

L'IMPLANTATION LOCALE DES PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUES POUR LES TOXICOMANES (PES)

Patricia BENECH-LE ROUX, doctorante au CESDIP, rend compte ici d'une recherche sur la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, commanditée par la cellule sida-toxicomanie de la DDASS de Seine-Saint-Denis.

Dans les années 1980, la recherche d'une politique alternative de la drogue se révèle urgente pour enrayer l'épidémie de SIDA. En effet, les consommateurs de drogues par injection sont particulièrement exposés au virus par le partage des seringues usagées et sont le plus souvent exclus des dispositifs sanitaires et sociaux. Aussi, le législateur légalise-t-il la vente libre de seringues en pharmacie en 1987 pour diminuer les risques. Les premiers PES (programmes d'échanges de seringues), expérimentés en 1989, sont reconnus en 1995 dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie officialisée en 1994. Ces programmes sont mis en œuvre par des associations de réduction des risques mandatées par les DDASS. Leur objectif est d'aller vers les consommateurs de drogues les plus marginalisés pour favoriser les échanges de seringues. Plusieurs modes et lieux de distribution existent : à partir d'une boutique (lieu d'accueil apparu en 1993), d'un bus itinérant, d'un distributeur automatique de seringues, par un travail de rue ou en allant chez les usagers (squat, appartement).

Cette étude aborde une question actuelle et peu étudiée¹, celle de l'implantation des PES, démarche complexe qui oscille continuellement entre deux processus opposés devant pourtant se conjuguer : l'acceptabilité de l'implantation par l'environnement local (élus, médecins, professionnels du social, pharmaciens, autres associations, police, usagers de la ville, voisins) et son accessibilité aux usagers de drogues (géographique, temporelle, capacité des intervenants à entrer en relation avec des consommateurs marginalisés et à maintenir cette relation). Nous traiterons uniquement du processus d'acceptabilité des PES. Ce processus comporte trois mouvements :

- I - la mise à l'ordre du jour et la recevabilité du programme dans une commune ;
- II - le travail de persuasion des élus et des partenaires locaux ;
- III - le travail de persuasion du voisinage.

Il faut noter que la variété des lieux d'échanges de seringues implique des processus d'acceptabilité différents. Les méthodes d'enquête utilisées pour cette recherche sont de type qualitatif, basées sur une trentaine d'entretiens semi-directifs avec les acteurs et sur l'observation des activités des intervenants en toxicomanie dans une dizaine de communes de la Seine-Saint-Denis.

I - La mise à l'ordre du jour et la recevabilité d'un PES dans une commune

La DDASS détermine les territoires où elle souhaite voir intervenir les associations de réduction des risques. Néanmoins, il appartient à chaque association de démarcher les communes pour leur proposer un PES. L'intérêt des villes pour un tel service dépend de leur politique de traitement des problèmes de drogues. L'enquête permet d'élaborer trois modèles² de gestion municipale de ces problèmes, qui conditionnent la mise à l'ordre du jour et la recevabilité d'un PES dans une commune.

1°) Une gestion sanitaire

Dans ce modèle, l'équipe municipale reconnaît l'existence de problèmes de drogues dans la ville et crée une commission spécialisée dans la prévention des toxicomanies. Cette commission est le plus souvent initiée, portée et présidée par un élu-santé³. Il se trouve que les élus-santé sont souvent professionnels de santé et donc sensibilisés à la réduction des risques de transmission du SIDA et des hépatites chez les toxicomanes. Les centres municipaux de santé (CMS) travaillent en partenariat avec les services communaux hygiène et santé (SCHS), tandis que les relations avec les services municipaux de sécurité urbaine et la police sont plus sporadiques. D'emblée, ces villes se situent dans une position de demande de compé-

¹ Voir l'analyse de Daniel KÜBLER sur les conflits de mise en œuvre de la politique de la drogue dans les villes suisses : KÜBLER (D.), *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en œuvre*, Paris, l'Harmattan, Collection Logiques sociales, 2000.

² Il s'agit de modèle au sens d'idéal-type. Entre les trois modèles se situent des situations intermédiaires plus nuancées.

³ Nous regroupons sous cette appellation les personnes élues chargées d'élaborer la politique de santé.

tences, de méthodes et d'outils adaptés au contexte local, aussi sont-elles réceptives à toute offre de services de réduction des risques liés à la toxicomanie. La mise à l'ordre du jour d'un PES est ainsi préparée en amont de son offre, et sa recevabilité va pour ainsi dire de soi. La réduction des risques devient un volet de la politique de santé et l'association chargée du PES, un partenaire à part entière de l'équipe municipale. Néanmoins, il arrive que la demande de services des villes ne rencontre pas d'offre. Les raisons sont d'ordre matériel et politique. Il existe peu d'associations de réduction des risques et celles-ci ne peuvent efficacement couvrir toutes les communes d'un département.

2°) Une gestion sécuritaire

Dans ce second modèle, les problèmes de drogue sont niés par l'équipe municipale et renvoient au sentiment d'insécurité. Ils sont gérés par la politique de sécurité *via* le contrat local de sécurité (CLS) dont l'élaboration incombe à l'élus⁴ en charge de la sécurité urbaine en collaboration avec les services de police. La politique municipale de santé se cantonne principalement aux personnes âgées et à la petite enfance ; il n'y a pas de demande de services de prévention secondaire des toxicomanies. On ne trouve ni CMS, ni SCHS. La mise à l'ordre du jour d'un PES se faufile alors par le biais de l'élus-santé sensibilisé à la prévention. L'offre d'un service de réduction des risques suscite alors une acceptation formelle mais se traduit par une sorte de délégation de pouvoir à l'association. En quelque sorte, l'élus-santé "s'en lave les mains". C'est dire que l'association n'est pas intégrée en tant que réel partenaire dans l'équipe municipale et n'est pas publiquement soutenue par la politique.

Dans d'autres communes qui privilégient aussi cette approche sécuritaire de la toxicomanie au détriment de la politique de santé et d'hygiène, l'offre d'un service de réduction des risques peut rencontrer l'opposition catégorique des élus locaux. Cependant, l'implantation d'un PES peut se faire sur des lieux privés de la commune (maisons de quartiers), sans l'autorisation municipale.

3) Une gestion inexistante

Ce troisième modèle est celui de municipalités pauvres, reléguées socialement et économiquement, portant le poids d'une ségrégation territoriale. Si l'équipe municipale a conscience des problèmes de drogue dans la ville, son axe prioritaire concerne la politique du logement. D'ailleurs, l'état indescriptible de délabrement voire d'insalubrité de certains immeubles atteste de l'urgence de cette prise en compte. La politique de santé se réduit aux personnes âgées et à la petite enfance. Il n'existe ni CMS, ni SCHS. L'élus-santé est inexpérimenté en matière de prévention des toxicomanies et s'en remet à l'association de réduction des risques qui évolue à la manière d'un électron libre.

Au final, on constate que la volonté politique favorise fortement la recevabilité d'un PES. Néanmoins, elle n'est pas une condition unique. La reconnaissance professionnelle de l'équipe de réduction des risques par les partenaires sanitaires renforce l'acceptation.

II – Sensibiliser et convaincre élus et partenaires : la construction d'un *lobby* partenarial

La construction de l'acceptabilité du PES par les élus et les partenaires locaux relève d'un travail préparatoire essentiel de sensibilisation et de persuasion. Ce travail se situe en amont

et au cours des premiers mois de l'implantation physique du programme et s'étend sur un temps de négociation long. Les premiers acteurs à convaincre sont les élus-santé. La négociation d'implantation se conclut par une condition des élus-santé posée à l'association de réduction des risques : se faire accepter par les partenaires locaux, les usagers de la ville, notamment les voisins, et cela d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une boutique. Aussi pour se faire connaître, reconnaître et accepter des partenaires locaux, l'association de réduction des risques entame-t-elle une sorte de parcours du combattant en organisant des réunions visant à expliquer, rassurer, convaincre, faire reculer les oppositions inévitables et surtout à renverser les modes de pensées jugés obscurantistes, "rendre tolérable ce qui est intolérable dans la tête des gens"⁵.

L'autre objectif de cette phase vise, dans le cadre de la prévention secondaire des toxicomanies, à construire ou intégrer et élargir un partenariat, afin de créer un réseau-relais local qui encadre, serve de garantie à l'implantation du PES et qui puisse jouer éventuellement un rôle de lobbying. C'est en effet par la mobilisation d'un partenariat solide, animé par une équipe pilote, généralement composée de l'élus-santé, des médecins du CMS, parfois du responsable SCHS, et du coordinateur de l'association de réduction des risques que l'acceptabilité d'un PES peut se construire. Celle-ci requiert également la validation symbolique et officielle par l'État *via* la DDASS. De la sorte, le PES est crédité des légitimités politique et sanitaire, et de "l'adoubement étatique". À l'inverse, si ce partenariat n'est pas organisé et constamment mobilisé, l'acceptation du programme est mise à mal. Néanmoins, la construction partenariale ne se limite pas à ces seuls acteurs majeurs ; y sont inclus également les grandes associations locales, les pharmaciens et les policiers. Chacun de ces groupes locaux jouent des rôles variables.

Les élus-santé sont le cheval de Troie de l'association de réduction des risques dans l'équipe municipale. Ils présentent le projet d'implantation d'un PES auprès de leurs collègues élus. Médiateurs entre l'association et l'ensemble des élus, seuls des élus semblent à même de convaincre d'autres élus. Leur soutien peut secondairement permettre à l'association d'obtenir un local et des crédits municipaux. Les élus-santé jouent par ailleurs un rôle de plate-forme partenariale en mettant l'association en relation avec d'autres partenaires locaux (éducateurs de rue, médecins généralistes, CMS, SCHS, pharmaciens, policiers). Enfin, ils sont des alliés de premier plan pour convaincre la population qu'ils représentent. Néanmoins, le seul soutien politique est insuffisant pour qu'un PES soit accepté ; il doit aussi s'accompagner d'une forte mobilisation des professionnels de santé.

Les médecins sont, en effet, des acteurs puissants déployant souvent une panoplie de statuts et de rôles : médecin de santé publique, élu-santé et/ou maire adjoint, responsable de SCHS ou de CMS, membre de syndicat, d'associations de lutte contre le SIDA, directeur d'une association de réduction des risques, etc. Certains cumulent les statuts professionnel, politique et militant, ce qui leur confère des capacités d'influence incontestées. Leviers efficaces pour la mise à l'ordre du jour d'un PES auprès des élus-santé (d'autant plus lorsque ceux-ci sont aussi médecins), ils jouent un rôle de synergie parmi les professionnels de la toxicomanie. Leur mobilisation vient alors armer le bras du politique pour soutenir l'association de réduction des risques face à ses détracteurs. Sans leur implication, la sensibilisation des élus à la réduction des risques ne peut être amorcée. Si le médecin, spécialiste reconnu et légitimé socia-

⁴ Il peut s'agir aussi d'un chargé de mission mandaté par le politique.

⁵ Selon le directeur d'une association de réduction des risques.

lement n'est pas convaincu par la démarche d'un PES, comment le seraient les élus locaux ? Enfin, si les villes ne sont pas dotées de CMS, un PES a beaucoup moins de chance de s'y implanter. Malgré toute sa "bonne volonté", un élu-santé inexérimenté en toxicomanie, et qui n'est ni conseillé par des professionnels de santé, ni appuyé par un CMS, se retrouve désarmé pour agir.

La troisième catégorie d'acteurs dont il faut obtenir l'accord et gagner l'appui sont les autres associations de la ville, spécialement celles ayant un pouvoir d'influence important (amicale des locataires ou des personnes âgées). Ensuite, ces associations peuvent jouer auprès de leurs membres le rôle de relais et de porte-parole, des objectifs défendus par l'association de réduction des risques.

Malgré de nombreuses sollicitations, les pharmaciens répondent difficilement à la demande de partenariat. Certains sont étonnamment ignorants de ce que recouvre la politique de réduction des risques. D'autres préfèrent que les distributeurs automatiques de seringues ne soient pas accolés au mur de leur pharmacie et ils ne participent pas à la récupération des seringues usagées ou au réapprovisionnement des échangeurs, celui-ci fût-il situé en face de la pharmacie.

La préparation de l'implantation d'un PES implique de s'allier les services de police afin de ne pas voir le travail entravé par une présence accrue des forces répressives sur les lieux d'échanges de seringues. Les commissaires interviewés disent ne pas intervenir sur les lieux d'échange de seringues et différencient clairement le travail de répression du travail de prévention. On peut parler d'un partenariat de simple courtoisie. Encore une fois, ce sont les élus-santé qui aménagent la rencontre entre la police et l'association de réduction des risques. Enfin l'acceptabilité d'un PES est facilitée par la mobilisation des acteurs de l'État. Leur présence physique aux réunions de quartier apporte une forme de garantie et de légitimité officielle à la démarche parfois fortement contestée par la population. Néanmoins, ils se déplacent rarement dans les quartiers pour participer au travail de persuasion de la population, des élus et des partenaires.

En conclusion, les acteurs jouant un rôle majeur dans ce processus sont d'abord les médecins, d'autant plus lorsqu'ils sont élus-santé, et les directeurs de CMS. Néanmoins, l'alliance du politique (*via* les élus-santé) est également fondamentale ; elle permet une réelle mobilisation et synergie des partenaires locaux, notamment celle des principaux acteurs associatifs de la commune. Ces trois groupes constituent le partenariat restreint et le moteur de l'acceptation d'un PES par les autres partenaires locaux. L'impact d'un tel partenariat est incontestable et relève parfois d'une forme de "lobbying". Cependant, l'organisation du partenariat appartient aux intervenants en toxicomanie.

III – Persuader la population

La première bataille gagnée, reste à remporter la seconde qui implique un travail de persuasion de la population de la part des intervenants en toxicomanie. Les méthodes mises en œuvre dépendent du mode de distribution des seringues et du contexte local de travail. Nous présentons ici les méthodes favorisant l'acceptation de l'implantation d'une boutique et des stationnements de bus.

1°) L'acceptabilité d'une boutique

Tout le monde s'accorde sur le fait, qu'idéalement, une boutique devrait s'implanter dans un lieu discret mais passant, soit à proximité d'un centre-ville, soit aux carrefours de plusieurs villes ou départements.

Cependant, l'implantation d'une boutique suscite inévitablement des réactions de rejet de la part des voisins. S'ils s'accordent sur le fait qu'il faut faire quelque chose pour les usagers de drogues, mieux vaut que cela soit fait le plus loin possible. L'implantation d'une boutique déclenche les peurs, l'idée que tous les drogués vont venir dans le quartier, drainer les dealers, apporter la délinquance, détruire le cadre de vie et l'image du quartier, forçant les commerçants à fermer boutique, provoquer un raz-de-marée de seringues contaminantes sur le sol. Le sentiment d'insécurité explose. Dans un premier temps, il s'agit d'évaluer et de prendre en compte le contexte local ; ces oppositions spontanées ne sont pas insurmontables. Les intervenants en toxicomanie rencontrés et partenaires locaux ont mis en œuvre les méthodes de persuasion suivantes.

Ils ont orchestré une campagne d'information et d'explication en amont de l'implantation, consistant en une série de réunions de quartiers rassemblant tous les acteurs locaux et les résidents, afin de rassurer, d'obtenir un crédit de confiance et l'adhésion des résidents, en apportant des garanties de sérieux et de respect des règles de fonctionnement de la boutique, à la manière d'un rituel d'engagement public. Par la suite, les intervenants en toxicomanie ont primé la négociation et le dialogue avec les résidents lors de nuisances ponctuelles occasionnées par les usagers de drogues, prenant en compte et répondant concrètement aux doléances des voisins (par exemple en modifiant les heures d'ouverture de la boutique). Grâce à un jeu subtil de relations quotidiennes, en faisant de la boutique un lieu d'accueil ouvert à tous, en aidant les gens et les usagers locaux à régler des problèmes familiaux ou de voisinage dus à la drogue (médiation), en ramassant les seringues usagées dans les espaces publics, les intervenants en toxicomanie sont parvenus à légitimer l'existence de la boutique et convaincre de l'utilité de leur travail dans le quartier. Ainsi, ils ont été reconnus comme professionnels et la boutique a fini par se fondre dans le paysage urbain. Cependant, on notera que, quel que soit le travail de persuasion qu'ils fournissent, relayé par les soutiens politique et médical, une acceptation relativement réussie reste toujours provisoire. Enfin, les méthodes présentées ici sont une façon de faire parmi d'autres, il s'agit avant tout d'une question de contexte local⁷.

2°) L'acceptabilité du bus

L'acceptation des lieux de stationnements du bus par la population est un processus qui apparaît moins lourd à réaliser et à faire admettre que celui de l'implantation d'une boutique. Les difficultés sont réelles mais portent sur des points quelque peu différents.

Dispositif mobile, le bus permet de se rendre à proximité des quartiers et des cités touchés par la drogue, relégués socialement et économiquement, dans des villes peu dotées voire dépourvues de structures et d'équipes spécialisées pour les usagers de drogues ou ne bénéficiant pas de distributeur automatique de seringues, des communes où les politiques interdisent l'implantation d'un PES (dans ce cas il faut que le bus stationne sur un terrain privé avec l'accord du propriétaire). De la même façon que pour l'implantation d'une boutique, il s'agit d'évaluer et prendre en compte les réactions des habitants et le contexte local. Si les façons de faire pour favoriser l'acceptation sont variables, il existe cependant des invariants, tel que négocier l'autorisation de stationner dans un lieu public ou privé, stationner

⁶ MARTINEAU (H.), Les nuisances liées aux drogues : la politique néerlandaise, *Questions Pénales*, janvier 2001, XIV-1 (à paraître).

⁷ En fait, les expériences d'implantation de boutique se heurtent, la plupart du temps, à un rejet.

