, de manière individuelle comme via des réseaux plus ou moins déployés, ne peut relever d'échanges économique-sexuels pour lesquels le consentement serait éclairé.

2. Prostitution des mineures sur la ville de Lyon

Sur la métropole de Lyon, les mineures concernées seraient nombreuses, et ce parfois dès un très jeune âge - une éducatrice mentionne avoir accompagné des enfants dans ce cas dès l'âge de douze ans. La plupart des jeunes mentionnées par les éducateur-trice-s de terrain ont entre quatorze et dix-huit ans. Ces jeunes peuvent relever ou non de l'ASE, il est en effet arrivé que des familles demandent le placement administratif temporaire de leurs filles car elles se sentent impuissantes face à la prostitution de celles-ci. Nous pouvons donc nous questionner sur le mode de recrutement de la part des membres des réseaux : s'il ne se fait pas systématiquement via les lieux d'accueil, se fait-il via les établissements scolaires, les réseaux sociaux ou autre ? Des professionnel-le-s exerçant sur deux terrains différents nous ont rapporté le même fonctionnement observé : une fois hébergées, certaines jeunes auront tendance à proposer à d'autres de rejoindre le réseau. Les raisons en sont diverses : une pression insupportable, une volonté de plaire pour éviter les représailles, une volonté inconsciente de se venger en n'étant pas « la seule à subir » ou une volonté au contraire de faire profiter des gains matériels et financiers apportés par la prostitution. Ce mode de recrutement tout particulier amène de nouvelles problématiques sur le terrain : comment accompagner avec justesse ces jeunes qui deviennent victimes-auteurs ?

L'exercice même de la prostitution se fait dans différents endroits de la ville, les propos rapportés par les jeunes aux équipes éducatives mentionnent souvent des appartements à Vénissieux. Vides et inutilisés en journée, ces derniers hébergent des soirées poker ou autres jeux le soir et la nuit. Les jeunes filles seraient alors réquisitionnées pour faire le service, distraire les joueurs et avoir des relations sexuelles avec eux lorsqu'ils le demandent. Ces hommes sont généralement décrits comme étant d'âge mûr, bien habillés et ayant un discours pouvant être qualifié de soutenu. D'autres lieux sont évoqués par certaines jeunes aux équipes, à savoir des *Airbnb* en centre-ville de Lyon, des hôtels « bas de gamme », des séjours d'un week-end ou plus sont parfois organisés à Paris ou encore à Marseille.

La prostitution se passe également dans des contextes radicalement différents de celui que nous venons d'évoquer. Certaines jeunes parlent notamment de parkings, caves, allées de résidences,

où les actes sexuels ont lieu dans une dynamique plus précipitée. Une éducatrice a pu nous expliquer que le discours des jeunes lui fait, dans ces cas-là, penser à des viols collectifs plutôt qu'à des actes de prostitution. Certaines d'entre elles ont pu lui indiquer, par exemple, être restées dans une cave plusieurs heures, à avoir des rapports sexuels répétés avec des hommes se succédant, et avoir été « relâchées » en rue avec « juste une barrette de shit ».

Quel que soit le contexte, les relations sexuelles sont généralement échangées contre « du shit », des vêtements, des bijoux, des cosmétiques. Certaines jeunes laissent voir également aux lieux d'accueil « des liasses de billets », laissant comprendre qu'une compensation financière peut exister.

Sur le terrain, les équipes éducatives disent repérer une emprise permanente sur les mineures concernées. Les membres du réseau étant en contact direct avec elles sembleraient être en général de jeunes hommes, parfois mineurs eux-mêmes. En contact téléphonique quasiment permanent avec les mineures, ils exercent une pression constante sous forme de harcèlement. La menace de représailles physiques - passage à tabac-, et sa mise à exécution, font partie des éléments de contrôle exercés. Beaucoup de mineures nomment aussi à leur-e-s éducateur-trice-s avoir un petit copain qui les soutient dans le réseau. Ces relations, qu'elles considèrent comme saines, viennent justifier de surcroît la soumission au réseau dans l'optique de ne pas les voir se terminer. Les réseaux de mise en prostitution des mineures seraient nombreux, et sembleraient difficiles à retracer intégralement. Les recrutements permanents et la multiplication des réseaux tendraient à rendre impossible la sortie complète des jeunes de la dynamique prostitutionnelle.

Le personnel éducatif a pu se tourner vers les forces de l'ordre pour tenter de comprendre comment ce phénomène peut être appréhendé. Les équipes de terrain déplorent qu'il soit rendu possible et que la protection des mineures ne semble pas effective. Des éducateur-trice-s indiquent s'être vu répondre que, les jeunes filles mineures ne divulguant aucune information lorsqu'elles sont au commissariat et ne souhaitant pas faire de déposition, aucune enquête ne puisse être menée. Une éducatrice explique également avoir déjà reçu comme réponse que l'important était d'atteindre les échelons les plus hauts du réseau. Les équipes éducatives disent comprendre que la brigade des mœurs puisse être débordée et que les patrouilles policières escortant les jeunes en retour de fugue jusqu'aux lieux d'accueil ne soient pas mandatées pour aller les chercher sur les lieux de prostitution. Cependant le résultat est que les demandes des

professionnel-le-s de terrain, à savoir l'extraction des jeunes de ces soirées, l'arrestation et la mise en examen des hommes concernés pour relations sexuelles avec mineures, ne semblent donc pas entendues.

Sur les lieux d'accueil, l'accompagnement mis en place relève de la création d'un espace protecteur pour ces jeunes, vers lequel elles puissent se tourner lorsqu'elles peuvent et souhaitent faire une pause. Les éducateur·trice·s nomment l'importance de créer un lien de confiance et un cocon de bien-être pour prendre soin, sans réprimandes ni jugement, afin de ne pas risquer qu'elles ne reviennent pas. Les équipes tendent aussi à se former à l'accompagnement des mineures en prostitution.

3. Consommation et prostitution

Selon les équipes éducatives, certaines des jeunes mises en réseau de prostitution sont également consommatrices des médicaments concernés par cette étude. Il semblerait que les réseaux de prostitution et de consommation soient bien distincts, mais s'alimentent mutuellement.

Lorsque le lien avec le personnel éducatif est assez fluide et qu'elles ne se sentent pas jugées, les jeunes semblent ouvertes à la discussion concernant leurs consommations. Elles ne verbalisent que rarement leur état de dépendance au produit, sans qu'il soit possible de déterminer si c'est parce qu'elles ne le conscientisent pas. Les états de manque et le syndrome de sevrage qui en découle ont déjà pu amener à des hospitalisations.

Un éducateur a pu nous mentionner une situation particulière d'une jeune prise dans un réseau de prostitution, et consommant des BZD et de la prégabaline. Ces consommations ont pu être constatées sur d'autres terrains d'accueil, bien que les SPA prises dans ce contexte semblent multiples. Une éducatrice nous indique notamment que la plupart des jeunes concernées qu'elle a pu accompagner n'avaient pas connaissance des produits consommés. Il s'agissait alors de consommations dans le cadre de la prostitution, les jeunes y étant fortement incitées, voire franchement obligées. Les jeunes indiquent qu'il s'agit de cachets, cela peut donc concerner autant des médicaments divers que, par exemple, des ecstasys.

Certaines jeunes indiquent qu'elles consomment des SPA pour pouvoir « tenir le coup », soit ponctuellement pendant la prostitution ou juste après un passage à tabac, soit de manière plus régulière afin de supporter la situation de manière pérenne.

Les conséquences des consommations sont peu connues des équipes accompagnant les jeunes. Des états de grande fatigue sont régulièrement observés lors des retours de fugues, pouvant être imputables certes aux descentes liées aux consommations, mais également aux actes sexuels répétés ou encore au manque de sommeil. Une éducatrice explique au contraire voir parfois les jeunes revenant de terrains de prostitution dans des états de stimulation physique intense. Elle décrit le comportement des jeunes dans ces cas précis comme joyeux et faisant montre d'un certain sentiment de toute puissance, d'être inébranlables. Il est, là encore, difficile de savoir si ces conduites sont liées à des consommations quelconques.

Ainsi, bien que peu palpable et donc difficile à définir, la consommation de SPA, et notamment de BZD et prégabaline, chez les mineures en prostitution, est un phénomène existant. Ces dernières ne semblent que rarement savoir ce qu'elles consomment exactement, nous pouvons supposer qu'elles n'ont de fait pas accès aux informations et conseils de RdRD qui leur permettraient éventuellement d'appréhender plus clairement leurs propres usages de SPA.

C. Entretiens avec des consommateurs

Nous avons été contactées par des bénévoles de l'AMIE à propos de deux mineurs non reconnus qui consomment des médicaments. Ils nous sont présentés comme souhaitant arrêter leurs consommations. Nous les rencontrons afin d'échanger avec eux à ce propos et leur exposer les options possibles d'accompagnement aux soins. Ils sont originaires du Maghreb et ils ont commencé à consommer dans leur pays d'origine vers l'âge de douze ans. Leur parcours migratoire les a amenés à transiter par l'Espagne, tous deux y évoquent la facilité d'accès aux médicaments. L'un d'eux est passé par Paris où il a vécu à la rue à Barbès. Après une brève incarcération, il est venu à Lyon.

Le premier adolescent est âgé de seize ans, il prend du Lyrica® depuis quatre ans, parfois du Valium®, ainsi que du cannabis. Il explique boire par moment de l'alcool, séparément des médicaments, pour « *que ça le brûle* » dans son corps, notamment quand il est en manque. Il tend à minimiser ses consommations de Lyrica® et évite l'échange sur ces questions. L'une

des raisons évoquées pour expliquer la consommation est le besoin de gérer l'éloignement avec sa mère et la solitude générée. Il exprime une urgence vis-à-vis du soin et ne peut pas cacher sa frustration quand il comprend que les prises en charge possibles ne seront pas immédiates.

Le second adolescent, qui a dix-sept ans, évoque le besoin physique de consommer. En l'absence de ses quatre Lyrica® et de ses quatre Rivotril® dès le lever, il ne peut parler à personne. Il a des sueurs et ne peut pas se tenir debout, cela impacte également son appétit. Il a commencé à consommer du Lyrica® il y a six ans, cela lui permettait de se sentir bien et de parler avec les gens. C'était un Lyrica® par jour, puis les effets n'ont cessé de diminuer, ce qui l'a poussé à augmenter les doses. Il se décrit comme une personne différente sans les médicaments, qui ne peut pas supporter les gens. En plus, il prend du Rivotril® pour « *se sentir comme les autres* ». Il explique augmenter les doses lorsqu'il doit se confronter à des difficultés, il ressent le besoin d'être étayé pour les régler. Dans ces moments, il se sent encombré intérieurement, cela lui permet d'expulser ce trop-plein. Mais, lorsqu'il prend trop de Rivotril®, nous décrit-il, il lui « *arrive des problèmes sans s'en rendre compte* ». Il peut devenir agressif, il assiste alors à ce qu'il fait en tant que spectateur comme si ce n'était pas lui qui le faisait, voire il ne s'en souvient plus.

Leur propos n'est jamais dans la banalisation des consommations, au mieux ils les minimisent en présence des adultes qui les accompagnent, à l'instar de leurs activités à la place du Pont, mais le plus âgé nous dépose le fait que les médicaments aident à dépasser le sentiment de honte que ressentent les vendeurs de cigarettes. Le souhait de « *redevenir comme avant* » est une phrase répétée à plusieurs reprises par les deux adolescents. Si leurs premiers propos, à tous deux, est de prétendre maîtriser leurs consommations et pouvoir arrêter quand ils le souhaitent, ils finissent par exprimer des craintes face au sevrage et aux effets du manque. L'un d'eux explique son désir d'arrêter cette consommation, car il dit haïr la situation d'emprise dans laquelle il est. Pourtant, il se décrit en lutte contre lui-même, 20 % de lui veut arrêter, 80 % veut continuer. Néanmoins, le délai d'admission au sein d'un service d'addictologie est très difficile pour eux à gérer. Les deux adolescents nous ont également interrogé sur les lieux de soin, ils se sont inquiétés de savoir si cela relevait de la psychiatrie, justifiant leur crainte par le fait qu'ils ne sont pas « *fous* ».

IV. Accompagnement sur les lieux d'accueil de MNA

Dans les propos recueillis auprès des équipes éducatives de terrain, il ressort une volonté de pouvoir comprendre et accompagner avec justesse les MNA consommateurs. De ce souhait découle une forme d'impuissance et de frustration puisant leurs sources dans divers aspects de la vie quotidienne et administrative des jeunes et, par ricochet, des groupes.

A. Positionnements institutionnels au regard des consommations

La conscientisation des consommations suppose une prise de recul sur le positionnement institutionnel face au produit. Qu'elles soient licites ou illicites, les SPA sont de manière générale placées du côté des interdits fermes lorsqu'il s'agit de personnes mineures - rappelons par exemple que la vente de cigarettes et d'alcool aux moins de dix-huit ans est défendue par la loi. Les éducateur-trice-s de terrain nous ont expliqué l'impossibilité dans les faits de poser des interdits définitifs au regard des produits. Ils-elles ont de surcroît pu nous dire qu'ils-elles voyaient l'inefficacité de ces techniques de répression et des injonctions au sevrage qu'elles impliquent généralement. Comprenant que la libération de la parole concernant la consommation est primordiale pour avoir matière à travailler avec les jeunes, les équipes font néanmoins face à des difficultés en ce qui concerne la cohérence d'accompagnement. Celles-ci peuvent se retrouver sur deux niveaux. D'une part, le cadre institutionnel réglementaire peut être en décalage avec les actes éducatifs effectivement posés. Ces pas de côté pris peuvent générer, d'autre part, une divergence profonde de positionnements professionnels entre les membres d'une même équipe, pouvant aboutir à des manques de cohésion, mettant à mal les individus comme l'équipe dans son ensemble.

B. Sentiments d'envahissement et de manque de temps

Les équipes rencontrées nomment quasiment toutes un sentiment d'envahissement au regard des situations des jeunes consommateurs. Celles-ci, bien que largement minoritaires sur presque tous les effectifs, finissent par prendre toute la place, tant physiquement qu'émotionnellement. Les professionnel-le-s expliquent ainsi sentir qu'ils-elles n'ont pas la possibilité d'accorder le même temps à chaque jeune. Les situations de consommations génèrent des inquiétudes sanitaires et/ou la nécessité de gérer des états de violence qui peuvent

mobiliser jusqu'à l'ensemble des professionnel-le-s présent-e-s. L'accompagnement des jeunes non concernés peut de fait s'en trouver impacté.

À cela s'ajoute le manque d'effectifs professionnels, verbalisé par la majorité des équipes rencontrées. Les professionnel-le-s se retrouvent alors dans des dynamiques où ils-elles ne peuvent pas mener à bien les accompagnements globaux. Ils-elles indiquent que cela génère des frustrations car ils-elles ont l'impression de ne pas pouvoir travailler correctement avec les jeunes, tant à l'individuel qu'au collectif. Dans ces circonstances, le volet « consommation » des situations peut être difficile à appréhender. Quel espace temporel reste-t-il en effet lorsque les accompagnements administratifs, juridiques, scolaires, vers l'autonomie, etc. sont déjà périlleux à mener de front ?

C. Comprendre, parler et accompagner les consommations

De manière générale, les équipes indiquent pouvoir supposer l'existence des mésusages et de polyconsommations. Elles les repèrent du fait des états de consommation avancés ou de manque observés chez les jeunes, ainsi que grâce aux emballages retrouvés. Plusieurs professionnel-le-s se disent à l'aise d'entamer la discussion à ce sujet et nomment que les interventions sont alors fluides et constructives.

D'autres expliquent cependant ne pas avoir de connaissances pointues sur les produits consommés et leurs effets. Ils-elles signifient alors que cette méconnaissance peut emboliser les discussions autour de la consommation. Plusieurs professionnel-le-s ont en effet pu parler de leur appréhension quant à ces interventions, du fait qu'ils-elles ne soient pas suffisamment outillé-e-s pour les mener. La crainte énoncée concerne le manque de réponses à apporter aux jeunes concernés, et donc le risque d'ouvrir une discussion sans pouvoir absorber les propos, ni apaiser et/ou orienter les jeunes correctement. Plusieurs professionnel-le-s ont également rappelé la complexité des situations administratives des MNA accueillis. Celle-ci, couplée au fait que les équipes mènent des accompagnements globaux, peut générer une certaine distance mise par les jeunes eux-mêmes. Le lien de confiance établi, et la conscientisation que les éducateur-trice-s ne cherchent pas à leur nuire, ne suffit pas pour certains jeunes à dépasser la peur de voir leur dossier administratif impacté négativement. Dans ces cas-là, les consommations sont de fait encore moins oralisées.

Enfin, plusieurs professionnel-le-s ont pu nous dire rencontrer des difficultés d'intervention face aux jeunes lorsqu'ils sont en état de consommation avancé. Certaines rares situations exposées dépeignent en effet des jeunes semblant en rupture avec le réel. Le contact était alors rendu impossible, jusqu'à une inaccessibilité de l'accroche par le regard, et ce même lorsque le-la professionnel-le-s avait un lien éducatif privilégié. Les équipes indiquent que ces événements peuvent alors générer un sentiment d'impuissance.

D. Constats des mises en danger et des souffrances des jeunes

Les équipes rencontrées mentionnent toutes avoir de réelles inquiétudes concernant les jeunes consommateurs accueillis, celles-ci se situent à différents niveaux.

Certaines situations rapportées par les équipes concernent des jeunes pratiquant des scarifications sur leurs propres corps. Les professionnel-le-s expliquent repérer sur leurs bras, leurs torsos, parfois leurs jambes, des cicatrices, anciennes donc pouvant relever d'événements bien antérieurs, ou bien au contraire extrêmement récentes. Certains jeunes concernés ont pu leur indiquer s'être automutilés durant des épisodes de consommation de médicaments. Plusieurs jeunes sont par ailleurs considérés comme à risque suicidaire. Qu'ils soient en consommation ou non, les obstacles rencontrés et les violences subies, tant sur leur parcours migratoire qu'avant ou après, peuvent générer des pensées suicidaires, voire de réelles envies de passage à l'acte. Les dynamiques de consommations peuvent cependant amener un risque supplémentaire, notamment lors des états de manque ou dans les descentes de produits, lorsque la sensation de toute-puissance disparaît. L'accompagnement de ces souffrances peut entraîner un sentiment d'impuissance et une nécessité d'hypervigilance dans les équipes.

Également, des professionnel-le-s exposent la difficulté rencontrée parfois dans l'accroche avec les jeunes. Ces derniers pouvant s'inscrire dans des dynamiques d'errance, le maintien du lien peut s'en trouver fragilisé. Des inquiétudes peuvent être ressenties par les équipes au regard des mises en danger pouvant survenir sur l'extérieur.

E. Volonté de protéger les lieux d'accueil

Certaines équipes rencontrées indiquent avoir des préoccupations concernant la protection des lieux d'accueil. Dans plusieurs cas, des trafics aux abords plus ou moins directs des foyers sont repérés. Ils prennent la forme de livraisons, les contacts ayant lieu, comme peuvent le dire certains jeunes, via *Snapchat* par exemple. Les professionnel·le·s nomment alors qu'il leur est difficile d'assurer aux jeunes en consommation une sécurisation au niveau même du foyer. Ils-elles voudraient que soit rendue possible l'existence d'un cocon dans lequel ces jeunes pourraient s'extraire du milieu de la rue, même ponctuellement.

Dans ces cas-là, des inquiétudes émergent également concernant les jeunes qui ne consomment pas. Les professionnel·le·s indiquent ne pas avoir de prise sur les transactions internes sur les lieux mêmes ou à leur seuil. Ils-elles se demandent alors comment protéger ces jeunes de la mise en contact avec les réseaux via le foyer.

V. Accompagnement vers la prise en charge médicale

Les équipes éducatives expliquent rencontrer de nombreuses barrières lors des demandes de prises en charge médicales des mineur·e·s concerné·e·s par des consommations.

A. Soins en addictologie

Concernant le soin en addictologie, lorsque les jeunes verbalisent une volonté de voir leur consommation encadrée, les délais de prise en charge s'avèrent systématiquement trop long au regard de leur temporalité. Cet obstacle est rencontré d'une manière générale sur la ville de Lyon par la majorité des personnes souhaitant entrer en soin d'addictologie. Le nombre de médecins disponibles ne semble en effet pas répondre à la demande existante. Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous de suivi varient mais ne se situent que très rarement en-deçà d'un mois. Les équipes accompagnant des MNA consommateurs expliquent que ce décalage temporel entre la formulation de la demande et la réponse apportée génère des frustrations à plusieurs niveaux. Les jeunes peuvent nommer qu'ils ne sont pas certains d'être toujours dans une dynamique de vouloir démarrer un suivi et qu'ils préféreraient pouvoir profiter du moment où ils se sentent assez bien pour le faire. Également, un rendez-vous trop éloigné dans le temps peut être manqué pour diverses raisons, le processus doit alors être repris

du début et le délai de mise en place est de nouveau repoussé. Un manque de souplesse pouvant être expérimenté dans le cadre médical est également indiqué comme une barrière par les équipes éducatives. Il a pu arriver que le suivi soit mis à mal par les consommations que des jeunes pouvaient avoir en-dehors du cadre médical - compléments achetés en rue par exemple. La difficulté pour certains jeunes d'honorer leurs rendez-vous de suivi a pu également poser problème.

Nous n'avons pas de réelle visibilité sur la possibilité pour les MNA concernés de se tourner vers les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Certain·e·s professionnel·le·s de terrain nous indiquent que le positionnement des CJC, enjoignant rapidement les jeunes, MNA ou non, à accéder au soin en addictologie, peut faire barrière et bloquer le dialogue.

Les équipes éducatives ont le sentiment que les suivis en addictologie tels qu'ils existent aujourd'hui ne sont pas adaptés à la situation des jeunes concernés. Ces derniers ne semblent pas pouvoir réellement trouver d'espace sécurisé dans lesquels parler de leurs consommations sans qu'une moralisation ou une injonction au soin ne soit émise.

B. Services d'urgence et hospitalisations

Les témoignages des équipes accompagnant des MNA consommateurs de SPA convergent tous vers un même constat : il est difficile voire impossible de les voir accéder à une prise en charge hospitalière rapide, fluide et cohérente. Le renvoi des jeunes consommateurs d'un service à un autre, voire d'un hôpital à un autre, survient presque systématiquement. Les équipes éducatives nous expliquent que les services d'urgence de psychiatrie peuvent avoir tendance à renvoyer vers la pédiatrie et vice versa. L'explication alors donnée au personnel accompagnant et au jeune concerné tient à la situation même. Les parcours migratoires mêlés d'errance et de consommations se révéleraient trop complexes à prendre en charge pour les services pédiatriques.

À cette dynamique circulaire s'ajoute le fait qu'il arrive que la psychiatrie indique ne pas gérer les états relevant de la consommation et renvoie donc vers les soins en addictologie. Ces derniers peuvent alors faire la démarche inverse lorsqu'une souffrance psychique est repérée. Cette difficulté à être pris en charge par les différents services positionnent les MNA concernés dans un flou dont il est difficile de sortir.

Une équipe de terrain a également pu nous indiquer s'être trouvée démunie à la « sortie sèche » d'un jeune qui avait été hospitalisé en urgence à la suite d'une prise de médicaments pour laquelle il avait dû être placé en réanimation. Lors de son bref passage en soins hospitaliers, il avait notamment pu verbaliser des idéations suicidaires. Sorti le lendemain de son réveil, il devait pour des raisons de santé somatique rester en surveillance permanente. Le retour en foyer dans ces conditions avait pu lui faire violence, de plus l'équipe a exprimé s'être sentie démunie et peu équipée pour assurer sa sécurité physique et émotionnelle.

C. L'expérience des services d'addictologie

Les services d'addictologie expriment un intérêt à suivre ce public dans la limite de leur capacité d'accueil. Or ils sont malheureusement confrontés à l'impossibilité de pouvoir répondre, à l'heure actuelle, à toutes les demandes d'accompagnement. Ils ont déjà été sollicités par des lieux de vie ou des soignants. Néanmoins, le sentiment global a un goût d'inabouti. Plusieurs services évoquent des rendez-vous non honorés. Sans compter la difficulté des adolescents à supporter le sevrage de produits, il semble fréquent qu'il soit mis en défaut par un approvisionnement illicite.

Une autre complexité à laquelle sont confrontés les services d'addictologie est le type de produits consommés. Les CSAPA sont limités sur les prescriptions journalières, les doses maximales autorisées ne correspondent pas aux quantités consommées par ce type de consommateurs. Sans compter le fait que le Rivotril® nécessite une prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en neurologie. Ce type de consommation impliquerait souvent une hospitalisation, ce qui n'est pas possible du fait de la situation légale de ces adolescents, particulièrement quand leur minorité n'est pas reconnue.

PARTIE III : RECOMMANDATIONS

À la lumière de ces données recueillies, nous comprenons que les acteurs des divers champs d'intervention – notre CAARUD Pause Diabolo y compris - ne semblent pas équipés pour proposer une prise en charge adéquate du phénomène. Le développement de la compréhension théorique de la question est nécessaire dans l'optique de construire une pratique cohérente. Le manque d'effectifs professionnels se fait également sentir, l'ampleur de nos missions tous publics confondus dépassant de loin notre capacité à les mener à bien, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Comme nous avons pu l'exposer, notre champ d'intervention concerne la RdRD pour les personnes utilisatrices de drogues. Nous ne pouvons donc prétendre élaborer des recommandations pour ce qui concerne la protection des mineur·e·s, qu'ils·elles soient ou non en consommation. Nous ne pouvons que contribuer à mettre en lumière, au travers des dires des professionnel·le·s et bénévoles les accompagnant, ou au travers de leurs discours en rue, les situations critiques - notamment la mise en réseau de prostitution et les solutions d'hébergement précaires voire inexistantes - dans lesquelles ces jeunes peuvent se trouver.

Notre réflexion concernant leurs mésusages de médicaments en est à ses prémices, nous souhaitons pouvoir construire et proposer en partenariat avec les acteurs de terrain des éléments d'interventions les plus justes possibles. Nous comprenons qu'il n'y a pas de solution dite miraculeuse et n'avons pas vocation à précipiter des actions qui ne feraient pas de sens. Nous pouvons cependant d'ores et déjà dégager des pistes de recommandations qui pourraient à terme favoriser des accompagnements et des prises en charges pertinentes pour les mineur·e·s concerné·e·s par le mésusage de médicaments.

I. Interventions RdRD auprès des jeunes en consommation

Au vu des échanges que nous pouvons avoir avec certains jeunes, que ce soit en rue ou lors d'entretiens, nous nous rendons compte que l'amorce de la discussion autour des consommations via la philosophie RdRD semble pertinente. Elle permet en outre la libération de la parole, car elle propose un positionnement non-jugeant. Également, elle expose aux

jeunes la possibilité d'opérer un certain contrôle sur leurs propres consommations, et donc sur leur santé.

Dans cette optique, nous aimerions que ce mode d'intervention puisse être proposé aux jeunes concerné-e-s qui le souhaiteraient. Cela permettrait notamment de diffuser au maximum des conseils de RdRD dont ils-elles pourraient se saisir le cas échéant. En voici quelques exemples majeurs :

- Il peut être important de savoir que la consommation de médicaments sous forme de sniff n'est pas conseillée. Elle risque d'endommager les cloisons nasales ou encore de déclencher des rhinites (rhumes chroniques). Si la personne choisit tout de même ce mode de consommation, il est pertinent qu'elle ait connaissance de l'existence de matériel à usage unique. Opter pour des pailles en papier individuelles permet d'éviter entre autres la transmission de virus tels que l'hépatite C ou le VIH. À noter tout de même que la consommation par voie orale induit une montée plus lente des effets. Le risque de croire que la prise n'a pas fonctionné peut inciter à reconsommer très rapidement. Il est plutôt conseillé d'attendre un certain temps afin d'éviter la surdose.
- De la même manière, afin d'éviter surdoses et exacerbations non voulues des effets, il est conseillé de ne pas trop rapprocher les prises de SPA différentes. Si des effets complémentaires sont espérés, il peut être préférable de procéder à la polyconsommation de manière séparée : prendre un produit et attendre qu'il commence à faire effet avant de décider d'en prendre un autre et en quelle quantité.
- Dans la mesure du possible, il est conseillé de ne pas consommer seul-e ou avec des personnes que l'on ne connaît pas bien. La présence de personnes de confiance peut être bénéfique en cas d'effets néfastes ou de surdose, via la possibilité d'appel aux services de secours. L'inverse peut en revanche poser problème dans la mesure où, en état de consommation, il peut devenir difficile d'avoir le contrôle sur son environnement ou sur ce qui est fait à sa propre personne. Cette notion particulière peut être une amorce de discussion cohérente par exemple avec les mineur-e-s en prostitution. Sans poser de regard jugeant, ni moralisateur, l'ouverture d'une discussion sur leur rapport au corps et le contrôle opéré dessus peut éventuellement passer par ce conseil, qui peut concerner par ailleurs toute personne consommatrice.
- Dans l'optique de savoir ce que l'on consomme, il est conseillé de préférer les médicaments emballés, scellés et dont l'appellation et la date de péremption sont

mentionnées. Cela étant loin d'être toujours possible, les jeunes consommateur·trice·s doivent être informé·e·s de la possibilité de demander de manière gratuite et anonyme l'analyse de leur produit pour en connaître la composition.

Nous rappelons que cette approche RdRD vise en premier lieu à permettre aux personnes de préserver leur santé jusque dans leurs consommations. Elle peut donc découler de fait vers une orientation vers le soin, en addictologie ou non. Ainsi, une explication claire du fonctionnement de l'accès aux soins et un accompagnement le cas échéant doivent pouvoir être proposés aux jeunes qui le souhaiteraient. Cela doit se faire à leur demande, leur volonté et leur consentement sont en effet primordiaux dans la mesure où l'injonction au soin n'est en rien l'objectif.

Aspirant à pouvoir proposer ces possibilités d'accompagnement au plus grand nombre de jeunes concerné·e·s, nous pensons nécessaire d'augmenter notre capacité à faire du travail d'aller-vers. Cela nous permettrait en premier lieu de rejoindre les jeunes concerné·e·s dans les espaces publics qu'ils·elles investissent. Les secteurs extérieurs dans lesquels nous souhaiterions avoir la capacité d'intervenir de manière plus constante sont les places Mazagran, Gabriel Péri et Raspail, ainsi que la Part-Dieu et ses alentours. Lors de notre travail de maraude, nous investissons d'ores et déjà ces quartiers situés à proximité du CAARUD. Afin d'appréhender au mieux les dynamiques de ces territoires et de proposer à toute personne concernée, quel que soit son âge ou sa situation, l'accès à la prévention RdRD, nous estimons nécessaire de ne pas scinder le travail effectué en rue en fonction des publics. Les membres de notre équipe travaillant en aller-vers doivent ainsi être en mesure, sur un même temps de maraude, d'aller à la rencontre des personnes mineures comme majeures quelles que soient leurs consommations. Sur ces secteurs particuliers, nous rencontrons régulièrement des jeunes consommateur·trice·s et nous pensons qu'une présence plus soutenue pourrait nous permettre de les rejoindre de manière plus pertinente. La présence pluridisciplinaire éducative/infirmière en rue permet de croiser les regards et d'apporter une pluralité de réponses aux questionnements émergents chez les jeunes.

Afin de pouvoir leur proposer un moment privilégié, basé sur la confiance et la sécurité des échanges, nous pensons nécessaire de pouvoir déplacer certaines interventions vers des lieux en retrait de l'espace public. Cela peut prendre par exemple la forme d'entretiens, programmés ou spontanés, dans des cafés. Nous pensons également qu'à terme, l'existence de lieux ressources neutres, basés sur le travail RdRD exposé précédemment, pourrait également porter

ses fruits. Il s'agirait d'endroits dans lesquels les jeunes pourraient rencontrer du personnel éducatif et infirmier, via un accueil gratuit, anonyme et sans rendez-vous.

La barrière de la langue pouvant compliquer certaines interventions, nous estimons que l'augmentation des effectifs professionnels en aller-vers⁴³ devrait pouvoir passer dans la mesure du possible par le recrutement de personnes polyglottes. La pratique courante de l'arabe, de l'espagnol ou encore de l'anglais seraient des atouts non négligeables. Dans tous les cas, un partenariat resserré avec un service d'interprétariat doit être mis en place. La possibilité de requérir spontanément une traduction téléphonique quand le besoin s'en fait sentir serait d'ores et déjà une ressource essentielle.

Quel que soit le jeune public rencontré, MNA, mineures en prostitution ou autres mineur-e-s éventuellement concerné-e-s que cette étude n'a pas permis de mettre en lumière, nous rappelons que nos interventions se basent sur la libre-adhésion et s'articulent autour de la consommation. Nous n'avons pas prétention à proposer un accompagnement global. C'est pourquoi il est primordial de travailler en lien étroit avec les partenaires et les structures d'accueil qui le souhaitent. La nécessité d'étoffer les effectifs en aller-vers vient ainsi répondre, en plus des besoins en rue, aux éventuels besoins rencontrés par ces différents acteurs situés sur l'ensemble de la métropole lyonnaise, voire au-delà.

II. Travail avec les équipes, professionnelles ou non, des lieux d'accueil

À la lumière des entretiens avec les équipes, nous souhaitons pouvoir proposer à celles qui le souhaitent des sessions de sensibilisation⁴⁴. Celles-ci permettraient de proposer, d'une part, un apport théorique concernant les consommations en elles-mêmes, ainsi que sur la philosophie RdRD. D'autre part, nous pourrions travailler sur la mise en mots des consommations, comment les aborder mais aussi quelles réponses peuvent, par exemple, être apportées aux propos déposés par les jeunes. Les sujets abordés seraient ceux demandés par les équipes, en fonction des réalités qu'elles rencontrent sur le terrain. Nous pouvons proposer un travail autour de situations spécifiques ou bien au regard de questionnements plus larges. Ceux-ci peuvent concerner, par exemple : les positionnements qui peuvent aider à la préservation des lieux d'accueil ; la prévention auprès des jeunes, qu'ils-elles consomment ou non, afin de leur

⁴³ Voir annexe 2 : Estimation des besoins quantitatifs sur le terrain

⁴⁴ Voir annexe 2 : Estimation des besoins quantitatifs sur le terrain

permettre une meilleure compréhension du phénomène ; les possibilités existantes d'orientations des jeunes concerné-e-s ; ou encore la mise en mots des ressentis des équipes au regard des situations.

Cela supposerait également, pour les équipes qui en sentiraient la nécessité, la mise au travail du positionnement institutionnel au regard des réalités illicites. L'objectif final serait qu'elles puissent trouver un fil conducteur auquel chaque membre de l'équipe pourrait se fier afin de proposer des interventions en cohésion. Les positionnements de chacun-e pourraient alors être entendus et mobilisés en équipe afin que tous et toutes trouvent du sens dans les pratiques éducatives communes.

Enfin, pour les équipes qui le souhaitent, nous pouvons orienter vers des lieux et professionnel-le-s ressources - nous y compris le cas échéant - en cas de questionnements précis ou de besoins d'échanger. Nous restons également à disposition pour rencontrer certain-e-s jeunes si besoin est. Les professionnel-le-s qui en évalueront la nécessité peuvent se sentir libres de parler de l'existence des CAARUD et de la possibilité de rencontrer des travailleur-euse-s en RdRD. Des rencontres sur les lieux d'accueil ou en extérieur peuvent alors être programmées avec les jeunes qui le souhaiteraient.

III. Accès aux soins

À partir des données que nous avons collectées, nous soumettons les points qui nous semblent significatifs afin de faciliter l'accès aux soins pour ces adolescent-e-s. Cela est principalement lié à la nécessité d'une meilleure prise en considération des spécificités de ce public dans les prises en charge. Ces adolescent-e-s sont ou ont été livré-e-s à eux-elles-mêmes, pour la plupart depuis plusieurs années. Leur vulnérabilité a été exploitée sous de nombreuses formes par des adultes sans recevoir de protection suffisante de la part des institutions faisant fonction de, la défiance qu'ils-elles ressentent envers elles ne peut pas se résorber spontanément. Les fugues ou les mises en échec du soin ne devrait pas aboutir à la remise en question d'une prise en charge. Dans la même logique, la difficulté à réintégrer un cadre après un parcours d'errance, la précarité économique qui les pousse à développer leurs propres stratégies de survie ou encore l'isolement social nécessitent une certaine souplesse dans les modalités de prise de rendez-vous et dans l'acceptation que l'accompagnement puisse être potentiellement sinueux. Nous défendons d'ailleurs le principe d'une consommation médicalement supervisée, lorsqu'elle est

souhaitée par ces adolescent·e·s, afin de les préserver des diverses mises en danger évoquées précédemment, ainsi que pour faciliter l'accroche au soin.

Construire un espace d'accueil et d'accompagnement spécifique pour ce profil de consommateur·trice·s pourrait faciliter l'accès aux soins, mais également améliorer la qualité de la prise en charge médicale, en particulier dans l'hypothèse d'une consommation supervisée de prégabaline et de benzodiazépines. Une équipe pluriprofessionnelle permettrait d'envisager ces adolescent·e·s dans leur globalité. Ainsi, le lien étroit entre leur santé psychique et leurs conduites addictives pourrait être plus facilement articulé en prenant en considération les spécificités de leurs traumatismes. Comme le recommande l'ANESM⁴⁵, la représentation culturelle du·de la patient·e de sa propre maladie doit être prise en compte dans le cadre de l'approche thérapeutique. Il faudrait pour cela un travail en étroite collaboration avec un service d'interprétariat afin d'avoir un accès facilité aux services de traduction afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement. La création d'un tel espace pourrait tisser des liens étroits entre les structures d'accueil ou bénévoles et les professionnel·le·s de santé au bénéfice d'une meilleure intervention. Cela permettrait également d'être un point de référence pour les autres services hospitaliers, tels que les urgences pédiatriques ou psychiatriques, en matière d'évaluation et/ou d'orientation. Ce modèle de prise en charge se retrouve à l'hôpital Robert-Debré, à Paris, où « *l'idée est de se substituer à leur dealer et de les ramener petit à petit vers le droit commun* », selon la docteure Peyret⁴⁶.

⁴⁵ ANESM, *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers »*, 2017.

⁴⁶ Voir le lien : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/04/a-paris-l-hopital-robert-debre-veut-reparer-les-mineurs-isoles_6082766_3224.html

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- Morel A., Chappard P., Couteron J.-P. et al., *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris : Dunod, 2012.
- Ouvrage collectif, *Histoire et principes de la Réduction des Risques, Entre santé publique et changement social*, Paris : Médecins du monde, 2013.

ARTICLES :

- *Prescrire*, « Gabapentine, prégabaline : abus et dépendances », n°340, février 2012.
- *Prescrire*, « Abus et dépendances à la Prégabaline en hausse en France et ailleurs », n°444, octobre 2020.
- Woestelandt L. et al. « L'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs isolés étrangers : conséquences psychologiques », *L'Autre*, vol. 17, n°1, 2016.

PUBLICATIONS :

- Covenant House, *Homelessness, Survival Sex and Human Trafficking : As Experienced by the Youth of Covenant House New York*, 2013.
- Lazès-Charmetant A., *Phénomènes émergents liés aux drogues, Tendances récentes sur les usages de drogues à Bordeaux en 2018*, OFDT, 2019.
- Le Naour G., Hamant C., Chamard-Coquaz N., *Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien*, Lyon : CERPE, DGS, 2014.
- Tissot N., *Phénomènes émergents liés aux drogues, Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019*, OFDT, 2020.

RECOMMANDATIONS :

- ANESM, *La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)*, 2017.
- ANESM, *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers »*, 2017.
- Centre québécois de lutte aux dépendances, *Drogues, savoir plus, risquer moins, le livre d'information*, 7^{ème} édition, 2014.

- HAS, *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*, 2019.
- HAS, Fiche Mémo, *Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire*, juin 2015.

THÈSE

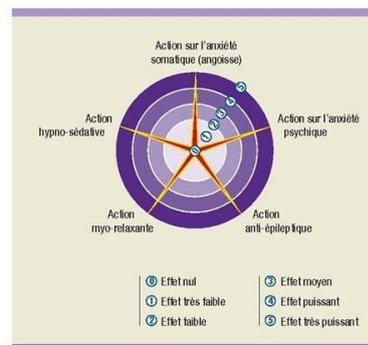
- Dufau M., *Le mésusage de la Prégabaline chez les toxicomanes*, Thèse de diplôme d'État de docteur en pharmacie, Université de Bordeaux, 2020.

SITES INTERNET :

- https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031917375/
- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
- https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006911904
- http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_activite_MNA_2020.pdf
- <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/>
- [https://www.infomie.net/spip.php?page=annuaire-imprimable&dep\[\]=144](https://www.infomie.net/spip.php?page=annuaire-imprimable&dep[]=144)
- <https://www.yabiladi.com/article-societe-1658.html>
- <https://www.medias24.com/2014/06/10/enquete-sur-le-karkoubi-la-drogue-accusee-de-tous-les-maux/>
- <http://www.santenews-dz.com/sensibilisation-contre-lyrica/>
- https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_lois/l15b3974_rapport-information#_Toc256000003
- <https://www.ofdt.fr/glossaire/r-u/>
- <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/pregabaline-biogaran-75379.html>
- <https://ansm.sante.fr/actualites/pregabaline-lyrica-et-generiques-modification-des-conditions-de-prescription-et-delivrance-pour-limiter-le-mesusage>
- <https://www.psychoactif.org/forum/t13178-p1-quel-dose-lyrica-devient-recreatif.html>
- <https://www.vidal.fr/medicaments/lyrica-25-mg-gel-69626.html>
- https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines_fr
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/les-benzodiazepines>

- <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/bon-usage-par-les-professionnels/article/le-bon-usage-des-benzodiazepines-par-les-professionnels-de-sante>
- <https://www.drugs.com/drug-interactions/gabapentin-with-xanax-1147-0-133-54.html>
- <https://www.amnesty.org/fr/documents/pol40/4061/2016/fr/>
- https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/04/a-paris-l-hopital-robert-debre-veut-reparer-les-mineurs-isoles_6082766_3224.html

Les benzodiazépines et leurs étoiles



alprazolam 0,5 mg
Xanax®



bromazepam 12 mg
Lexomil®



brotizolam 0,25 mg



clobazam 20 mg
Likozam®, Urbanyl®



clonazepam 2 mg
Ritrovil®



clorazepate 15 mg
Tranxène®



clonazepam 10 mg
Veratran®



clobazam 2 mg



diazepam 10 mg
Valium®



flunitrazepam 4 mg
Rohypnot®



flurazepam 3 mg



ketazolam 45 mg



lorazepam 2 mg
Victan®



lorazepam 2 mg
Havlane®



lorazepam 2,5 mg
Temesta®



lormetazepam 2 mg
Noctamid®



nitrazepam 5 mg
Mogadon®



nordazepam 10 mg
Nordaz®



oxazepam 10 mg
Seresta®



prazepam 10 mg
Lysanxia®



temazepam 10 mg
Normison®



temazepam 20 mg
Normison®



triazolam
Halcion®



zolpidem 10 mg
Stilnox®



zopiclone 7,5 mg
Imovane®



ANNEXE II : ESTIMATION DES BESOINS QUANTITATIFS SUR LE TERRAIN

Pour ce qui est du travail que nous effectuons en rue et en aller-vers, nous pensons nécessaire de pouvoir accroître la capacité d'action en RdRD des divers binômes de professionnel·le·s du CAARUD. La cohésion d'équipe primant dans notre travail, l'intégration de nouveaux·elles collègues doit de fait passer par une phase de formation. Le travail en rue devrait se construire sur les modalités suivantes :

- Présence en maraude de rue dans les secteurs de la Part-Dieu et les places Raspail, Mazargan, Gabriel Péri, à raison d'au moins trois demi-journées par semaine.
- Lorsque demandé par un·e jeune, orientation vers les dispositifs de soin et accompagnement physique si nécessaire - cela supposant donc du temps alloué aux démarches de mise en place, aux accompagnements en soit, et à la coordination des parcours de soin.
- Proposition, aux équipes professionnel·le·s et/ou bénévoles qui le souhaitent, de sessions de sensibilisation RdRD et d'échanges au regard des situations de consommation, se tenant sur des demi-journées - cela supposant donc du temps alloué tant aux sessions en soit qu'à leur préparation en amont en fonction des spécificités énoncées par chaque équipe.
- Possibilité systématique de pouvoir proposer des interventions en retrait de l'espace public - par exemple : dans un café - lorsque cela est pertinent.
- Possibilité systématique de pouvoir faire appel à un service d'interprétariat, la seule barrière devant être l'indisponibilité immédiate d'un·e traducteur·trice dans la langue souhaitée.