

**L'IMPLANTATION
DES PROGRAMMES
D'ECHANGES DE SERINGUES :
ENTRE ACCEPTABILITE ET
ACCESSIBILITE**

Patricia Benech-Le Roux

2001 – n° 88

C E S D I P

Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales

Immeuble Edison - 43, boulevard Vauban - F-78280 GUYANCOURT

☎ : 33.(0)1.34.52.17.00 - 📠 : 33.(0)1.34.52.17.17

✉ : cesdip@wanadoo.fr - 🌐 : <http://www.cesdip.msh-paris.fr>

Centre de Recherches Sociologiques
sur le Droit et les Institutions Pénales
(CESDIP)

☰ Immeuble Edison
43, boulevard Vauban
F-78280 GUYANCOURT

☎ 33.(0)1.34.52.17.00

☎ 33.(0)1.34.52.17.17

✉ cesdip@wanadoo.fr

🌐 <http://www.cesdip.msh-paris.fr/>

L'IMPLANTATION DES PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUES : ENTRE ACCEPTABILITE ET ACCESSIBILITE

Patricia Benech-Le Roux

2001 – n° 88

**Convention n° 502135 avec
la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
de la Seine-Saint-Denis**

Le **CESDIP (Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales)** est une unité mixte de recherche du ministère de la Justice (CNRS-UMR 2190). Les analyses et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent pas ses autorités de tutelle.

Cette recherche a été menée sous contrat avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Seine-Saint-Denis – Cellule SIDA-Toxicomanie (convention n° 502135).

REMERCIEMENTS

Je remercie René Lévy d'avoir accepté d'accueillir cette recherche au sein du CESDIP et, plus particulièrement, Marie Danièle Barré pour sa grande disponibilité et ses précieux conseils qui ont guidé ce travail.

Merci également à Corinne Balmette, Bessie Leconte et Isabelle Passegué pour leur aide technique rigoureuse.

Je tiens aussi à remercier Françoise Schaëtzel pour sa collaboration initiale lors du choix de l'angle d'évaluation.

Enfin, je remercie vivement les équipes de réduction des risques qui m'ont reçue, favorisant ainsi le travail d'enquête, de même que toutes les personnes ayant participé aux entretiens.

RÉSUMÉ

Commandité par le cellule SIDA-Toxicomanie de la DDASS de la Seine-Saint-Denis, ce rapport traite la question de l'implantation des programmes d'échanges de seringues destinés aux usagers de drogues injecteurs. Ces programmes constituent un volet de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie (ou prévention secondaire des toxicomanies) et sont mis en œuvre par des associations mandatées par la DDASS. L'objectif des intervenants en toxicomanie est d'aller vers les consommateurs de drogues les plus marginalisés :

1°) pour favoriser les échanges de seringues afin de diminuer les risques de transmission du sida et des hépatites, et

2°) pour tenter de raccommoder le lien social avec cette population difficilement captable et vulnérable.

Plusieurs modes et lieux de distribution existent : à partir d'une boutique (lieu d'accueil pour les toxicomanes), d'un bus itinérant, d'un distributeur automatique de seringues, du travail de rue ou encore en se rendant chez les usagers (squats, appartement).

L'implantation des programmes d'échanges de seringues participe de deux processus concomitants mais difficiles à concilier : l'acceptabilité de l'implantation par l'environnement local (riverains, élus, associations, partenaires socio-sanitaires, police) et son accessibilité aux toxicomanes (géographique, temporelle, mais aussi capacité des intervenants à entrer en relation avec des consommateurs exclus des services sanitaires et sociaux traditionnels et à maintenir cette relation). A partir d'une enquête de type ethnographique, basée sur une trentaine d'entretiens semi-directifs avec les acteurs locaux et sur l'observation des activités des intervenants en toxicomanie dans un dizaine de communes de la Seine-Saint-Denis, nous

avons essayé de retracer les processus d'acceptabilité et d'accessibilité des programmes d'échanges de seringues, montrant les enjeux et les facteurs sociaux qui les conditionnent, ainsi que le rôle des acteurs locaux impliqués.

DESCRIPTEURS

Programmes d'échanges de seringues – Implantation locale – Usagers de drogues marginalisés – Réduction des risques – Prévention secondaire – Accessibilité des seringues.

De toutes façons, à part mettre cela au bord de la Seine, je dirais que toute implantation en soi est bonne. [...] Mais, je vais vous dire deux choses, ce n'est pas cela qui va favoriser la toxicomanie. S'ils ont besoin d'une "shooteuse", ils vont la trouver. Il vaut mieux qu'ils le fassent proprement c'est-à-dire sans risque d'infection sida/hépatite, que de se ramasser toutes les saloperies qui traînent. Je crois qu'il faut être réaliste là-dessus. L'idée est bonne [...].

Commissaire de police

Trouver un endroit qui soit accessible pour les usagers et qui soit un peu discret pour eux et pour les autres habitants. Essayer de ménager un peu tout le monde dans cette histoire, pas ménager uniquement les riverains mais rendre aussi les choses accessibles aux toxicomanes sans heurter les voisins. C'est cela qu'il faut trouver : l'adéquation entre tout cela n'est pas toujours facile.

Coordinatrice d'une association de réduction des risques

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
RÉSUMÉ	5
DESCRIPTEURS	6
INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
I - LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES VIH ET VHC EN FRANCE	11
1°) <i>Épidémie de sida et politique de réduction des risques</i>	11
2°) <i>Les répercussions de la politique de réduction des risques</i>	14
3°) <i>De quelques ambiguïtés des politiques publiques</i>	15
a) Politique de réduction des risques, politique locale et enjeux électoraux.....	16
b) Des politiques publiques entre répression et prévention	16
c) Quelques chiffres sur le dispositif d'application de la loi	18
II - LA DEMANDE D'UNE EVALUATION : POURQUOI UNE EVALUATION RELATIVE A L'IMPLANTATION DES EQUIPES D'ECHANGE DE SERINGUES ?	19
1°) <i>Un questionnaire actuel</i>	19
2°) <i>Peu d'études sur la problématique de l'implantation</i>	20
3°) <i>Une évaluation : action, communication, préconisations</i>	21
III - L'OBJET DE L'EVALUATION	21
1°) <i>Problématique de l'évaluation</i>	21
2°) <i>Hypothèses de recherche</i>	24
a) La mise à l'ordre du jour d'un PES.....	24
b) L'acceptabilité de l'offre d'un PES	24
Les politiques : des alliés obligés ?	25
L'implantation : un choix partenarial ?.....	25
L'implantation des lieux d'actions : un choix d'équipe ?	26
La démarche de la démocratie de proximité : un vecteur de régulation sociale locale favorable à l'implantation d'un PES ?	26
c) L'accessibilité d'un PES pour les usagers de drogue	28
L'accessibilité géographique	28
L'accessibilité temporelle.....	29
L'accessibilité relationnelle.....	29
IV - METHODOLOGIE	29
1°) <i>Approche bibliographique</i>	29
2°) <i>Les critères de choix des associations</i>	30
a) Les raisons qui ont motivé le choix de l'association CCFEL.....	30
b) Les raisons qui ont motivé le choix de l'association Effervescence	31
c) Les raisons qui ont motivé le choix de l'association Proses.....	31
3°) <i>L'observation participante</i>	32
4°) <i>Les entretiens</i>	32
5°) <i>Calendrier de l'étude</i>	33
PARTIE 1 : LE PROCESSUS D'ACCEPTABILITÉ D'UN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES PAR LES ACTEURS LOCAUX	35
INTRODUCTION	37
I – LA MISE A L'ORDRE DU JOUR DU PROJET D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES ET SA RECEVABILITE DANS UNE VILLE	37
1°) <i>Les villes où les problèmes de drogue sont gérés par la politique communale sanitaire</i>	38
a) La demande rencontre l'offre.....	38
b) La demande ne rencontre pas l'offre	40
2°) <i>Les villes où les problèmes de toxicomanie sont gérés par la politique de sécurité urbaine</i>	40
a) L'offre suscite l'acceptabilité.....	41
b) L'offre rencontre l'opposition farouche des élus mais l'implantation se fait.....	44
3°) <i>Les villes qui n'ont pas les moyens</i>	44

4°) <i>La volonté politique : une condition seulement favorisante</i>	46
<i>Conclusion</i>	48
II – L'IMPACT DU PARTENARIAT ET LE ROLE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS DANS LE PROCESSUS D'ACCEPTABILITE D'UN PROGRAMME D'ECHANGES DE SERINGUES.....	49
1°) <i>Le travail de sensibilisation et de persuasion des partenaires : une méthode préparatoire essentielle</i>	49
a) Le contrat de départ des élus à la santé.....	49
b) Le temps de l'investissement partenarial.....	50
2°) <i>Le rôle des élus</i>	51
a) Les élus santé : le Cheval de Troie des associations de réduction des risques dans l'équipe municipale.....	52
b) Une plate-forme partenariale.....	53
c) Des alliés face à la population.....	53
3°) <i>Les médecins : des acteurs puissants</i>	54
a) Les conseillers influents des élus santé.....	55
b) Un rôle de synergie partenariale.....	55
c) Un rôle moteur indispensable.....	56
4°) <i>Les structures associatives : des relais fondamentaux</i>	57
5°) <i>Les pharmaciens : des acteurs trop souvent passifs</i>	58
6°) <i>Un partenariat de courtoisie avec les policiers</i>	59
7°) <i>L'État : un symbole de garantie mobilisateur mais jugé peu présent</i>	61
<i>Conclusion</i>	62
III – LES CRITERES DE CHOIX DU LOCAL D'UNE ASSOCIATION DE REDUCTION DES RISQUES LIES A LA TOXICOMANIE.....	62
1°) <i>Une distribution de l'espace et un équipement adaptés aux activités spécifiques de l'équipe</i>	63
2°) <i>Une implantation tributaire des zones géographiques d'intervention de l'équipe</i>	64
3°) <i>Facile d'accès pour les usagers de drogue</i>	64
4°) <i>Tolérable pour les riverains</i>	64
<i>Conclusion</i>	65
IV – LE PROCESSUS D'ACCEPTABILITE DE L'IMPLANTATION D'UNE BOUTIQUE PAR LE VOISINAGE.....	65
1°) <i>Évaluer et prendre en compte le contexte local</i>	65
a) Combattre les fantasmes et les peurs.....	66
b) Combattre l'appréhension du pot de miel.....	66
2°) <i>Les méthodes du travail de persuasion</i>	67
a) Mettre en place une campagne d'information, de sensibilisation et d'explication, en amont de l'implantation.....	67
b) Séduire, dialoguer, négocier et respecter le contrat de concession.....	68
c) Se faire l'opérateur d'une forme de régulation sociale communautaire.....	70
d) S'affirmer et se faire reconnaître en tant que professionnels.....	72
e) Le travail et le temps de l'accommodement.....	74
3°) <i>Une acceptabilité réussie reste toujours provisoire</i>	75
4°) <i>Une façon de faire parmi d'autres : une question de contexte local</i>	76
5°) <i>Les critères de choix valorisés du lieu d'implantation d'une boutique</i>	77
<i>Conclusion</i>	78
V - L'ACCEPTABILITE DES LIEUX DE STATIONNEMENTS DU BUS PAR LA POPULATION.....	79
1°) <i>Évaluer et prendre en compte le contexte local</i>	79
2°) <i>Des méthodes d'acceptabilité hétérogènes selon les contextes locaux</i>	80
a) Négocier l'autorisation de stationner dans un lieu.....	80
b) Stationner près d'un quartier où les gens sont sensibilisés à la prévention secondaire des toxicomanies.....	81
c) Stationner en zone "suisse".....	81
d) S'allier un médiateur entre les usagers et les intervenants en toxicomanie sur le lieu de stationnement du bus.....	82
e) Jouer de la visibilité ponctuelle du bus.....	84
f) Varier les lieux de stationnements du bus.....	84
3°) <i>Les critères valorisés des stationnements du bus</i>	84
VI – L'ACCEPTABILITE DU LIEU D'IMPLANTATION D'UN DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE DE SERINGUES.....	85
1°) <i>Un travail partenarial local</i>	85
2°) <i>Les critères valorisés des lieux d'implantation</i>	86
VII – LES PLAINTES ET LES REMONTEES D'INFORMATION : UNE TRADUCTION INDIRECTE DE L'ACCEPTABILITE DU LIEU D'IMPLANTATION D'UN PES.....	87
1°) <i>Les commissariats</i>	87
2°) <i>Les services sécurité urbaine de la ville</i>	88
3°) <i>Les élus à la santé</i>	88
4°) <i>Les gardiens d'immeubles</i>	89
<i>Conclusion sur l'acceptabilité des PES</i>	89

PARTIE 2 : L'ACCESSIBILITÉ DES PROGRAMMES D'ÉCHANGES DE SERINGUES AUX USAGERS DE DROGUE PAR VOIE INTRAVEINEUSE	93
INTRODUCTION.....	95
I – DES CONTEXTES QUI CONDITIONNENT L'ACCESSIBILITE DES PES.....	95
1°) <i>Profil des usagers de drogues et évolutions de la toxicomanie</i>	95
2°) <i>Territoire de vie, fonctionnement social et représentations sociales</i>	97
3°) <i>Les caractéristiques de l'association de réduction des risques</i>	99
a) La composition de l'équipe des intervenants en toxicomanie.....	99
b) La forme de la structure associative et le type de coordination de l'équipe.....	99
II – ACCESSIBILITE ET TRAVAIL DE TERRAIN : METHODES ETHNOGRAPHIQUE ET ETHNOLOGIQUE.....	100
1°) <i>Une exploration minutieuse du terrain, cartographie et lieux du travail de terrain</i>	100
2°) <i>L'utilisation d'informateurs et de médiateurs de proximité</i>	102
3°) <i>L'expertise de l'ancien usager de drogue</i>	106
4°) <i>Prises de notes et analyse des situations de terrain</i>	106
III – ACCESSIBILITE ET INFORMATIONS AUX USAGERS.....	107
IV – L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DES LIEUX D'ÉCHANGES DE SERINGUES.....	109
1°) <i>L'accessibilité des boutiques</i>	109
2°) <i>L'accessibilité des distributeurs automatiques de seringues</i>	110
3°) <i>L'accessibilité des lieux de stationnements du bus</i>	111
a) Stationner dans les zones de vie des usagers.....	111
b) Stationner dans les villes vierges de toutes structures destinées aux toxicomanes.....	112
c) Stationner dans les lieux mal desservis par les transports en commun.....	113
d) Varier les lieux de stationnements pour approcher des usagers nouveaux.....	114
4°) <i>Le travail de rue</i>	114
V – L'ACCESSIBILITE TEMPORELLE DES EQUIPES DE REDUCTION DES RISQUES.....	114
1°) <i>Des lieux et des périodes de sociabilité</i>	114
2°) <i>Fréquentation et affluence</i>	115
3°) <i>Des expérimentations locales et des horaires adaptés aux objectifs que permet le lieu</i>	115
4°) <i>Horaires de travail et effectif d'équipe</i>	116
VI - L'ACCESSIBILITE RELATIONNELLE ET TECHNIQUE DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE.....	117
1°) <i>Des règles relationnelles</i>	117
a) Absence de jugement moral, empathie et distance, intérêt humain.....	118
b) Confiance, crédibilité et chaleur humaine.....	119
c) La notion de référent.....	121
d) Relations et polyvalence professionnelle.....	121
e) Susciter la demande de l'usager et y répondre.....	122
2°) <i>Lieux et degré d'exigence relationnelle</i>	123
a) Dans les espaces publics ouverts et neutralisés.....	124
b) Dans les espaces publics d'accueil de l'usager.....	124
Économie d'obligations sociales.....	125
"Tu es chez toi, mais n'oublies pas que tu es chez moi".....	125
c) Dans les espaces privés ou "privatisés" de l'usager.....	127
3°) <i>Lieux, méthodes d'accroche des usagers et types d'usagers</i>	127
a) Dans les espaces publics ouverts et neutralisés.....	127
Sur les grands boulevards : les usagers prostituées.....	127
Dans les rues.....	128
b) Dans les espaces publics d'accueil de l'usager : des usagers suivis.....	129
Les motivations de l'usager pour venir dans une boutique sont multiples.....	129
Les motivations de l'usager pour venir dans un bus.....	129
Les limites de l'accessibilité relationnelle et techniques à partir du bus.....	130
Des usagers engagés dans un processus de réduction des risques.....	130
Les freins à la fréquentation des lieux d'accueils pour usagers.....	130
La complémentarité nécessaire du travail de rue.....	133
c) Dans les espaces privés ou "privatisés" où l'usager est "chez lui".....	134
Dans les squats : des usagers marginaux parmi les plus exclus socialement.....	134
Des méthodes d'apprivoisement.....	135
Dans les appartements.....	137
4°) <i>Construire un réseau relais partenarial spécialisé pour optimiser les réponses aux usagers et favoriser l'accès à leurs droits</i>	137
a) Les objectifs du partenariat.....	137
b) Des méthodes.....	138
c) Le sens du partenariat.....	139

5°) Réduction des risques : accès à la connaissance, accès aux droits	140
a) La réduction des risques sanitaires.....	140
b) La réduction des risques sociaux	141
CONCLUSION SUR L'ACCESSIBILITE DES PES	141
1°) Des éléments sur l'accessibilité géographique et temporelle des PES.....	141
2°) Des composants de l'accessibilité relationnelle des intervenants en toxicomanie	142
3°) Du processus de professionnalisation des intervenants en toxicomanie.....	145
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	149
LEGITIMITES DES USAGERS DE LA VILLE ET DROIT A L'ESPACE URBAIN	151
DES IMPLANTATIONS TOUJOURS EXPERIMENTALES	152
ENJEUX POLITIQUES ET IMPLANTATION	152
DES ELEMENTS DU PROCESSUS D'ACCESSIBILITE	152
ANNEXES	155
<u>ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINÉ AUX INTERVENANTS EN TOXICOMANIE</u>	157
LE PROCESSUS D'ACCEPTABILITE.....	157
LES PROCESSUS D'ACCESSIBILITE	157
<i>Accessibilité temporelle</i>	158
<i>Accessibilité relationnelle</i>	158
<u>ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINÉ AUX PARTENAIRES</u>	159
BIBLIOGRAPHIE	161
LISTE DE LA COLLECTION "ÉTUDES & DONNÉES PÉNALES"	169

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I - La politique de réduction des risques VIH et VHC en France

1°) *Épidémie de sida et politique de réduction des risques*

Dans les années 1980 en France, l'épidémie de sida qui touche notamment les usagers de drogues par voie intraveineuse, rencontre d'abord le *silence persistant*¹ des professionnels des soins aux toxicomanes, des pouvoirs publics et de la presse. Les uns et les autres s'enlisent dans des contradictions résumées par ce *leitmotiv* : *Doit-on privilégier la lutte contre le sida même aux dépens d'un espoir de désintoxication*² ? Tous ignorent les réajustements des politiques de santé étrangères impulsés sous la menace du sida, et confirmés par des études internationales³. Anne Coppel qualifie d'*exception française* cette réaction collective face au sida. Aussi, ce n'est que très lentement, en France, que l'on passe d'une politique répressive de lutte contre la drogue à une politique prenant en compte la prévention sanitaire de la toxicomanie. Pourtant, la recherche d'une politique alternative se révèle urgente parce que, d'une part, les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC), tendent à se transmettre en grande partie chez les usagers de drogues injecteurs par le partage des seringues usagées ou lors de relations sexuelles non protégées et, d'autre part, *les usagers de drogues, criminalisés, sont le plus souvent exclus des dispositifs sanitaires et sociaux*⁴ (on les retrouve plutôt en prison où les taux de transmission sont scandaleusement élevés et personne ne s'en émeut pendant longtemps)⁵.

Peu à peu, on commence à repenser et à remettre en question l'organisation et la nature des soins aux toxicomanes dans l'optique d'une réduction des risques de transmission des virus. Sur la scène publique, les propositions de réduction des risques sont l'objets de débats passionnés opposant, régulièrement (et schématiquement), les tenants de la répression, de la désintoxication, de l'abstinence et ceux de la prévention et du soin (accusés de laxisme). En effet, l'idée maîtresse des politiques de réduction des risques part du constat que de nombreux usagers sont incapables ou ne veulent pas stopper leur consommation de drogues. Aussi faut-il prévoir les moyens de se protéger eux-mêmes mais aussi les autres des risques de transmission des virus. C'est dire que *favoriser l'association d'usagers de drogues, distribuer*

¹ Coppel, 1996b, 78. Coppel note que seul le docteur Olievenstein rompt le silence général pour réclamer la vente libre des seringues. Cf. également sur l'histoire des traitements aux toxicomanes, les trajectoires de sorties de la toxicomanie et l'adaptation des services aux trajectoires du toxicomane, *ibid.* Cet auteur prépare actuellement un ouvrage sur la réduction des risques qui devrait paraître prochainement. Elle est également coordinatrice de la Clinique Liberté, Centre de soins pour toxicomanes à Bagneux (Hauts-de-Seine) et de l'association Émergence dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris.

² Noël, 1994, 34. Cet auteur précise qu'on appelle Stéribox, un "kit", ou un "nécessaire à shooter propre". Dans le même esprit : *Vaut-il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone encore séronégatif ?* (Lowenstein, 1993, 247-251), ou encore *un toxicomane vivant à un abstinent mort* (Ralet, 1992), cités par Jauffret, 2000.

³ Cf. Mino, 1994 et 1990.

⁴ Coppel, 1996b, 75.

⁵ *Les taux de contamination des toxicomanes incarcérés sont de 70 % à Nice en 1984, de 61 % à Fresnes en 1985, de 54 % à Bordeaux en 1985-1986*, Coppel, 1996b, 80. Cf. également Bouhnik, Touzé, 1996.

des seringues, prescrire des traitements de substitution implique d'accepter l'usage de drogues et de renoncer à l'objectif prioritaire d'éradication des drogues⁶. Dans le même mouvement, de nouveaux groupes d'acteurs apparaissent dans le champ de la toxicomanie, tels les intervenants en toxicomanie en 1980⁷, tels des groupes d'auto-support comme NA (*Narcotiques Anonymes*)⁸ en 1984, ou encore des associations de lutte contre le sida.

C'est dans ce contexte que la loi Barzach de 1987 (décret du 13 mai 1987) est votée, loi légalisant la vente libre des seringues et des aiguilles stériles en pharmacie⁹ pour améliorer leur accessibilité. L'accès à du matériel d'injection propre est en effet l'outil principal de prévention des contaminations par les VIH et VHC. Rapidement, des études attestent de l'impact de cette mesure sur le partage des seringues¹⁰. Cependant, *le débat sur les seringues est resté très strictement circonscrit aux instances officielles, en particulier à la commission des stupéfiants, en réponse à la demande d'étude du gouvernement. Il est devenu public grâce à la presse écrite et à la mobilisation de l'association AIDES, mais il n'a pas été mené dans le milieu professionnel spécialisé*¹¹. Puis, il s'est avéré nécessaire de faciliter l'accès aux moyens de prévention et de créer des liens avec les usagers de drogues par voie intraveineuse les plus marginalisés. Aussi, après les Pays-Bas en 1984 et la Grande-Bretagne en 1986, la France en 1989 expérimente des programmes pilotes d'échanges de seringues qui prévoient la distribution gratuite de seringues propres en échange de celles usagées et qui développent la promotion et la distribution des préservatifs. Parallèlement à la prévention sanitaire, ces programmes comportent une forte dimension sociale : leur but est de rétablir un contact et une relation avec l'usager de drogues ne fréquentant pas le dispositif sanitaire et social traditionnel, afin de lutter contre les effets pervers associés à la toxicomanie que sont la marginalisation et l'exclusion, et pour lui proposer une prise en charge médicale ultérieure de sa toxicomanie.

Après quelques années de retard sur les autres pays européens, les professionnels et les pouvoirs publics français prennent enfin conscience de la gravité des conséquences, tant sanitaires que sociales, de l'épidémie de sida, et acceptent enfin de remettre en cause le système de soins traditionnels destinés aux toxicomanes : *la politique de réduction des risques devenait, entre septembre 1993 et juin 1994, la politique officielle du ministère de la Santé*¹². En 1995, les programmes d'échanges de seringues sont reconnus officiellement dans le cadre de cette politique et se généralisent ; des hébergements d'urgence dits *sleep in*, des lieux de vie et de contacts appelés boutiques¹³, sont créés spécifiquement pour les usagers de drogue. Enfin, la mise à disposition à large échelle des traitements de substitution se fait à partir de 1996.

Ces dernières années, les politiques de santé publique ont connu une profonde évolution liée à celle de la toxicomanie elle-même. Les produits se sont diversifiés (crack, ecstasy,

⁶ Coppel, 1996b, 76.

⁷ *L'association des intervenants en toxicomanie (ANIT) est créée en 1980. Le terme retenu "intervenants en toxicomanie" permettait d'affirmer une identité commune aux différentes professions mais aussi aux "non-diplômés", souvent "ex-toxicomanes", ibid., 106.*

⁸ *Le modèle anglo-saxon de self-help représenté par NA (Narcotiques Anonymes) créé en 1984 [...] fonctionne comme un groupe de paroles et d'entraide qui propose à ses membres de les aider à devenir abstinents à l'égard des produits dont ils estiment être dépendants, Jauffret, 2000, 41.*

⁹ En 1992 s'ouvre un nouveau débat public suscité par les traitements de substitution et la politique de santé mise en œuvre.

¹⁰ Ingold, Ingold, 1989, 67-81.

¹¹ Coppel, 1996b, 84.

¹² *Ibid.*, 91. Cet auteur renvoie à la conférence de presse donnée par Simone Veil du 21 juillet 1994 : *La réduction des risques infectieux chez les toxicomanes.*

¹³ Les premières boutiques apparaissent en 1993 en France.

médicaments psychotropes, alcool) et les modes de consommation se sont transformés (fort développement de la polytoxicomanie). J.M. Costes reprend les conclusions du rapport de l'OFDT sur les dernières tendances en matière de risques sanitaires liés à l'usage de drogues illicites : *les décès par surdose diminuent fortement d'année en année depuis le début des années 1990 (564 en 1994, 143 en 1998) ; après une croissance quasiment ininterrompue depuis les années 1970. Même si elle reste majoritaire, la part de l'héroïne dans les produits mis en cause régresse (64 % en 1998) ; en revanche, celle des médicaments augmente (de 7 % en 1990 et 1991 à 29 % en 1998). Les décès par sida liés à l'usage de drogues par injection ont également connu une baisse spectaculaire en quelques années (1 037 en 1994, 267 en 1997), cette évolution étant surtout imputable aux progrès thérapeutiques récents qui ont fait globalement reculer le nombre de décès pour tous les malades, indépendamment du mode de contamination. [...] Les maladies infectieuses [...] continuent à être une des conséquences majeures de l'usage de drogue illicites (principalement chez les usagers de drogues injecteurs). Les problèmes psychiatriques¹⁴ et les tentatives de suicide¹⁵ sont sans conteste d'autres traits importants qu'il est actuellement difficile de mesurer précisément. Depuis le début des années 1990, la prévalence déclarée de la contamination par le VIH a diminué parmi les usagers de drogues ayant recours au système de soins. Elle se situait entre 14 et 20 % en 1993 ; elle s'établit entre 12 et 15 % en 1997. Depuis le milieu des années 1990, elle semble se poursuivre à un rythme plus faible, tout au moins parmi les usagers de drogues ayant recours aux centres de soins spécialisés. Le nombre de nouveaux cas de sida a par ailleurs fortement diminué. La prévalence déclarée de l'hépatite C se situe toujours à un niveau élevé parmi les usagers de drogues ayant recours au système de soins. Elle se situait entre 44 et 66 % en 1994, et s'établit en 1997 entre 52 et 66 %. La proportion d'usagers déclarant ne pas connaître leur statut a diminué depuis quelques années (un tiers de personnes ayant recours au système sanitaire et social en 1997). Dans les enquêtes reposant sur des tests biologiques, la prévalence de l'hépatite C déclarée par les usagers est en moyenne inférieure à la prévalence réelle : un tiers de personnes déclarant être séronégatives sont révélées positives au test salivaire¹⁶. Enfin, on constate une marginalisation croissante des usagers de drogues qui reflète la montée de la précarité des dernières années¹⁷.*

Aussi la politique de santé met l'accent, sur l'accès aux soins des usagers de drogue, tant dans le dispositif spécialisé que général, sur une meilleure prise en compte de la dimension sociale de la toxicomanie, sur le développement des traitements de substitution (collaboration dans le cadre des réseaux villes-hôpitaux) et sur la mise en place des politiques de réduction des risques destinées aux usagers de drogues injectables les plus marginalisés permettant de mettre en œuvre une démarche de soins par des réponses de proximité¹⁸. Il s'agit là de ce que l'on appelle la prévention secondaire des toxicomanies.

Certains s'opposent toujours à ces programmes d'échanges de seringues¹⁹ au motif qu'ils véhiculent le *mauvais message* et favorisent l'installation des usagers de drogue dans la toxicomanie. Néanmoins, plusieurs études ont montré que la fréquentation des PES réduit l'incidence du sida chez les usagers de drogues qui les fréquentent, n'entraîne pas une

¹⁴ Cependant, des études constatent de plus en plus d'affections psychiatriques dans la population des usagers de drogue. Cf. Barrow, 1999.

¹⁵ Un tiers des usagers d'héroïne auraient fait au moins une tentative de suicide dans leur vie, avec des taux supérieurs pour certaines catégories (traitements méthadone, hospitalisations psychiques antérieures), FACY, Rabaud, 1999, 537-543. Cf. Toussignant, Payette, 1997.

¹⁶ Costes, 1999.

¹⁷ Cf. Bouhnik, 1994.

¹⁸ L'idée du travail de proximité n'est pas neuve. Dès 1978, le rapport Pelletier proposait déjà la mise en place d'un travail de terrain préventif pour dispenser conseil et écoute aux usagers de drogue. Cf. Pelletier, 1978.

¹⁹ Usuellement, les programmes d'échanges de seringues sont appelés PES.

augmentation des usagers, ni de leur consommation²⁰, ni des pratiques d'échange de seringues et du reste du matériel²¹. Cependant, si la première enquête française sur les PES en France²² corrobore ce dernier résultat, elle montre que le partage des seringues est associé au type de produit consommé et que les consommateurs d'héroïne ou de cocaïne sont plus enclins que les autres à partager seringue et matériel. D'autres études montrent qu'il existe un lien entre la fréquentation des PES et la non-réutilisation des seringues²³ et que l'arrêt de la toxicomanie par injection suit un processus par étapes où la réduction des risques précède l'arrêt²⁴. Contrairement aux idées reçues, les PES n'entraînent pas un abandon accru des seringues après usage dans la rue²⁵. En ce qui concerne les effets des PES sur les prises de risque sexuel et sur l'accès aux soins, les résultats sont hétérogènes. Au final, de nombreuses études internationales attestent de l'impact positif des PES sur les comportements à risques²⁶.

Ainsi, en France, *"13 800 000 seringues ont été vendues aux usagers de drogues en pharmacie en 1997. Sur ce total, 4,6 millions correspondent aux ventes de Stéribox, en augmentation constante et modérée depuis leur apparition, à l'automne 1994. [...] Le nombre de seringues distribuées gratuitement par les programmes d'échange de seringues représentaient 10 à 11 % du total des seringues utilisées par les usagers de drogues en 1996. L'évolution des quantités de matériel d'injection distribuées ou vendues peut être interprétée comme le résultat d'une augmentation des injections à moindre risque (moins de réutilisations, moins de partages) et de l'impact des traitements de substitution qui tendent à faire baisser le recours à l'injection. La contribution respective de ces deux facteurs ne peut être évaluée. L'impact de la politique d'accessibilité au matériel d'injection, bien que difficile à quantifier, paraît incontestable sur la transmission du sida chez les usagers de drogue. Elle semble, en revanche, avoir moins d'effet sur la transmission du virus de l'hépatite C²⁷²⁸.*

2*) Les répercussions de la politique de réduction des risques

Tous les auteurs s'accordent sur le fait que la politique de réduction des risques bouleverse la donne dans le champ sanitaire de la toxicomanie avec des répercussions importantes sur les représentations sociales concernant le toxicomane, sur les pratiques de prise en charge de la toxicomanie et sur le fonctionnement des services sanitaires et sociaux.

Les années 1990 voient se modifier les représentations sociales de la toxicomanie et en conséquence sa prise en charge : *la transformation du modèle médical "tout sevrage" au modèle de réduction des risques est la traduction d'un changement de paradigme : c'est l'acceptabilité qu'un usager de drogues puisse accéder aux soins même s'il n'est pas encore*

²⁰ Glantz, Mariner, 1996 ; Van Den Hoek, Van Haastrecht, Countinho, 1989.

²¹ Lurie, Reingold, Bowser, 1993 ; Gydish, Bucardo, Young, Woods, Grinstead, Clark, 1993, 871-876.

²² Emmanuelli, Lert, Valenciano, 1999.

²³ Hiemer, Khoshnood, Bigg, Guydisch, Junge, 1998, 37-43.

²⁴ Meyer, Wade, Persoz, Boué, Dellemonica, Caroli-Bosc, Carré, Groupe Seroco, 1998, 34-39.

²⁵ Doherty, Garfein, Vlahov, Junge, Rathouz, Galai, Anthony, Beilenson, 1997 ; Oliver, Friedman, Maynard *et al.*, 1992, 534-535.

²⁶ Nous renvoyons pour plus de détails à la synthèse de revue de littérature d'Emmanuelli, 1999.

²⁷ Cela tiendrait notamment au niveau élevé de sa prévalence, à l'existence de modes encore inconnus de transmission de ce virus (partage d'autres éléments participant à l'injection) et à sa probable plus grande résistance à l'eau de javel.

²⁸ Costes, 1999 ; Rapport de l'OFDT, 1999.

*possible pour lui d'arrêter de consommer des produits*²⁹. Le second modèle s'est construit en opposition au premier.

Non seulement on constate que l'on peut atteindre des usagers de drogue évoluant en dehors de tout système traditionnel, mais encore, que ces derniers peuvent modifier leur comportement, en l'occurrence éviter l'échange de seringues usagées³⁰. Les usagers de drogue adaptent leurs pratiques de toxicomanie au contexte de l'épidémie de sida, aidés par les instruments que leur offre la politique de réduction des risques (accès aux seringues, aux soins médicaux, aux produits de substitution). On bascule ainsi peu à peu d'une représentation du toxicomane, malade, suicidaire, objet de soins, à une représentation de l'usager de drogue comme sujet pris en compte en tant qu'acteur, partenaire responsable doté de compétences propres et se positionnant en tant que client (Marmottan³¹). Jauffret note ainsi que l'évolution sémantique illustre l'évolution des représentations sociales et du statut social de l'usager de drogue³². Par ailleurs, pour cet auteur, le référentiel de la réduction des risques a favorisé l'apparition d'associations d'auto-support, notamment ASUD³³ (Auto-Support des Usagers de drogue) en 1992, à l'initiative de quelques usagers de drogue et d'Abdalla Toufik : *C'est la réduction des risques qui permet au groupe d'émerger dans la mesure où ce nouveau référentiel contribue à faire évoluer les représentations des usagers de drogues, permet un début d'autonomisation de ces usagers et redistribue les places dans le secteur du soin aux toxicomanes*³⁴. Nous ajouterons que ce référentiel, s'il a en effet porté l'apparition de groupes nouveaux acteurs, a d'abord été porté par des acteurs apparus en réaction à l'épidémie de sida, tels des professionnels de santé (médecins libéraux ou de centres spécialisés "dissidents"), des militants de la lutte contre le sida, des humanitaires ou des associatifs, prônant la réduction des risques³⁵. En résumé, la politique de réduction des risques annonce le début de l'autonomisation des usagers, rendue possible par l'échange de seringues et les produits de substitution.

3*) De quelques ambiguïtés des politiques publiques

Une large part des problèmes médicaux et sociaux que les toxicomanes rencontrent pendant le temps de leur consommation est liée à l'illégalité attachée aux drogues, et non aux drogues en elles-mêmes. Le sida en a apporté la preuve définitive. Deux chiffres le démontrent dans un même pays (Royaume-Uni). En 1986, en Écosse, aucune politique de réduction des risques n'était acceptée : on évaluait à 60 % les toxicomanes séropositifs ; dans

²⁹ Serfaty, 1996, 22.

³⁰ Cf. Ingold, 1988 ; Ingold, Ingold, 1992 ; Cf. également Van Den Hoek, Van Haastrecht, Countinho, 1989, 1355-1357 ; Nicolosi, Correa Leite, Molinari, Musicco, Saracco, Lazzarin, 1992, 365-373.

³¹ Cf. sur Marmottan, Richard, Senon, 1999, 270-271 et sur la notion de client, 237. Cf. également Jauffret, 2000.

³² *Ibid.*, 43.

³³ À l'inverse (de NA), ASUD est un groupe politique créé autour de la question de la prévention du VIH chez les usagers de drogues et se présente comme un espace de citoyenneté et de parole publique rendues aux usagers, Jauffret, 2000, 41.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Coppel, Lamien, 1993, 183-186.

la région de Liverpool qui avait développé largement cette stratégie, moins de 1 % des toxicomanes l'étaient³⁶.

Avant d'exposer notre cadre d'étude, nous voulons souligner certaines ambiguïtés des politiques de l'État qui peuvent avoir des conséquences sur la mise en place et le fonctionnement des programmes d'échanges de seringues.

a) Politique de réduction des risques, politique locale³⁷ et enjeux électoraux

Dans certains pays étrangers, ce sont les villes (Amsterdam, Zurich, Barcelone) qui gèrent les politiques de toxicomanies, elles ont une liberté de manœuvre en la matière. En France, on estime que les questions de toxicomanie ne relèvent pas des compétences de la ville tout en s'insérant aujourd'hui dans un cadre décentralisé qui renforce la participation des collectivités locales. *Le domaine de la toxicomanie en France relève théoriquement de la "compétence de l'État" tout en étant soumis à la nécessité d'agir sur le plan local, compte tenu de l'ancrage territorial du phénomène³⁸*. Fournier et Muller (le premier était chargé de mission pour les questions de la ville, le second chargé de mission pour les questions de santé)³⁹, disent ainsi : *dans l'esprit de la loi de 1970, la prise en charge de la toxicomanie n'a pas été laissée aux collectivités locales afin de ne pas en faire un enjeu électoral. En effet, la lutte contre la toxicomanie doit être planifiée et ne peut donc pas changer avec les élus. Cette loi a créé un système hypercentralisé : on ne trouve pas d'équivalent à cette politique à la fois nationale et appliquée sur le terrain par des associations sans relais forts et réels*, hormis, notent les auteurs, les Comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT). Cependant, ceux-ci ont été intégrés pour la plupart dans les Comités départementaux de prévention de la délinquance (CDPD) avec les effets pervers de recoupement et de "renvoi de balle" entre les secteurs sanitaire et répressif, même s'il existe au sein des CDPD, une commission toxicomanie composée de médecins et d'associations spécialisées. Néanmoins, les rôles des CDPD seraient très variables, certaines tenant plus *de la grand-messe que d'une véritable concertation*. Les auteurs mentionnent que si, dans certaines villes, les associations spécialisées dans la toxicomanie sont très actives, dans les autres, le tissu associatif est inexistant, le rôle impulseur revenant alors aux maires. Mais on retombe ainsi dans ce que l'on cherchait à éviter : les enjeux électoraux.

b) Des politiques publiques entre répression et prévention

Le gouvernement, lors d'une réunion du comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie du 16 juin 1999, d'un côté *réaffirme la nécessité de rappeler l'interdiction de l'usage de stupéfiants*, de l'autre, insiste pour que *les préoccupations de santé publique*

³⁶ Mino, 1994, 131. Les études auxquelles l'auteur fait référence sont, dans l'ordre et citées par elle : Robertson, Bucknall, *et al.*, 1986 ; Mino, 1990. D'autres études internationales ont par ailleurs confirmé les résultats de cette enquête.

³⁷ Sur la décentralisation et le rôle ambivalent du partage des compétences État, Région et commune, sur la mobilisation des acteurs de prévention, *cf.* Joubert, Alfonsi, Jacob, Mougou, Weinberger, 1998, 35-38.

³⁸ *Ibid.*, 1998, 2.

³⁹ Fournier, Muller, 1994, 35.

soient mieux intégrées dans les politiques mises en place et enfin tient à renforcer les actions d'information et de prévention concernant les dépendances⁴⁰.

Ainsi, la circulaire du 17 juin 1999 du ministère de la Justice relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies⁴¹ fixant les objectifs de la politique pénale, prend en compte ceux de la politique de réduction des risques : *En effet, si l'intervention judiciaire n'est pas le seul mode de régulation sociale traitant des problèmes liés aux toxicomanies, la Justice doit néanmoins tenir sa place au carrefour des politiques sanitaires et sociales d'une part, répressives d'autre part. Conformément à la lettre et à l'esprit de la loi du 31 décembre 1970⁴², l'usage de stupéfiants est un délit passible d'une peine d'emprisonnement d'un an et d'une amende de 25 000 francs ; c'est aussi une conduite à risque qui justifie que l'on prenne toujours en considération la relation de la personne au produit et que l'on privilégie, dans certains cas, l'intervention de professionnels du réseau sanitaire et social.*

Aussi, la circulaire définit, dans le cadre législatif existant, les orientations de la politique pénale de lutte contre la toxicomanie. Les objectifs de ces orientations sont de trois ordres :

- réduire la consommation de drogue et diminuer le nombre de nouveaux consommateurs ;
- lutter contre la délinquance associée ;
- prévenir et diminuer les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage et à l'abus de drogues ainsi qu'à la dépendance qui peut en résulter pour certaines personnes.

Cette circulaire du 17 juin 1999 stipule que le rôle des procureurs de la République apparaît fondamental au cours de l'enquête initiale. Parmi les sept principes guidant leur action, le second intéresse directement notre enquête : *en ce qui concerne les interpellations et les placements en garde à vue d'usagers de stupéfiants, les procureurs de la République attireront particulièrement l'attention des services de police et de gendarmerie sur les personnes dont la consommation cause des dommages sanitaires ou sociaux pour elles-mêmes ou pour autrui. **En revanche sont à proscrire les interpellations, du seul chef d'usage de stupéfiants, à proximité immédiate des structures "à bas seuil" ou des lieux d'échange de seringues, ces derniers devant être fixés par l'autorité sanitaire après concertation avec l'autorité judiciaire et les services de police.** À cet égard, et en tous lieux, le seul port d'une seringue ne doit pas être considéré comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation. D'une manière générale, les interpellations de simples usagers, dans la mesure où elles ne seraient pas indispensables pour enquêter sur des trafics, donneront lieu à des procès-verbaux simplifiés.*

Le gouvernement mentionne donc tout à la fois l'interdiction, la pénalisation et la répression de l'usage de drogues, et, la prévention des dépendances. Il joue sur le tableau de la lutte contre les drogues et leur trafic, et sur le tableau de la prévention. L'utilisateur de drogue *du point de vue* des autorités répressives reste un hors-la-loi à punir, pour protéger l'ordre public ; *du point de vue* des acteurs de la prévention secondaire, l'utilisateur de drogue est une personne à protéger "pour" elle-même et pour la santé d'autrui. On se situe dans une

⁴⁰ Cf. Lettre du Premier ministre du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, n° 4.692/SG.

⁴¹ Circulaire du 17 juin 1999 du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, *Les réponses judiciaires aux toxicomanies*, NOR JUS À 9900148 C, adressée à la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces, à la Direction de l'Administration pénitentiaire et à la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et envoyée pour information aux Préfets des Départements et aux Chefs de projet "toxicomanie".

⁴² Sur les conditions d'émergence de la loi de 1970, cf. Bernat de Celis, 1996.

dialectique oscillant entre ordre public et santé publique⁴³. Comment, concrètement, les policiers et les gendarmes doivent-ils interpréter les termes "à proximité immédiate" de la circulaire ci-dessus mentionnée et y adapter leurs actions et leurs missions ? En bref, en dépit de la prise en compte des actions de réduction des risques stipulée dans la circulaire du ministre de la Justice, les politiques de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de sécurité publique *peuvent* se trouver dans une position de "concurrence" avec la politique sanitaire et sociale de prévention et de réduction des risques. Cette ambiguïté juridique ne remet pas en cause une certitude, à savoir que le point commun des usagers de drogues est d'être avant tout objet de stigmatisation et de répression.

D'autant plus que, dernièrement, la politique de répression tend à se durcir, renforcée par les cellules Justice-Ville internes à l'institution judiciaire (constituées à partir de 1993 dans 32 départements dits prioritaires), lieux de collaboration et de concertation entre les magistrats, les représentants de l'Administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. Ces cellules ont pour but de renforcer la position de la justice au sein de toutes les instances interpartenariales locales traitant de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ainsi, on retrouve les représentants des institutions judiciaires dans :

- les comités restreints de lutte contre la drogue et la toxicomanie dont les conseils départementaux de prévention de la délinquance (CDPD) sont les lieux de coordination⁴⁴;
- les contrats locaux de sécurité (CLS⁴⁵) qui permettent de dresser un état des lieux et de décloisonner les dispositifs de prévention, de répression et de soins en améliorant la communication et en travaillant avec les élus locaux ;
- les conseils communaux de prévention de la délinquance (CCPD) ;
- les conventions départementales d'objectifs élargies à l'alcool et à la toxicomanie, outil principal d'une politique locale ciblée⁴⁶.

c) Quelques chiffres sur le dispositif d'application de la loi

Selon J.M. Costes qui reprend les conclusions du rapport de l'OFDT sur les tendances en matière de drogues et de toxicomanies⁴⁷, les interpellations pour infraction à la loi contre les stupéfiants ont fortement progressé, cependant de façon hétérogène : ainsi les interpellations des usagers de cannabis et de cocaïne ont beaucoup augmenté, en revanche celles des usagers d'héroïne ont baissé (14 959 en 1993, 7 469 en 1998 après une pointe à 17 356 en 1995). Les interpellations d'usagers simples progressent plus vite que celles

⁴³ Cf. Kübler, 2000.

⁴⁴ Cf. Circulaire du Premier ministre du 11 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental. Les comités restreints remplacent les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie.

⁴⁵ Wyvekens étudie les transformations du système de justice pénale, les rapports que celui-ci entretient avec la politique de la ville et cette politique en tant que telle. Elle a étudié plus particulièrement la justice de proximité, notamment l'insertion locale de la justice pénale, mise en œuvre dans les années 90 pour répondre à la délinquance urbaine, au sentiment d'insécurité grandissant et pour revaloriser l'image de la justice. Selon cet auteur, les CSL sont inspirés des GLTD (Groupes Locaux de Traitement de la Délinquance) qui existent depuis longtemps déjà dans les quartiers sensibles et ciblés – par exemple Bobigny, Créteil, Nanterre. Composés des représentants de l'Éducation nationale, de la police, des magistrats, des bailleurs, de la RATP, des commerçants, ils sont placés sous l'autorité du parquet. Cf. Wyvekens, 1997.

⁴⁶ Cf. La note de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, datée du 12 février 1999 et la note d'accompagnement de la Chancellerie du 22 avril 1999.

⁴⁷ Costes, 1999. Rapport de l'OFDT, 1999.

d'usagers revendeurs. Le nombre des interpellations de trafiquants chute fortement entre 1996 et 1998 : celles de cannabis sont restées relativement stables, celles d'héroïne ont chuté (de 33 % en 1997 à 24 % en 1998), et celles de cocaïne et de crack sont passées de 12 à 17 %. La forte augmentation des interpellations d'usagers simples illustre l'ambiguïté de la situation.

II - La demande d'une évaluation : pourquoi une évaluation relative à l'implantation des équipes d'échange de seringues ?

1°) Un questionnement actuel

Au cours des quelques treize années d'expérimentation des politiques de réduction des risques, la question de leur évaluation s'est posée à tous les acteurs impliqués dans cette action. Si la démarche d'évaluation n'est pas encore généralisée et systématique, il en existe cependant quelques-unes. Nous en ferons état plus loin.

Dans le cadre de la demande émise par la DDASS de la Seine-Saint-Denis, d'évaluation de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie (VIH et VHC) parmi les usagers de drogue injectable, les chargés de mission sida-toxicomanie de la DDASS et des représentants des partenaires associatifs impliqués dans la politique de réduction des risques ont dégagé plusieurs axes d'évaluation possibles.

Lors de la première réunion de rencontre entre les chargés de mission sida-toxicomanie de la DDASS, l'évaluateur et un médecin inspecteur de l'École Nationale de la Santé Publique⁴⁸, deux angles d'évaluation ont été retenus en raison, d'une part, des questions de fond qu'ils suscitent actuellement dans le milieu des professionnels de la toxicomanie et, d'autre part, de la faisabilité de l'étude dans les temps et moyens impartis. Le premier angle concerne la question des conditions et des facteurs qui facilitent ou qui freinent l'implantation des Programmes d'échanges de seringues (PES). Le second est relatif à la cohérence de la politique de réduction des risques, c'est-à-dire à l'analyse du rapport entre les objectifs poursuivis (réduction des risques) et les services dispensés (PES). Cette deuxième approche renvoie notamment au problème de la professionnalité des acteurs qui offrent et effectuent ces services. Or, cette question est déjà abordée par les chercheurs⁴⁹. Au final, pour éviter des recoupements d'enquête, le comité de pilotage de l'enquête a porté son choix sur l'évaluation relative aux questions d'implantation des programmes d'échange de seringues.

⁴⁸ À l'origine, la demande d'évaluation a été adressée à Françoise Schaëtzl, médecin inspecteur de la santé publique à l'École Nationale de la Santé Publique qui a participé à l'orientation de l'objet de cette évaluation au cours des premières réunions.

⁴⁹ Jauffret étudie actuellement la notion de professionnalité dans son travail de thèse relatif aux associations d'autosupport ASUD et NA. Par ailleurs, elle mène une enquête nationale sur ce thème spécifique CRIPS/CNRS, commanditée par la Direction Générale de la Santé.

2*) *Peu d'études sur la problématique de l'implantation*

Peu de recherches et d'évaluations existent en France sur la question spécifique de l'implantation des PES. On peut noter l'enquête par questionnaire anonyme réalisée auprès des associations gestionnaires sur l'acceptabilité des boutiques et des programmes d'échanges de seringues par leur environnement, mise en œuvre par la DGS⁵⁰. Un ouvrage collectif aborde la question de l'environnement des boutiques⁵¹. La MILDT et la DGS ont édité un guide méthodologique destiné aux communes pour organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération de seringues⁵². À l'étranger, on peut citer une recherche très intéressante du politologue Daniel Kübler⁵³ sur les conflits liés à la mise en œuvre de services de réduction des risques dans huit villes suisses, à partir d'une analyse des politiques publiques.

Les états des lieux⁵⁴ et les évaluations des politiques de réduction des risques ou des PES sont plus nombreuses⁵⁵. Quelques associations de réduction des risques ont mené des évaluations sur leur programme⁵⁶, et sur l'échange de seringues à partir d'un bus⁵⁷. L'INSERM a organisé un séminaire sur l'évaluation des politiques de prévention en matière de toxicomanie en coopération avec la MILDT⁵⁸. Une enquête a été réalisée sur l'état de la distribution automatisée de seringues en Europe⁵⁹. Quelques travaux concernent spécifiquement les structures à bas seuils ou "boutiques"⁶⁰, le travail de proximité auprès des usagers de drogues⁶¹ mais ils n'abordent pas la question spécifique de l'implantation.

La littérature spécialisée fait une place non négligeable aux écrits concernant la politique de réduction des risques. On peut mentionner notamment les travaux importants de la sociologue Anne Coppel sur l'histoire de la toxicomanie et la politique de réduction des risques, ainsi que ceux de Henri Bergeron⁶².

Parmi les professionnels du monde sanitaire, les auteurs sont relativement nombreux. Le Docteur Serfaty a étudié la mise en place de la politique de réduction des risques en Île-de-France⁶³.

En outre, il existe de nombreuses recherches sociologiques relatives aux toxicomanies sur plusieurs villes du département de la Seine-Saint-Denis, menées par l'équipe de recherche de la Mission départementale de prévention de la toxicomanie (MDPT)⁶⁴ ; ou encore celles du Groupe de Recherche et d'Analyse du Social et de la Sociabilité (GRASS) sur les politiques

⁵⁰ Division sida de la direction générale de la santé, 1998.

⁵¹ Lacoste, Daubagna, Musset, Sabatie, 1996.

⁵² MILDT/DGS, 1999.

⁵³ Kübler, 2000.

⁵⁴ Cellule sida-toxicomanie de la DDASS de Seine-Saint-Denis, 1996.

⁵⁵ Emmanuelli, Guillot, 1999, 175-178.

⁵⁶ Step, 1998 ; Fabre, Ortholan, 1999.

⁵⁷ Berteau, Bello, Favro-Laurens, 1995.

⁵⁸ Tenu à Lille, il était organisé par les intercommissions de l'INSERM *Comportements en matière de consommation et Analyse et évaluation des systèmes de soins et de prise en charge, de prévention et de protection sociale*. Le comité scientifique était composé de Bertolotto, Doray, Facy, Joubert, Sansoy, Tassin.

⁵⁹ AMPT/SAFE, 1997.

⁶⁰ Jacob, 1996 et 1997. Cf. également ministère du Travail et des affaires sociales, Direction Générale de la Santé, Division SIDA, 1997.

⁶¹ Korf, Riper, Freeman, Lewis, Grant, Jacob, Mouglin, Nilson, 1999.

⁶² Coppel, 1996a et 1996b ; Bergeron, 1999.

⁶³ Serfaty, 1996.

⁶⁴ Joubert, Weinberger, 1994 ; Bouhnik, Joubert, 1991.

publiques relatives aux drogues dans l'action locale⁶⁵. Les chercheurs de l'association Recherches et Évaluations Sociologiques sur le Social, la Santé et les Actions Communautaires (RESSCOM) produisent aussi de nombreux travaux relatifs aux toxicomanies (évaluation, prévention, politique de la ville)⁶⁶.

3*) Une évaluation : action, communication, préconisations

Le terme "évaluation" est polysémique, il peut se comprendre de plusieurs manières. Le *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques* en donne la définition suivante : *L'évaluation est une activité de nature institutionnelle qui a vocation à s'intégrer à la gestion publique et au fonctionnement du système politique. Il est commode d'opérer une distinction entre l'évaluation ainsi comprise et la recherche évaluative (evaluation research), recherche en sciences sociales appliquée à l'étude des politiques et de leurs effets sur la société. L'évaluation s'appuie sur la recherche évaluative mais ne s'y limite pas. L'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique ou le fonctionnement d'un service. Dans tous les cas, il faut que le commanditaire et les autres destinataires de l'évaluation (y compris, dans certains cas, le grand public) puissent s'approprier les résultats et les connaissances produites, les intégrer à leur propre vision de la réalité⁶⁷.*

Dans le cadre de cette étude sur un dispositif de la politique de réduction des risques, nous comprenons également l'évaluation, d'une part, comme un moyen de faire le point, de cartographier et d'analyser une situation complexe. En ce sens, il s'agit d'une démarche visant à clarifier certains enjeux sociaux mais cette évaluation participe aussi d'une forme d'instance démocratique qui implique une méthodologie et des formes de recueil des données favorisant la prise en compte et la confrontation des *points de vue* des différents acteurs impliqués, directement ou indirectement, dans la politique de réduction des risques (démocratie participative). L'évaluation suscite ainsi des espaces de dialogue et tend à renforcer la transparence et la communication entre l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs et civils. En ce sens, il s'agit d'une démarche interactive. Ces espaces de dialogue devraient permettre une meilleure coordination et articulation du dispositif de la politique de réduction des risques favorisant en définitive la prévention secondaire des usagers de drogues par voie intraveineuse.

III – L'objet de l'évaluation

1*) Problématique de l'évaluation

La politique nationale de réduction des risques est mise en œuvre au niveau départemental par la DDASS qui gère pour cela une somme déléguée sur les crédits sida,

⁶⁵ Joubert, Alfonsi, Jacob, Mougin, Weinberger, 1998.

⁶⁶ Bertolotto, Joubert, 1998. Mais aussi : évaluations d'actions santé à destination des publics migrants pour le FAS, des réseaux de santé de proximité pour la DGS, des Points-Écoute pour l'OFDT.

⁶⁷ Conseil scientifique de l'évaluation, 1996.

d'environ 7,5 millions de francs pour la Seine-Saint-Denis. Ce département est le deuxième département d'Île-de-France le plus touché par le sida⁶⁸. Actuellement, les données statistiques épidémiologiques sur le sida varient d'un expert à l'autre ou ne sont pas à jour. Mais selon des sources officielles, l'épidémie de sida est en baisse parmi les usagers de drogues dans le département de la Seine-Saint-Denis ; néanmoins la contamination du sida par voie intraveineuse y reste plus importante que la contamination par voie sexuelle. La politique de réduction des risques mise en place par la DDASS de la Seine-Saint-Denis à partir de 1994 s'appuie sur quatre axes majeurs : une vente de seringues dans les pharmacies ; 16 distributeurs de seringues⁶⁹ ; 2 boutiques "lieux d'accueil", 5 programmes d'échange de seringues effectués par 5 associations mandatées par la DDASS. La Seine-Saint-Denis reste la mieux dotée en associations de réduction de risques après Paris⁷⁰.

Les intervenants en toxicomanie effectuent les échanges de seringues, soit dans un lieu d'accueil fixe, appelé boutique, soit à partir d'un bus itinérant (stationnements), ou encore au cours d'un travail de rue et lors de visites annoncées dans les appartements privés et dans les squats. Ils ont en charge également le ramassage de seringues usagées dans les lieux publics, les réapprovisionnements des distributeurs automatiques de kits de seringues. Ces modes d'actions ne sont pas exclusifs les uns des autres, bien au contraire, ils se combinent souvent. Des distributions de préservatifs sont aussi effectuées. Les intervenants en toxicomanie fournissent des informations sanitaires préventives orales et écrites. Enfin, les missions des PES se sont élargies à l'orientation des usagers de drogues vers les services sanitaires et sociaux (écoute, soutien et accompagnement dans les démarches socio-administratives) et au domaine du soutien relationnel voire à ce qui s'apparente quelque peu à la médiation familiale. Cet élargissement s'étend également au domaine de la communication et parfois à celui de la formation. Une association intervient également en direction des jeunes qui s'engagent dans des conduites de polytoxicomanie, elle a ainsi ouvert un local d'accueil pour les jeunes. Une autre association prolonge ses actions de prévention secondaire des toxicomanies par la prise en charge de l'hébergement en appartement d'usagers de drogue.

Situé au nord-est de la région Île-de-France, le département de la Seine-Saint-Denis s'étend sur 236 km² et compte 1,3 million d'habitants au dernier recensement et 40 communes. C'est le troisième département le plus peuplé en Île-de-France (il concentre 12,9 % de la population de la région) et le septième en France. La taille des villes varie de 4 000 à 100 000 habitants. La population y est jeune : 30 % ont moins de 20 ans.

Chacune des cinq associations de réduction des risques de la Seine-Saint-Denis intervient sur un territoire géographique proposé par la DDASS. Le travail de réduction des risques des intervenants touche l'ouest et le centre du département, sur deux larges bandes verticales et un petit bout de territoire isolé à l'est. Les cinq associations couvrent les territoires des communes de Bagnolet, Romainville et Montreuil (1^{ère}) ; d'Aulnay-Sous-Bois et Sevran (2^{ème}) ; de Pantin, Bondy, Montfermeil et Clichy-Sous-Bois (3^{ème}) ; de Saint-Ouen, Saint-Denis et l'Île Saint-Denis (4^{ème}) ; et de Drancy, Bobigny, Stains (5^{ème}). Au total, 15 communes sur 40 bénéficient des actions de réduction des risques.

Cependant, 25 communes restent encore vierges de toute intervention d'échanges de seringues. Le département n'est pas uniformément couvert. Ainsi, il n'existe aucun

⁶⁸ Vilarrubla, 2000, 10.

⁶⁹ D'autres échangeurs sont en cours d'installation.

⁷⁰ Par ailleurs, on peut noter l'élaboration du plan départemental de prévention des dépendances par la cellule sida-toxicomanie, qui vise à produire une évaluation des besoins et des perspectives d'amélioration de la prévention des dépendances dans le département, en sollicitant chaque partenaire du champ de la toxicomanie. Ce plan se base sur les réponses à un questionnaire traitées par l'OFDT.

programme d'échanges de seringues principalement dans le nord-est (Tremblay-en-France, Villepinte, Vaujours), le centre-est (Coubron, Livry-Gargan, Les Pavillons-sous-Bois, Le Raincy, Villemomble), et le sud-est (Noisy-Le-Grand, Gournay-sur-Marne, Gagny, Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, Rosny-sous-Bois, communes auxquelles on peut rajouter Noisy-le-Sec plus au centre). Certaines communes du nord-ouest (Pierrefitte-sur-Seine, Villetaneuse, Épinay-sur-Seine), du sud-ouest (Le Pré-Saint-Gervais, Les Lilas) et du centre-ouest (Dugny, La Courneuve, Le Bourget, Aubervilliers) ne bénéficient pas non plus de programme d'échanges de seringues.

En somme, les deux tiers des communes de la Seine-Saint-Denis sont abandonnées à elles-mêmes pour ce qui concerne les PES. De plus, certaines ne possèdent aucune structure sanitaire issue du dispositif départemental de la réduction des risques et de prise en charge des toxicomanies. On peut citer au nord-ouest, Pierrefitte-sur-Seine, Villetaneuse, Épinay-sur-Seine, Dugny, Le Bourget, à l'est, Vaujours, Coubron, Livry-Gargan, Les Pavillons-sous-Bois, Le Raincy, Gagny, Noisy-Le-Grand, Gournay-sur-Marne, Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, et au centre sud, Les Lilas et Noisy-le-Sec. Est-ce à dire que ces villes ne comptent pas d'usagers de drogues ? Ce serait un phénomène étonnant dans un département dont on sait que ce n'est pas le cas. Peut-on dire alors qu'il s'agit d'un premier écueil majeur à l'efficacité d'une politique départementale de réduction des risques ? Quelles seraient les raisons qui expliqueraient la désaffectation des services sanitaires et sociaux de l'État dans ces zones blanches ? Plusieurs hypothèses de réponses peuvent être envisagées que nous allons étayer ci-après.

L'implantation d'un PES concerne tout un ensemble d'éléments croisés, de natures très différentes : le(s) territoire(s), les populations, les partenaires, les représentations sociales, le social, le sanitaire, le politique, l'économique et bien sûr les modes d'interventions des intervenants en toxicomanie. Cet enchevêtrement rend extrêmement complexe le choix du lieu d'implantation d'un programme d'échanges de seringues, sa mise en œuvre et son fonctionnement.

L'évaluation que nous proposons de mener sur l'implantation des programmes d'échange de seringues dans le département de la Seine-Saint-Denis, se donne pour objectif de tenter d'**appréhender les logiques sociales qui freinent ou favorisent l'implantation d'un programme d'échanges de seringues et d'une équipe de réduction des risques** sachant que *l'ouverture d'un PES obéit à un certain nombre de critères combinant problèmes d'accessibilité aux seringues dans les zones particulièrement concernées par la toxicomanie (grande hétérogénéité entre régions, voire entre départements d'une même région) et contraintes d'acceptabilité vis-à-vis des différents acteurs locaux (institutions socio-sanitaires, services de police, associations, populations riveraines...)*⁷¹.

Au cours de l'enquête, nous avons privilégié une approche et une analyse micro-sociologiques, prenant en compte le local, le quartier ou la cité, couplée à une analyse méso-sociologique qui se situe à un niveau départemental.

Cette évaluation peut permettre d'envisager l'implantation d'un PES là où il fait défaut, le département étant très inégalement couvert. Enfin, il sera possible d'extraire des analyses issues des observations sur le terrain et des entretiens, une typologie des facteurs favorisant et/ou freinant l'implantation des PES. Au final, on pourrait aboutir à une forme de guide méthodologique relatif à l'implantation des PES.

⁷¹ Emmanuelli, Lert, Valenciano, 1999, 6.

2*) Hypothèses de recherche

Nous avons décidé d'étudier la problématique du lieu d'implantation des programmes d'échanges de seringues, de ses enjeux et de ses contraintes à travers trois axes :

- la mise à l'ordre du jour de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues,
- les conditions d'acceptabilité par l'environnement,
- les conditions d'accessibilité pour les usagers de drogue injectable.

C'est à partir de ces trois axes que nous avons mené l'enquête de terrain. Nous posons ici les hypothèses de recherche qui ont servi de trame à notre travail d'évaluation et que nous avons mis à l'épreuve des faits pour vérification lors de l'enquête de terrain.

a) La mise à l'ordre du jour d'un PES

La mise à l'ordre du jour de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues se situe en amont du processus d'implantation. Il concerne la construction de la demande ou de l'offre d'un programme d'échanges de seringues. Selon un raisonnement économique, deux types de processus sont possibles :

- il y a une offre de services : l'échange de seringues aux usagers de drogue par voie intraveineuse. Dans ce cas, comment l'offre d'implantation d'un programme d'échanges de seringues parvient-elle à se construire ?
- la demande clairement affichée d'un programme d'échanges de seringues suscite l'offre. Dans ce cas, comment la demande d'un programme d'échanges de seringues émerge-t-elle ?

b) L'acceptabilité de l'offre d'un PES

Dans un deuxième temps, si l'offre rencontre la demande ou si la demande rencontre l'offre, nous entrons directement dans la phase de recevabilité de l'offre et de sa mise en œuvre pratique. Quelles sont les conditions d'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par l'environnement de proximité, les habitants du quartier, les commerçants, la direction d'une maison de quartier..., et par les partenaires locaux, les élus locaux, les associations de locataires, la police et la gendarmerie, les pharmaciens ?

Le choix d'un site d'implantation nécessite en lui-même la démarche d'une enquête d'acceptabilité. *Comment s'y prend-on pour implanter une équipe de réduction des risques liés à la toxicomanie ? Quelle est la méthodologie à adopter ?*

Les politiques : des alliés obligés ?

La question de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues est-elle liée à des stratégies politiques des élus locaux ? Ces derniers tentent-ils de nier l'incidence de la toxicomanie sur leur commune ou d'en repousser la prise en charge au delà de leur commune ?

Les arguments développés par les élus locaux à l'encontre de l'implantation d'un PES sont de plusieurs ordres : soit ils estiment que leur commune ne connaît pas de problèmes liés à la drogue et n'abrite pas d'usagers de drogue, soit ils imaginent que fournir des seringues propres aux usagers de drogue ne peut qu'inciter à se droguer et participe d'une politique laxiste et irresponsable, soit ils craignent que proposer un pareil service risque de faire affluer des usagers de drogue sur leur commune jusque-là "protégée" de la drogue⁷². Dans tous les cas, l'obstacle politique peut faire partie des freins à l'implantation d'un PES. Dans ce contexte, la recevabilité d'une offre d'implantation sera mal reçue, voire largement entravée. Inversement, si la présence d'usagers de drogue dans la commune ne peut être niée, la nécessité d'agir peut inciter les élus locaux à promouvoir des mesures de prévention secondaire des toxicomanies. Dans ce cas-là, les politiques sont les acteurs médiateurs et alliés de la démarche d'implantation d'un programme, notamment par rapport à la population et aux autres partenaires.

La question de l'implantation des PES renvoie également, de manière plus globale, aux problèmes que suscitent les frontières communales dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques départementales et à ceux que pose la notion de solidarité intercommunale. Qu'il s'agisse de politique sociale ou de politique sanitaire, il semblerait que les difficultés de cohérence des politiques publiques tiennent aux conséquences d'une décentralisation mal gérée. En matière sanitaire, celle-ci accouche du paradoxe suivant (qui s'applique tout aussi bien aux politiques du logement social) : des communes "riches" pourraient matériellement soutenir l'implantation d'un PES mais face à une opposition des politiques, des partenaires locaux et des riverains, elles s'y refusent totalement, tandis que des communes "pauvres", où il existe une demande d'implantation d'un programme, n'ont pas assez de moyens pour mener à bien une telle entreprise. Il s'agit là, de manière plus large, d'un processus pervers de ségrégation territoriale. Les possibilités que présage l'intercommunalité peuvent-elles inverser le processus ou du moins aller dans le sens d'un rééquilibrage socio-économique entre les communes ?

L'implantation : un choix partenarial ?

Le processus d'implantation d'un PES implique un travail de réseau, de partenariat local et départemental, d'articulation et de coordination des dispositifs sanitaires et sociaux. Parmi les partenaires concernés par l'implantation d'un PES, on peut citer l'ensemble des partenaires de l'État, du Conseil général et des villes, les associations, les acteurs du champ sanitaire (ici, 8 réseaux ville hôpital VIH et/ou toxicomanie, le centre délivrant de la méthadone, les 5 centres prescrivant et délivrant de la méthadone, les 3 équipes spécifiques hospitalières, les 5 centres de soins spécialisés aux toxicomanes) et ceux du champ social

⁷² Sur la place des collectivités territoriales dans la prévention secondaire des toxicomanies, cf. Joubert, 1999.

(hébergement à durée déterminée, d'urgence, structures de réinsertion sociale...), les acteurs de l'Éducation nationale⁷³, ceux de la police, de la gendarmerie et de la justice (la politique pénale du parquet). Quelle est la réalité et la consistance de ces partenariats ? Comment les services et les individus travaillent-ils ensemble ? Comment se concilient des manières de travailler variées, des mentalités et des cultures professionnelles différentes dans le dispositif de réduction des risques et de prise en charge des toxicomanies ?

L'implantation des lieux d'actions : un choix d'équipe ?

Le choix des lieux d'actions d'une équipe d'échange de seringues dépend aussi du mode de *fonctionnement interne des associations*. Comment se font les choix des sites ? Comment se font les repérages des lieux d'action ? Quels sont les indices qui permettent de dire que sur tel secteur, les intervenants sont susceptibles de rencontrer des usagers de drogues ? Les décisions sur les choix des sites se font-ils au cours de réunion d'équipe selon une procédure démocratique, chacun donnant son avis ? Le choix des lieux d'actions est également directement tributaire des particularités du territoire qui incombe à l'équipe des intervenants en toxicomanie, c'est-à-dire sa topographie, sa situation géographique..., et donc des difficultés éventuelles à travailler sur tel ou tel secteur géographique, qu'il s'agisse d'une cité sensible ou d'un quartier résidentiel. Enfin, l'implantation des lieux d'actions d'un PES est liée aux modes de travail des équipes de réduction des risques : boutique, bus, travail de terrain. Le choix du lieu d'implantation d'une boutique répond à des critères différents de celui des lieux de stationnement d'un bus ou encore de celui des parcours de rues.

La démarche de la démocratie de proximité : un vecteur de régulation sociale locale favorable à l'implantation d'un PES ?

La démarche d'implantation d'un PES suppose, d'en informer les habitants et les commerçants des quartiers ou des cités concernés ainsi que les différents partenaires (élus, représentants d'associations, Éducation nationale, police et gendarmerie dont la mission est de gérer l'occupation des espaces publics), et de les sensibiliser, de façon pédagogique, aux objectifs sanitaires et sociaux de la prévention secondaire (éviter la transmission du sida et des hépatites C par l'échange de seringues à usage unique et la distribution de préservatifs ; recréer du lien social avec les usagers de drogues les plus marginalisés, les orienter vers les structures sociales et sanitaires compétentes).

Cette démarche implique également de connaître, en préalable à toute intervention destinée aux usagers de drogues, les opinions et les représentations des résidents des quartiers, des commerçants, des représentants des OPHLM, des représentants des associations de

⁷³ Une circulaire de 1998 prévoit la création d'un comité d'éducation à la promotion de la santé et à la citoyenneté pour les écoles mais selon les acteurs l'Éducation nationale n'est pas un partenaire très coopérant en ce domaine. On observe un écart entre les textes et les pratiques.

locataires, des acteurs de l'Éducation nationale, des agents communaux, des élus locaux..., concernant une implantation potentielle, de savoir ce qu'en pensent les citoyens⁷⁴.

Il s'agit là de prendre en compte les notions qui ont trait à l'occupation symbolique du territoire, à son vécu quotidien, au sentiment de sécurité des individus, à l'intérêt privé, et bien sûr à la citoyenneté et à l'intérêt général, notions qu'englobe tout ce qui modèle le lien social et produit le collectif. Ces notions renvoient à l'histoire d'un territoire, aux représentations sociales qu'il véhicule, aux habitudes de vie individuelle et collective, au confort que procure le fait de se déplacer dans un quartier ou une cité déjà connue, aux réseaux de sociabilité locale, aux solidarités communautaires et familiales.

De façon générale, est-il nécessaire de mettre en œuvre des démarches de démocratie de proximité lorsqu'une entreprise nouvelle s'installe, susceptible d'entraîner des nuisances pour les riverains, pour favoriser son acceptabilité ? Faut-il demander leur opinion aux gens, l'avis des citoyens et le prendre en considération ? À partir de quand une action peut-elle être désignée comme une nuisance et donc, en tant que telle, faire l'objet de débats publics ? Si tel est le cas, faut-il procéder à ce qui s'apparente à une procédure d'enquête publique ? Mais aussi, jusqu'où une opposition des riverains est-elle légitime socialement quand l'objet du débat public s'impose comme relevant de l'intérêt général et d'un enjeu social majeur ? Dans ce cas, des procédures contraignantes, sous différentes formes, sont-elles envisageables⁷⁵ ?

En ce sens, la prise en compte des opinions des gens, l'information et la sensibilisation participent-elles d'une forme de régulation sociale locale ? Une adhésion même retenue des gens du quartier et une participation même passive des partenaires locaux à un programme d'échanges de seringues dans leur cadre de vie jouent-elles un rôle sur l'efficacité d'un tel programme ? Selon le parti pris par les initiateurs d'actions de prévention secondaire, *forcing* ou négociations, y-a-t-il, conséquemment, stigmatisation ou reconnaissance d'un Programme d'échanges de seringues, lesquels peuvent influencer sur l'efficacité du PES ?

Par ailleurs, on peut penser qu'un programme d'échanges de seringues est différemment perçu selon qu'il se fait par le biais du travail de rue, par la médiation d'un bus itinérant ou à partir d'une boutique. Le travail de démocratie de proximité dirigé vers l'environnement immédiat varie alors considérablement : l'implantation d'une boutique est en effet bien plus visible que celle d'un bus itinérant ou d'une équipe de rue.

Enfin, le travail de démocratie de proximité varie selon le lieu choisi d'implantation d'un PES. Sans doute, plus le lieu d'actions est visible et marqué socialement, plus le travail de démocratie de proximité relève d'une gageure. Plus le lieu d'actions s'apparente à une zone de neutralité, une zone franche, moins le recours au travail de démocratie de proximité est nécessaire. Ainsi, si l'implantation se fait en périphérie d'un quartier, d'une cité ou d'une ville, les démarches d'acceptabilité sont moindres. En revanche, si tel est le cas, les lieux d'actions de réduction de risque doivent alors s'afficher lisiblement pour se faire connaître des usagers de drogue (plaquettes publicitaires informatives, travail de partenariat avec les autres acteurs pour qu'ils leur orientent les usagers). L'équipe de réduction des risques doit développer des stratégies pour être aussi *attractive* et *avenante* que possible, pour faire venir et surtout retenir l'utilisateur marginalisé. Mais peut-on objecter qu'une implantation centrale est

⁷⁴ Par exemple, l'association de prévention "Beaurepaire" a pris le parti de procéder à l'implantation d'une boutique, lieu d'accueil des usagers de drogue, structure à bas seuils, dans le X^{ème} arrondissement parisien (quartier République), sans en informer les gens du quartier au préalable. Il y a eu une très forte opposition des habitants et des commerçants.

⁷⁵ On peut penser ici aux procédures d'enquêtes publiques qui sont effectuées notamment par exemple lors de projets de lois relatifs à la protection de l'environnement qui visent à classer des zones naturelles en sites protégés et à en limiter l'accès.

plus adaptée qu'une implantation périphérique pour optimiser une politique de réduction des risques quant à ce qui concerne l'accessibilité géographique ? Dès lors, la contrainte d'acceptabilité est-elle susceptible de venir en contradiction avec la contrainte d'accessibilité ?

c) *L'accessibilité d'un PES pour les usagers de drogue*

L'accessibilité d'un PES pour les usagers de drogue est la seconde raison qui justifie le choix du lieu d'implantation d'un PES. Mais quels sont les éléments qui construisent l'accessibilité d'un programme d'échanges de seringues pour les usagers de drogue ? Interviennent ici les questions *d'accessibilité géographique, temporelle et relationnelle* des intervenants en toxicomanie, pour les usagers de drogue par voie intraveineuse les plus marginalisés. En effet, puisque ces usagers de drogue ne viennent pas spontanément au devant des intervenants en toxicomanie, c'est à ces derniers de les chercher, de les repérer, de les *capter*, de les suivre dans leur itinéraire géographique, c'est-à-dire d'adapter leur temps de travail à leur temps de vie et de développer des compétences relationnelles particulières pour être en mesure de pouvoir créer une relation privilégiée avec eux et reconstruire du lien social. L'ensemble de ces actions est animé d'une seule et même intention systématique, celle d' *aller vers* les usagers, d'être accessible aux usagers pour pouvoir leur distribuer des seringues neuves, récupérer celles usagées, leur donner des préservatifs, construire une relation sociale, puis les orienter vers les structures sanitaires et sociales adaptées.

L'accessibilité géographique

Par accessibilité géographique, nous entendons que le lieu choisi soit approprié à la faisabilité et à l'efficacité de la mise en place des actions du PES. Pour ce faire, il faut que les actions de réduction de risques soient dispensées sur les lieux de vie ou de passage des usagers ou encore que les acteurs du PES repèrent et suivent les lieux de transit des usagers. Les lieux où sont effectuées les actions du PES doivent être accessibles aux usagers, ce qui induit trois contraintes :

- Pour se rendre à un endroit donné, par simple bon sens, il faut connaître l'adresse du lieu : une *information* est-elle diffusée en direction de la population des usagers de drogue injectable pour faire connaître le lieu du déroulement des actions ? Sous quelles formes ? Selon quelle récurrence ?

- Ensuite, il faut pouvoir se rendre matériellement au lieu dit. Quel est l'état des *communications* (bus, métro, RER) qui mènent aux lieux des actions ?

- Enfin, on évite de se rendre dans une zone dangereuse. Quel est le degré de *garantie de sécurité* qui est offert aux usagers de drogue lorsqu'ils se rendent sur les lieux des PES, qui sont aussi des lieux d'échange et de relations sociales, sachant que, du *point de vue* des usagers, on peut supposer qu'une zone dangereuse est un zone fréquentée par les policiers, les dealers ou les *chasseurs de tox* ? Le lieu des actions des PES peut-il jouer le rôle pervers du pot de miel ? Autrement dit, ces groupes peuvent *rôder* autour des lieux d'échange de seringues avec l'objectif d'alpaguer soit un usager pour remonter une filière de drogue, soit un usager mauvais payeur.

L'accessibilité temporelle

Nous signifions par accessibilité temporelle le fait que les horaires fixés pour la mise en œuvre des actions des PES (travail de rue, boutique, bus) soient adaptés à la temporalité spécifique des usagers de drogue, à leur mode de vie. Tout comme le territoire géographique, les horaires de travail des intervenants associatifs peuvent en effet être un enjeu de négociations avec l'environnement.

L'accessibilité relationnelle

Nous désignons par accessibilité relationnelle le fait que les intervenants en toxicomanie possèdent des compétences, ne relevant pas seulement des techniques sanitaires et sociales, mais aussi des techniques relationnelles. Il s'agit de leur capacité à toucher les personnes les plus marginalisées par des actions de proximité, à atteindre les personnes qui ne sont inscrites dans aucun dispositif sanitaire et social alors qu'elles constituent le public-cible, et de pouvoir être en mesure de créer un lien social avec l'utilisateur et de construire une relation sociale privilégiée plus ou moins durable. Existe-t-il des normes déontologiques affirmées (non-jugement, impartialité, non-catégorisation) ? Comment tenter de cerner ce que recouvre *l'accessibilité relationnelle* ?

IV - Méthodologie

1°) Approche bibliographique

- Revue et analyse des textes de loi, des circulaires en vigueur.
- Revue et analyse de la littérature scientifique et générale sur le sujet : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)...
- Revue et analyse des conventions État-associations, des rapports d'activités 1999 des associations et des documents internes aux associations (données quantitatives et qualitatives, comptes rendus de réunions, cahier de bord du travail quotidien des équipes de rue, fiches de suivi, fiches repérage, fiches rencontre, supports informatifs...)
- Participations à des séminaires de recherche spécialisés, notamment ceux du Groupe de recherche "*Psychotropes, Politique et Société*", ceux du CESDIP (Centre d'études sociologiques sur le droit et les institutions pénales).
- Échanges avec des chercheurs spécialisés dans le champ de la toxicomanie : Marie Danièle Barré qui nous a suivie en tant que responsable scientifique tout au long de ce travail, mais également avec Anne Coppel, Michel Joubert, Élisabeth Jacob et Marie Jauffret.

2*) *Les critères de choix des associations*

Cinq associations sont mandatées par la DDASS 93 pour mener des actions de réductions des risques liées au VIH et VHC. Les actions des équipes de réduction de risques du département sont relativement diversifiées. Les équipes utilisent des moyens variés pour aller au devant des usagers de drogues par voie intraveineuse et tenter de créer du lien social : un bus itinérant, un lieu d'accueil des usagers, appelée boutique, un travail de rue. On peut noter cependant que toutes les équipes de réduction des risques effectuent du travail de rue.

En collaboration avec le comité de pilotage de l'enquête, nous avons retenu trois des cinq associations pour mener l'étude : le Centre pour la Communication et la Formation dans l'Espace Local, Effervescence et Prose. Quels sont les critères objectifs qui ont motivé le choix de ces trois associations au regard de la problématique de l'implantation ?

- Premièrement, nous souhaitons étudier les trois modes d'approche des toxicomanes expérimentés par les équipes. Aussi, le premier critère de choix a été **le mode de travail des équipes** de réduction de risques, à savoir le bus, la boutique et le travail de terrain.

- Le deuxième a trait **aux caractéristiques du territoire couvert** : le nombre de villes couvertes, la situation géographique des villes et des quartiers - petite couronne, grande couronne, frontières départementales, milieu rural/urbain -, la façon dont les lieux d'échange de seringues sont desservis par les transports en commun, la taille démographique des villes, la continuité des lieux d'intervention, et enfin l'équipement des villes en structures sanitaires et sociales.

- Le troisième tient à l'ancienneté de l'association.

- Enfin, le dernier critère de choix est lié **à la composition de l'équipe** : le nombre d'intervenants, la pluridisciplinarité ou non de l'équipe.

a) Les raisons qui ont motivé le choix de l'association CCFEL

La première raison a trait au mode de travail. C'est la seule équipe qui utilise la médiation d'un bus, appelé Préserv'bus, pour aller au devant des usagers de drogues. Il s'agit de la raison principale du choix de cette association.

La deuxième raison tient aux caractéristiques des villes couvertes. Les stationnements du bus se situent sur quatre communes éloignées les unes des autres dans le département : Bondy, Clichy-sous-Bois, Montfermeil et Pantin.

La ville de Pantin est située près du boulevard périphérique et du XIX^{ème} arrondissement parisien. Elle ne comprend aucune structure sanitaire destinée aux usagers de drogue mais elle est entourée de villes en possédant. On y accède facilement par les transports en commun.

Relativement éloignée de Paris, la ville de Montfermeil, pauvre en structures sociales, abrite cependant une équipe spécifique hospitalière pour les toxicomanes. Par ailleurs, elle est très peu desservie par les transports en commun (peu de bus et seulement le RER Éole). Le préserv'bus effectue une permanence dans une cité de la ville de Chelles du département de Seine et Marne, située à proximité de Montfermeil. Cette cité s'étend en effet sur quatre communes : Montfermeil, Chelles, Coubron et Courty. Selon les intervenants en toxicomanie, ce quartier *est particulièrement enclavé et très éloigné du centre-ville.*

On trouve l'hôpital Jean-Verdier dans la ville de Bondy qui est loin de Paris et mal desservie par les transports.

Clichy-sous-Bois ne bénéficie d'aucune structure sanitaire destinée aux usagers de drogue sur son territoire, ni de l'entourage de communes équipées, à l'exception de Montfermeil. Éloignée de Paris, les communications sont très moyennes.

La troisième raison du choix de CCFEL tient à son ancienneté. Elle existe en effet depuis 1988, soit plus de 10 ans. C'est la doyenne des associations de la réduction des risques.

Enfin, *la quatrième raison est liée au fait que CCFEL est la plus grosse structure associative dans le département.*

b) Les raisons qui ont motivé le choix de l'association Effervescence

Seules C3R à Blanc Mesnil et Effervescence à Saint-Ouen utilisent la médiation d'une **boutique**, lieu d'accueil des usagers de drogue et structure à bas seuils. C3R qui connaît quelques difficultés est en cours de réorganisation, aussi le choix s'est porté sur Effervescence. L'équipe pratique le travail de rue également sur les communes de l'Île Saint-Louis et de Saint-Denis.

Les villes, situées au nord de Paris, sont bien desservies par les transports en commun.

L'équipe couvre une zone relativement bien dotée en distributeurs automatiques de seringue et en structures de soins pour les toxicomanes, par comparaison avec d'autres villes.

L'équipe, de taille moyenne, pluridisciplinaire, s'est implantée en 1994.

c) Les raisons qui ont motivé le choix de l'association Proses

Reste les associations First et **Proses** qui pratiquent exclusivement du **travail de rue**. First a déjà fait l'objet d'une étude⁷⁶, par élimination, Proses a donc été désignée.

Proses intervient sur les communes voisines de Montreuil, Bagnolet et Romainville, à l'est de Paris, communes bien desservies par les transports en commun. Montreuil et Bagnolet sont relativement équipées en structures sanitaires pour les usagers de drogue.

Par ailleurs, cette association est une petite structure comportant une équipe pluridisciplinaire de 4 personnes qui ne s'est implantée que très récemment, en juin 1998.

Les associations de réduction de risques ne constituent pas tout le dispositif de la politique de réduction des risques de la Seine-Saint-Denis. Leur travail, spécifique par ses modalités et ses missions, se situe dans une relation de complémentarité avec celui des autres structures de prévention des toxicomanies. Aussi avons-nous été attentive à l'ensemble de la

⁷⁶ Cette association a en effet commandité une *Évaluation du programme de réduction des risques liés à la pratique de la toxicomanie par voie intraveineuse sur les villes d'Aulnay et de Sevran* dont le rapport a été remis en novembre 1999.

couverture géographique des structures spécialisées pour les toxicomanes, ceci dans le but d'avoir un panorama complet du dispositif de prévention couvrant le territoire.

3°) L'observation participante

Nous avons utilisé des méthodes d'enquête ethnologiques. Nous avons tenu à faire de l'observation participante *avant* de procéder aux entretiens de façon à connaître au mieux et concrètement la réalité étudiée.

Ce travail d'observation a consisté dans un premier temps à contacter et à rencontrer les membres des associations sur leurs lieux de travail. Dans un second temps, nous avons participé, autant que faire se peut, aux activités des équipes durant plusieurs jours sur quatre mois : à la boutique ; lors du travail de terrain, autrement dit à pied dans les rues, dans les caves, en tournées de voiture sur les boulevards et les périphériques (prostituées), au cours des visites en squats et en appartements (ramassage et échange de seringues et dons de préservatifs) ; lors des accompagnements sanitaires (hôpitaux) ; sur l'itinéraire et les stationnements du préserv'bus ; lors des approvisionnements des distributeurs automatiques de seringues (totems) ; lors des réunions d'équipes.

Si, dans un premier temps, les membres des associations, ont pu ressentir notre venue et notre mission d'évaluation mandatée par leur employeur, comme une *menace*, une forme de contrôle de leur travail, peu à peu, les clarifications faites, les explications données sur l'objet de l'évaluation et la transparence affichée, les méfiances se sont adoucies. Une relation de confiance a pu s'installer ; sans cette relation, l'enquête de terrain n'aurait pu se faire dans des conditions favorables. Non seulement les intervenants auraient pu invoquer des raisons liées au dérangement occasionné par notre présence perturbant leur travail d'approche des usagers, mais aussi, percevant une mauvaise relation entre nous et les intervenants en toxicomanie, les usagers auraient pu s'en formaliser. Les intervenants ont ainsi fait montre de disponibilité, toujours prompts à fournir des explications et des informations.

Les observations ont permis de collecter des données riches et variées. Chaque observation a fait l'objet de prise de notes (carnet de bord), soit ultérieure, soit sur le vif, qui, analysées, ont complété le matériel obtenu par entretiens.

4°) Les entretiens

Les entretiens ont constitué le second grand volet de notre recueil de données pour évaluer les conditions d'implantation des trois associations de réduction des risques retenues.

Les observations bien entamées, nous avons donc ensuite commencé les entretiens avec les différents partenaires et les personnes choisies en fonction de leur lien avec le sujet de l'enquête et de leur rôle dans la politique de réduction des risques. Par hypothèse déductive, nous devons rencontrer des élus en charge de la politique de santé⁷⁷, des médecins de santé public, des policiers, des représentants d'associations de locataires, des commerçants, des

⁷⁷ Les appellations de ces élus varient d'une commune à l'autre, nous les appellerons : élus santé.

résidants, des communes étudiées. Certaines personnes interviewées nous ont été indiquées selon le procédé de la boule de neige. Par exemple, les élus en charge de la politique de sécurité urbaine ou leur(s) chargé(s) de mission⁷⁸, nous ont été recommandés, soit par des élus santé, soit par des commissaires de police, alors que nous n'avions pas pensé les contacter au début de l'enquête.

Nous avons effectué une trentaine d'entretiens. Pour la grande majorité (26), il s'agit d'entretiens semi-directifs enregistrés sous la garantie d'anonymat, munis d'un guide d'entretien préalablement établi relatif à la question de l'implantation des équipes et des lieux d'actions⁷⁹. Pour le reste, il s'agit plutôt d'entretiens sous la forme d'un "radio-trottoir" avec les gens et commerçants du quartier. Enfin, quelques entretiens, par circonstance et par refus de magnétophone (2), ont été retranscrits à partir de prises de notes. Nombreux encore ont été les conversations et les entretiens informels, notamment avec les usagers et les résidants.

- 10 membres des associations : 2 intervenants issus des professions sanitaires, 4 intervenants issus des professions du social et 4 "intervenants de rue".

- 3 pharmaciens
- plusieurs commerçants-résidants dans l'environnement de la boutique
- 2 commissaires de police
- 1 commandant de police
- 4 élus santé (élu hygiène et santé ou élu action sociale santé solidarité)
- 4 élus sécurité (dont 2 chargés de mission)
- 1 représentante d'une Amicale des Locataires (résidants)
- 2 responsables de maison de quartier (lieux de stationnement du bus)
- 1 directrice de PMI (résidant)

Nous avons effectué des entretiens avec les intervenants de chacune des équipes. Par contre, les entretiens avec les partenaires et les résidants n'ont concerné que ceux de deux associations (mais plusieurs villes bien sûr). Une personne s'est chargée de retranscrire les entretiens enregistrés. Puis l'ensemble des entretiens a ensuite été analysé.

Afin de préserver l'anonymat des acteurs interviewés, point sur lequel nous nous sommes engagés avec les personnes, nous n'avons conservé que les statuts professionnels des personnes et remplacé tout nom de ville ou d'association, par les termes de "ville" et "association".

5*) Calendrier de l'étude

Décembre 1999 : projet d'évaluation et préparation du contrat de recherche.

Janvier 2000 : rédaction de deux propositions d'évaluation de la politique de prévention des risques liés à la toxicomanie en Seine-Saint-Denis.

Février 2000 : choix des commanditaires de l'objet de l'évaluation.

Mars 2000 : rédaction du projet d'évaluation définitif relatif aux questions d'implantation et prise de contact avec le terrain et les acteurs à interviewer.

Avril-mai-juin-juillet-septembre 2000 : enquête de terrain : observation participante et entretiens.

⁷⁸ De la même façon, nous réunirons ces acteurs sous la même appellation : élus sécurité urbaine.

⁷⁹ Annexes I et II.

Juin-juillet-septembre 2000 : retranscription et analyse des entretiens ; rédaction du rapport intermédiaire, remis en septembre.

Septembre-octobre-novembre 2000 : rédaction du rapport final.

Décembre 2000 : remise du rapport final.

Partie 1 :

**Le processus d'acceptabilité d'un programme
d'échanges de seringues par les acteurs locaux**

Introduction

La DDASS de la Seine-Saint-Denis élabore la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, mandate et subventionne des associations pour la mettre en œuvre. La DDASS indique les zones géographiques où elle souhaite voir s'implanter un PES. Toute l'amorce du processus d'implantation d'un PES dans les villes repose sur les démarches prospectives des associations auprès des mairies désignées. Cette prospection se trouve favorisée ou non selon que la mise à l'ordre du jour d'un programme d'échanges de seringues est envisagée par les élus à la santé⁸⁰. La recevabilité d'un tel projet par la municipalité dépend ainsi de l'approche politique locale des toxicomanies qu'elle privilégie (chapitre I).

Vient ensuite la phase de l'acceptabilité de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues par les autres élus locaux et par l'ensemble des partenaires clés de la ville qui prend figure d'un véritable travail de persuasion mené par l'association et où les acteurs de la ville concernés jouent un rôle particulier. Quelles que soient les modalités de travail des intervenants en toxicomanie (boutique, bus, travail de rue), cette phase est un passage obligé. C'est ce que nous verrons dans le chapitre II. L'aboutissement de l'opération partenariale aboutit alors à l'octroi par la mairie d'un local à l'association, lequel doit répondre à certains critères précis liés aux modalités d'exercice de l'échange de seringues proposées (chapitre III).

L'approche des usagers de drogue et les actions d'échange de seringues se font en effet à partir d'un lieu d'accueil fixe destiné aux toxicomanes (chapitre IV), ou à partir d'un dispositif mobile, le bus (chapitre V), ou encore l'échange de seringues peut se faire par l'intermédiaire d'un distributeur automatique de seringues (chapitre VI). Dans tous les cas, il s'agit de faire accepter le dispositif par la population environnante et cela nécessite la mise en œuvre de méthodes d'acceptabilité particulières. À l'inverse, l'enquête montre que le travail de rue, moins visible par définition, effectué par les intervenants en toxicomanie pour aller à la rencontre des usagers de drogue ne pose pas de problèmes d'acceptabilité marquants par la population. Au cours de cette deuxième phase, la méthodologie de cette équipe de rue se focalise là essentiellement sur les façons de se rendre accessible aux usagers, façons qui seront traitées dans la seconde partie de ce rapport. Pour terminer cette première partie consacrée à l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par les partenaires de la ville et par les populations riveraines, nous ferons état des plaintes et des remontées d'informations du terrain reçues (chapitre VII).

I – La mise à l'ordre du jour du projet d'implantation d'un programme d'échanges de seringues et sa recevabilité dans une ville

La question de la mise à l'ordre du jour d'un programme d'échanges de seringues dans une commune et de sa recevabilité est induite par celle de la reconnaissance ou non de problèmes de drogue sur le territoire communal ainsi que par le mode de traitement de ces problèmes par les politiques communales. On observe que, soit les problèmes liés aux drogues sont abordés par la politique communale sanitaire, soit ils sont gérés à partir du

⁸⁰ Nous désignons par "élu santé", les élus qui sont en charge de la politique de santé.

contrat local sécurité inclus dans la politique communale de sécurité, soit la mairie n'a pas les moyens d'investir la gestion des problèmes de drogues. Parti de là, on entre dans le jeu de l'offre et de la demande d'un service d'échange de seringues. Quelle que soit la procédure, l'enquête met en exergue le rôle moteur des élus santé et des médecins (principalement de santé publique) en amont du processus d'implantation, autrement dit au niveau de la mise à l'ordre du jour du projet d'implantation d'un programme d'échanges de seringues dans la ville.

1°) Les villes où les problèmes de drogue sont gérés par la politique communale sanitaire

Il s'agit de communes qui subissent des problèmes liés aux drogues, où ces problèmes ne sont pas niés et où il y a une prise de conscience forte des risques infectieux liés à la toxicomanie par voie intraveineuse. Ces villes traitent les problèmes de toxicomanie par une approche essentiellement sanitaire dont la gestion appartient aux élus santé, souvent des médecins par ailleurs, très fortement impliqués dans le champ de la prévention du sida et des hépatites. On peut imaginer deux scénarios possibles :

- Les élus à la santé sensibilisés aux actions de prévention des toxicomanies (au sens large) sont demandeurs d'actions en ce sens et une offre de services de prévention secondaire des toxicomanies leur est proposée.

- Les élus sensibilisés aux actions de prévention des toxicomanies (au sens large) sont demandeurs d'actions en ce sens mais ils ne reçoivent pas de proposition de services disponibles ou acceptables.

a) La demande rencontre l'offre

Dans ce premier scénario, les élus santé effectuent en amont de l'offre de services, un travail de réflexion et de mobilisation sur la prévention secondaire des toxicomanies. Lorsque l'offre d'implantation d'un programme d'échanges de seringues est proposée par une association de réduction des risques liés à la toxicomanie, les élus sont *a priori* préparés à recevoir le projet d'implantation du programme, d'autant plus lorsqu'il est porté par une association indépendante de la municipalité. Par exemple, dans telle ville, avant de rencontrer les intervenants en toxicomanie, un groupe de l'équipe municipale s'était mobilisé pour réfléchir "au problème du sida", mener des actions de prévention et organiser des animations lors des journées sida du 1^{er} décembre. L'idée de mettre en place des échanges de seringues était déjà dans les esprits ; il manquait la méthode. La proposition faite par le coordinateur de l'association de réduction des risques au Groupe sida des élus, de mettre en œuvre un programme d'échanges de seringues, a ainsi trouvé un écho direct et aménagé en amont. La demande de service des uns, les politiques, a rencontré l'offre de service des autres, l'association de réduction des risques. Ce qui a séduit l' élu à la santé de cette commune dans le projet d'implantation proposé tient à la méthode du travail de terrain dans les quartiers, autrement dit la démarche active d'aller vers les usagers de drogues pour pratiquer l'échange de seringues.

"On a fait au début trois sous-groupes : un groupe Prévention, un groupe Toxicomanie et un groupe Soins aux malades. Après, on n'a pas pu continuer à faire fonctionner les trois sous-groupes, donc on a tout regroupé. Mais l'association est arrivée à un moment de fonctionnement de ce groupe, enfin je l'analyse comme cela, **comme une réponse à des préoccupations que nous avons à l'intérieur de ces groupes**. C'est-à-dire que dans le sous-groupe SIDA Toxicomanie, on avait déjà pensé à faire de l'échange de seringues mais on ne savait pas comment. On s'était déjà dit que cela pouvait être quelque chose qui pouvait fonctionner dans la ville, mais on ne savait pas comment. Et c'est tout. *Au cours de discussions*. Et c'est pour cela que c'est important parce que je trouve que la première fois que j'ai reçu le coordinateur de l'association, cela correspondait effectivement à un questionnement de notre part"⁸¹.

Dans cet exemple précis, la proposition de l'offre de services d'un échange de seringues aux élus s'est déroulée dans un contexte particulier. L'association de réduction des risques n'existait pas encore en tant que telle ; seuls deux intervenants en toxicomanie portaient la proposition sous la garantie de la DDASS et du ministère de la Santé, et appuyés par plusieurs professionnels du milieu de la toxicomanie. Le défi à relever était de rencontrer des élus preneurs et financeurs (partiellement) de leur projet de prévention secondaire des toxicomanies, dans une zone géographique encore vierge de toute intervention et suggérée par la DDASS. En préalable à toute autre démarche, les intervenants en toxicomanie se sont lancés dans une phase de prospection des mairies, puis de présentation du projet aux élus à la santé ayant répondu à leur courrier et qui ont accepté de les recevoir. Les intérêts des uns et les autres se sont ainsi rencontrés, qui ont permis la mise à l'ordre du jour effective d'un programme d'échanges de seringues.

Dans cette autre ville, existait également, en amont de l'implantation du programme d'échanges de seringues, une réflexion active sur la prévention des drogues portée par le comité municipal de la prévention santé, initiée par l' élu à la santé. Cette réflexion les a menés tout naturellement à s'adresser à une association de réduction des risques liés à la toxicomanie. Là encore l'équipe municipale n'a pas mis son veto à la mise en œuvre d'un programme d'échanges de seringues sur la ville. Mais, les élus locaux se sont heurtés à des problèmes de financement pour supporter une réelle politique de prévention des toxicomanies. La solution envisagée à l'avenir est d'inclure ce champ dans les contrats de ville qui permettent aux mairies d'avoir des fonds plus conséquents.

Au final, si la DDASS cadre les zones géographiques d'implantation et même si l'offre de services des intervenants en toxicomanie coïncide à une demande des élus, ce sont les élus locaux qui décident de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues dans leur ville. Les mairies ont l'avantage du choix de l'association tandis que l'association n'a pas le choix de la ville, elle est choisie.

Parallèlement à l'implication des élus à la santé, les élus et chargés de mission sécurité urbaine de ces villes ne font pas des problèmes liés à la toxicomanie un volet prioritaire de la politique de sécurité urbaine, en l'occurrence du contrat local de sécurité. De plus, les activités d'échange de seringues des intervenants en toxicomanie, une fois implantées, ne générant aucun trouble à l'ordre public, n'ont pas lieu d'être prises en compte par les acteurs sécurité de la ville. Aussi ces derniers estiment que leur domaine de compétence et d'intervention sont bien différents de ceux d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie et que leurs actions ne se recoupent pas. Chacun son pré carré, il n'y a aucune raison de déborder. De fait, les relations de partenariat avec les associations de réduction des

⁸¹ Élu à la santé.

risques sont limitées au minimum nécessaire, c'est-à-dire à un partenariat de simple courtoisie et confiant.

Dans ce type de villes, la prise en charge de la réduction des risques par le biais de la politique sanitaire et non par le biais de la politique de sécurité urbaine explique aussi pourquoi les commissaires de police, aujourd'hui en poste, ne sont plus intégrés dans le partenariat d'origine transitant autour de l'association des intervenants en toxicomanie. L'un d'eux, par exemple, s'est fortement étonné de ne pas être au courant de l'existence d'un programme d'échanges de seringues dans sa commune. À l'inverse, leurs prédécesseurs l'ont été.

b) La demande ne rencontre pas l'offre

Plusieurs raisons, mais souvent d'ordre économique ou parfois de façon sous-jacente politique *in fine*, expliquent que la demande d'une municipalité d'un programme d'échanges de seringues ne rencontre pas l'offre de service d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

Par exemple, l' élu à la santé d'une ville, sensibilisé aux actions de prévention des toxicomanies, est preneur de l'intervention d'un programme d'échanges de seringues sur son territoire. La ville a sollicité la DDASS et une association de réduction des risques liés à la toxicomanie en ce sens. Mais, actuellement, l'association contactée n'est pas en mesure, matériellement, d'élargir géographiquement ses actions.

2*) *Les villes où les problèmes de toxicomanie sont gérés par la politique de sécurité urbaine*

Il s'agit de villes où la présence de la drogue est fortement minimisée et où les problèmes associés à la drogue renvoient essentiellement au sentiment d'insécurité. Les usagers de drogues sont perçus comme des délinquants potentiels : la drogue coûte cher, aussi pour financer leur consommation, les usagers se lancent-ils dans une criminalité d'approvisionnement qui peut générer de la violence. Dès lors, la prévention secondaire des toxicomanies n'est pas réellement abordée et occupe une place très réduite dans la politique communale sanitaire. Souvent évacuée du débat et de l'action publics, le traitement des problèmes de drogue est pris en compte par la politique de sécurité urbaine. Dans ce second cas de figure, deux scénarios ont été rencontrés concernant la mise à l'ordre du jour d'un programme d'échanges de seringues :

- Les élus ne sont pas demandeurs d'actions de prévention secondaire des toxicomanies mais ils reçoivent une offre de service qu'ils acceptent mais délèguent ensuite entièrement à l'association.

- Les élus ne sont pas demandeurs d'actions de prévention secondaire des toxicomanies, ils reçoivent une offre de service et la refusent en bloc, mais des actions de réduction des risques sont effectuées.

a) *L'offre suscite l'acceptabilité*

Dans ce scénario, l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par les élus santé semble seulement formelle dans le sens où le PES peut être accepté mais les élus à la santé ne s'en font pas les garants affirmés sur la scène publique.

Dans ces villes en effet, d'un côté, les problèmes de drogues, alors même qu'ils existent sur le territoire, ne sont pas reconnus publiquement par les élus, et de l'autre, les élus à la santé ne sont pas de taille ou suffisamment armés pour renverser la tendance de la politique de l'autruche menée par les autres élus locaux concernant la réduction des risques liés à la toxicomanie. La place de la réduction des risques dans la politique sanitaire est alors réduite à la part congrue (information générale et formation). Néanmoins, si l'équipe municipale n'est absolument pas demandeuse, l'amorce de recevabilité par les élus d'une offre d'un service d'échange de seringues, reste initiée par l'élu santé sollicité par l'association. En effet, ces derniers sont souvent des médecins, aussi sont-ils sensibilisés à la prévention secondaire des toxicomanies et souvent investis dans de nombreux domaines comme nous le verrons dans la partie suivante. Mais, dans ce cas, dans un premier temps, s'ils acceptent l'offre de service d'échange de seringues, ils le délèguent ensuite entièrement à l'association, dont l'action ne constitue pas un des volets prioritaires de la politique sanitaire à l'inverse des actions concernant la petite enfance et les personnes âgées.

"Je connaissais l'association parce que, théoriquement, j'en fais partie depuis un moment. [...] J'ai un copain mort du sida et qui était à l'association. Je faisais partie d'une autre association à l'époque et puis on a fusionné avec cette association. J'ai travaillé un peu avec eux, réservé par rapport à certaines pratiques, j'ai adhéré à certaines choses, ce qui fait que quand ils ont cherché un local, j'ai fait en sorte qu'ils en aient un là. [...] C'est quand même, j'ai initié en partie et à leur demande, leur implantation dans la ville. [...] Non, il n'y a pas eu de demande, jamais de demande mais plutôt une attitude de la part d'un certain nombre des médecins directeurs au départ qui était plus du volant psychiatrique, volant médecine spécialisée"⁸².

Cependant, le refus majoritaire de l'équipe municipale de favoriser la publicité concernant les actions en faveur des usagers de drogues, leur opposition larvée à ces actions, le déficit d'outils adaptés, les peurs incontrôlées et les fantasmes douloureux suscités par la drogue et les maladies transmissibles associées, ou encore un certain fatalisme face à la drogue, tous ces éléments disparates conjugués sont un des freins à la prévention secondaire des toxicomanes et font que la réduction des risques glisse vers *la réduction de l'insécurité*. L'approche sécuritaire de la toxicomanie est également favorisée par une conscience inégale de la toxicomanie et de la réduction des risques de la part des acteurs de la ville et par leur refus de considérer la réalité telle qu'elle se présente, en dépit des informations qui sont pourtant dispensées. En somme, dans le domaine de la toxicomanie, les représentations sociales sont difficilement démontables.

"C'est vrai que c'est une grosse problématique mais c'est ce qui nous bouffe le plus, parce qu'on en a tous la trouille. Tout le monde en a la trouille. Il y a toujours une image qui renvoie à des phénomènes douloureux, à des phénomènes de fantasmes. Il y a beaucoup de fantasmes autour de la

⁸² Élu à la petite enfance, Président de la commission santé, solidarité et actions sociales.

*contamination... Il y a beaucoup de fantasmes, et c'est un des éléments qui freinent sans doute beaucoup pour une ville*⁸³.

*"Je ne sais pas si tout le monde en a conscience. Il n'y a pas forcément un manque d'informations, il y a probablement un souhait de ne pas voir tout. C'est probablement pour certains la politique de l'autruche, mais d'autres "OK, on le sait mais qu'est-ce qu'on peut y faire..."*⁸⁴.

Les problèmes liés à la toxicomanie sont alors abordés par une approche essentiellement sécuritaire, *via* le contrat local de sécurité, dont l'élaboration et le suivi incombent aux élus et chargés de mission sécurité urbaine de la commune, en partenariat étroit avec la police. C'est ainsi que l'un des élus à la santé nous a dirigée vers son homologue en charge de la sécurité urbaine, ce dernier étant plus au fait de l'actualité des actions concernant la prise en charge des problèmes de drogue sur la commune.

*"Moi, en tant qu'élu, je crois qu'il y a surtout un sentiment d'insécurité qui règne. Il y a des problèmes comme dans toutes les villes, dans les cités comme partout ailleurs. Sur la réduction de l'insécurité, je crois qu'il y a eu depuis quelques mois, un vrai travail qui a été fait en partenariat à l'occasion de l'élaboration du contrat local de sécurité, avec les autres institutions partenaires, en particulier la police ; je pense que cela a donné des résultats. Aujourd'hui, on n'en voit pas encore les effets massifs. Nous allons être en prise de possibilités au mois de juin sur la ville et à ce moment-là, je crois que cela va entraîner un mouvement **de réduction de l'insécurité**. Par rapport au contexte du département, je crois que l'on n'est ni plus, ni moins bien placés que sur les autres villes. Il y a des phénomènes de pointes ou de crises qui se développent et qui ne sont pas forcément paroxysmes comme on peut l'entendre ici ou là*⁸⁵.

*"Pour l'instant, on a plutôt placé, sachant que le contrat local de sécurité est un volet du contrat de ville, l'entrée plutôt effectivement s'est faite par le CLS et après, c'est juste une question de dispositif sur ce qui semble essentiel...Oui, le principal, c'est qu'il y ait sur la ville une volonté. C'est vrai que c'est le contrat local de sécurité qui a été l'entrée. Ce n'est pas une mauvaise chose, cela marque une volonté de la ville de prendre une dimension en compte mais aussi de l'associer au sentiment d'insécurité qui règne sur les villes*⁸⁶.

L'élu santé note que l'ambiguïté de la loi de 1970 modifiée qui oscille entre prévention et répression se retrouve ainsi au niveau des politiques communales avec des répercussions perverses et dangereuses à long terme : l'ambivalence permanente du statut social du toxicomane associé à un malade, un patient, une personne à soigner, mais aussi au délinquant et aux problèmes de sécurité, fait que la politique de réduction des risques n'est pas prise en compte en tant que telle par certaines politiques locales qui privilégient massivement l'approche sécuritaire de la toxicomanie au détriment de l'approche sanitaire. S'il existe une prise de conscience des problèmes de drogue, elle reste néanmoins associée à une certaine

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ Élu sécurité.

⁸⁶ Élu sécurité.

forme de délinquance⁸⁷ tandis que persiste une grande ignorance des acteurs de la ville concernant la problématique de la toxicomanie.

"C'est vrai que la toxicomanie nous implique beaucoup dans les problèmes de fiches actions dans les contrats locaux de sécurité, c'est lié au trafic. C'est pour cela qu'ils l'ont mis là-dessus. C'est tout le problème de ce que l'on appelait à un moment donné les CCPD, Centres Communaux de Prévention de la Délinquance. C'était bien ce que cela voulait dire. Il y avait ce débat que j'ai souvent eu même avec le préfet à un moment donné sur cette ambiguïté, on travaille sur des CCPD, sur des contrats locaux de sécurité, on y met effectivement ce que l'on peut y mettre dedans mais on dit d'un côté "les toxicomanes sont des malades", donc on les identifie comme des patients, comme des malades, on le reconnaît maintenant. Et d'un autre côté, on les identifie à des problèmes de sécurité, ce qui fait qu'il y a cette ambiguïté et qui est permanente. C'est vrai que nous, en tant qu'institution, tout ce qui est prévention, on le met là-dedans aussi parce qu'on le lie à une certaine forme de délinquance. Mais, c'est là qu'il y a un problème. [...] On part d'un problème qui est de la sécurité, de la délinquance. En définitive, on va se planter. Cela nous permet de partir de là, mais il faut le mettre en tout petit, car en fait, ce n'est pas le but final. [...] Il y a une ambiguïté parfois un peu difficile à gérer. Et on ne peut pas faire autrement pour essayer d'avoir des financements, pour essayer de s'en sortir, pour essayer de bouger. C'est vrai que le problème des seringues ici n'a jamais été ou très peu, ici, un sujet développé"⁸⁸.

"Nous, nous avons le contrat local de sécurité, c'est 50, 60, 70 fiches actions. Il y en a probablement, et on en parlait il n'y a pas très longtemps, au moins une vingtaine, une trentaine, qui tournent autour de la police, de la répression, de la prévention, de la toxicomanie, aussi bien à l'école, dans les centres de santé, dans le travail partenarial... Il y a une grosse prise de connaissance, mais il y a une grosse, une grande ignorance. Et cela, je l'aperçois très fortement. [...] Et c'est dans le cadre de l'élu de la sécurité que l'on a travaillé sur des problèmes de santé [...] cela m'a toujours interpellé. Alors je lui dis, vas-y doucement, mets-le bas parce que l'on travaille dans l'ambiguïté totale. [...] On dit ce sont des patients, avant on ne le disait pas, on parlait de délinquants. Maintenant on parle d'usagers... Oui, maintenant d'une autre façon, on y associe même les usagers"⁸⁹.

Par conséquent, même si les intervenants en toxicomanie interviennent sur certains quartiers dits sensibles de la ville, leur travail reste très inégalement reconnu et accepté par la majorité des acteurs locaux. L'appui symbolique et distant de l'élu santé, confronté au manque de volonté de ses collègues mais aussi, par ailleurs, au manque de mobilisation des médecins dont nous verrons l'importance plus loin, fait de l'association un groupe marginal qui n'est pas intégré à la politique communale sanitaire.

⁸⁷ Or, des études empiriques ont démonté ces représentations sociales : les vols, cambriolages et agressions ne sont pas, dans leur majorité, le fait d'usagers de drogues à la recherche de moyens pour assurer leur consommation. Cf. Setbon, 1995 ; Barré, 1996.

⁸⁸ Élu à la petite enfance, Président de la commission santé, solidarité et actions sociales.

⁸⁹ *Ibid.*

b) L'offre rencontre l'opposition farouche des élus mais l'implantation se fait

Nous avons rencontré le cas d'une commune où les politiques de santé et d'hygiène publiques sont très peu développées, où les structures municipales de santé et d'hygiène sont inexistantes, et où notamment les services de réduction des risques sont totalement exclus des objectifs sanitaires municipaux. En matière de santé, règne la politique de l'autruche : les élus locaux nient la réalité incontestable et reconnue par tous que la drogue existe sur le territoire et s'opposent farouchement à toute implantation de services de réduction des risques sur leur commune. Néanmoins, si l'implantation du local de l'association, de fait, n'est pas dans leur ville, les élus ne sont pas sans ignorer que des intervenants en toxicomanie viennent y effectuer des échanges de seringues. Afin de contourner l'opposition politique, la stratégie adoptée par les intervenants en toxicomanie consiste à opérer sur un espace privé ; par exemple, les actions d'échange de seringues se font sur le parking d'une maison de quartier privée.

"En 1994, c'est la première expérience de programme d'échanges de seringues (dans cette ville), avec donc la notion d'échange. Puis, l'expérience s'est élargie (à une autre ville) où les politiques nous ignorent toujours, on a eu une opposition politique, le maire est raciste, c'est la guerre dans cette ville"⁹⁰.

"Dans cette ville par exemple, le maire dit qu'il n'y a pas de toxicomanes là-bas, donc on ne veut pas de vous, il ne veut pas qu'il y ait d'équipe qui s'installe là. C'est grave"⁹¹.

3*) Les villes qui n'ont pas les moyens

Dans cette ville, la mise à l'ordre du jour d'un programme d'échanges de seringues s'est faite par l'offre de service d'une association de réduction des risques à l' élu santé de l'époque (décédé aujourd'hui), infirmier de profession et sensibilisé aux problèmes de la drogue que connaît la ville. L'actuel élu santé, en poste depuis 6 mois, ne s'oppose pas aux actions d'échanges de seringues effectuées par l'association, bien au contraire. Mais, à ce jour, la municipalité s'évertue à redresser des axes de sa politique qui ont été sinistrés. Parmi les priorités, elle doit s'atteler à reprendre la politique du logement, au détriment du développement de la politique de santé, qui se cantonne essentiellement à la petite enfance et aux personnes âgées. Aussi, si des actions d'échange de seringues ont cours sur le territoire communal, elles ne sont pas intégrées à ce jour dans la politique sanitaire mais sont dévolues à la charge de l'association qui évolue à la manière d'un électron libre. Par ailleurs, très pauvre⁹², la mairie en question n'a pas de budget suffisant à consacrer pour soutenir des actions de prévention secondaire, devant affronter de sérieux problèmes d'équilibre du budget miné par le remboursement d'une dette conséquente. C'est ainsi que, la municipalité s'est vue contrainte de vendre son parc immobilier à des sociétés de gestion d'immeubles privées. Les

⁹⁰ Directeur d'une association de réduction des risques.

⁹¹ Coordinatrice d'une association de risques.

⁹² Certaines communes ne bénéficient pas de l'implantation d'entreprises et par conséquent ne perçoivent pas beaucoup de taxes professionnelles, lesquelles constituent, avec les taxes foncières, les rentrées principales d'argent d'une commune. À titre d'exemple, la moyenne de perception des taxes professionnelles s'élève à 60 % d'un budget municipal ; pour l'une des mairies examinées, elles atteignent seulement 20 %, selon l' élu à la santé.

loyers y sont devenus incroyablement élevés⁹³, notamment pour des immeubles extrêmement délabrés, sales, datant des années 1960. Les pelouses et les parterres n'en sont plus, jonchés de détritiques et de papiers. L'entretien des parties communes (halls d'entrée, escaliers, cages d'escaliers, caves...) semble être laissé à la charge de locataires volontaires. Les boîtes aux lettres sont détruites, les portes d'entrée vitrées des immeubles brisées, des graffitis couvrent les murs, des déchets traînent au sol ; on peut constater un réel état de délabrement et de misère sociale. Il s'agit là de l'exemple d'une ville composée de "quartiers d'exil"⁹⁴, qui paraît être laissée pour compte, une zone abandonnée par l'intervention publique sur laquelle tend à s'imposer l'initiative privée au détriment des habitants. L'élusant rencontré nous parle de sa ville :

"C'est une ville très jeune puisque plus de 40 % de la population a moins de 18 ans, avec un fort pourcentage d'immigration, avec environ 40 nationalités, au dernier recensement il y a aurait une majorité de Turcs [...], c'est une ville qui n'a pas d'industrie, c'est une ville où le quotient par ménage est très faible, un des plus faibles du département, avec une autre ville, on doit tenir la queue du département, je ne sais pas si c'est pas de l'Île-de-France, avec énormément de problèmes, une ville aussi qui n'a pas d'industrie donc qui n'a pas beaucoup de revenus, qui était, quand on a été élu en 90 avec une épée de Damoclès qui était une société d'économie mixte en faillite et qui avait 35 millions à rembourser, ça a demandé beaucoup d'efforts de la municipalité, bon on a quand même remboursé beaucoup moins mais bon on a quand même plus 15 millions à rembourser sur un certain nombre d'années mais qui obèrent le budget pas mal. [...] Il n'y a eu rien de fait avant (en matière de prévention secondaire) parce que je vais vous dire depuis quatre ans ça n'a pas été notre travail, notre préoccupation première, ça a été remettre les finances à flots, ça a été reprendre un petit peu tous les secteurs qui étaient plus ou moins à l'abandon et le fait des problèmes de santé c'était le fait d'un homme tout seul, qui est décédé aujourd'hui, qui se débrouillait tout seul, il était ancien infirmier et donc il connaissait un peu le secteur [...]"⁹⁵.

"On a des cités de sociétés privées qui se dégradent de plus en plus, on a de gros problèmes avec un seuil de dégradations qui s'amplifie du fait que les gens qui étaient dans ces cités s'en vont et qui sont remplacés par des gens qui arrivent ici et qui sont je dirais socialement en dessous de la barre du revenu minimum, c'est vraiment des gens en difficulté qui arrivent, ils habitent dans les cités qui sont devenues à 90 % un secteur privé avec des loyers extrêmement chers, des propriétés privées, beaucoup de petits propriétaires qui louent et là ça se dégrade à une allure grand V, c'est des sociétés privées de logements [...] il y en a une qui est dans une telle situation de délabrement qui fait actuellement l'objet d'un suivi par la commune, par l'État, par le département puisqu'il y a une création d'une MOUS, une société qui est à base de capitaux et qui voit pour racheter des appartements pour les réhabiliter, qui essaye de reprendre ça par, qui essaye d'intervenir sur ce quartier parce que bon tous les ans on se heurte, par exemple, à des coupures d'eau parce que c'est une copropriété privée avec des locataires et des gens qui ont beaucoup d'appartements, qui vivent à l'étranger, qui encaissent les loyers, qui encaissent les charges et qui paient pas, ni l'eau ni l'électricité, donc là il y a une procédure, c'est

⁹³ À titre d'exemple, un des habitants rencontrés, nous a justement fait la remarque que le prix des loyers était très élevé et qu'il payait 3 900 francs pour un F3.

⁹⁴ Cf. Dubet, Lapeyronnie, 1992, 10.

⁹⁵ Élu à la santé, retraité France Télécom.

presque un cas désespéré, ça devenait impossible, c'est pour ça on est intervenu dessus, l'État s'est un peu investi dedans pour essayer de voir comment on va régler le problème, c'est-à-dire soit le faire racheter par une société HLM avec bien sûr des aides pour réhabiliter mais c'est vrai aussi que c'est les coins où il y a le plus de délinquance [...] c'est la misère, la misère noire, des zones sinistrées et ça s'étend malheureusement sur la ville et notre objectif c'est d'essayer de faire que ces sociétés ne se délabrent pas plus"⁹⁶.

Enfin, parallèlement à la situation économique désespérée de cette ville, l' élu santé actuel, qui n'est ni médecin de profession, ni épaulé par des médecins de centres municipaux de santé ou d'hygiène, centres qui sont, de surcroît, inexistant, ne connaissait que très superficiellement, jusqu'aux journées de formation des acteurs communaux organisées en mai 2000 par la cellule sida-toxicomanie de la DDASS, la politique de réduction des risques et le contenu concret des échanges de seringues. De la sorte, rien n'était mis en place par la commune elle-même concernant les usagers de drogue. À la suite de cette formation, par ailleurs très appréciée des acteurs locaux rencontrés, un groupe de réflexion s'est monté au sein de l'équipe municipale sur les problèmes du sida et de la toxicomanie, qui prévoit de développer dans les mois qui viennent des actions d'information et de sensibilisation à la prévention primaire et secondaire pour les partenaires. Mais il est clair qu'en dépit de la bonne volonté des politiques, ces derniers restent demandeurs d'aide, d'argent et d'information. La commune semble en effet se noyer sous les problèmes de tous ordres qu'elle cumule. La place accordée à la prévention secondaire des toxicomanies est, en conséquence, fort réduite. Une porte de sortie de ce marasme socio-économique est envisagée *via* les actions que rendrait possible l'intercommunalité. Mais là encore, faut-il que les villes associées dans ce regroupement partagent un minimum d'axes politiques communs et soient dotées de moyens suffisants pour que des actions collectives se concrétisent. Pour cet élu, à défaut d'une mobilisation et de l'investissement des collectivités territoriales dans la prévention secondaire des toxicomanies, ce champ risque d'être dévolu aux initiatives privées. L'avenir de la prise en charge des préventions secondaires des toxicomanies semble plutôt ambivalent.

4°) La volonté politique : une condition seulement favorisante

On le voit, la volonté politique, dès l'amont mais aussi tout au long du processus, est un facteur nécessaire à l'implantation d'un programme d'échanges de seringues. L'obstacle ou le soutien au projet d'implantation d'un programme d'échanges de seringues est, en effet, souvent, de nature politique. La recevabilité puis le processus d'acceptabilité de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues par les partenaires de la ville et la population est largement tributaire du soutien, au moins initial, des élus locaux. Les acteurs rencontrés tiennent tous le même discours :

"Ce n'est pas un blocus. Je pense que cela dépend d'abord des élus locaux, qui sont plus ou moins sensibilisés à ce problème ou pas. Je vais vous dire la toxicomanie, quand on ne veut pas en voir, on n'en voit pas"⁹⁷.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ Directeur d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

"S'il n'y a pas d'implantation de structures de réduction des risques, c'est à cause des communes"⁹⁸.

"L'action de l'association ne peut être que positive, elle est nécessaire mais ce n'est pas évident que la ville en ait besoin, il n'y a pas de toxicomanes durs recensés, ici c'est surtout la drogue douce ; la commune n'est pas vraiment demandeuse c'est sûr, c'est un bien"⁹⁹.

"De toutes façons, il y a un besoin. [...] Mais là, il faut une volonté politique, aussi une implication totale des politiques. Qu'on le veuille ou non, même s'il y a un certain nombre d'élus qui sont prêts à faire bouger les choses, c'est très difficile encore. Je peux comprendre, autant que les problèmes se passent chez les autres et pas chez soi, mais c'est très difficile, donc on y arrivera peut-être petit à petit"¹⁰⁰.

"Les facteurs qui favorisent l'implantation d'un programme d'échanges de seringues ou qui au contraire les desservent, oui, il y a déjà la volonté politique. C'est évident, la peur qu'en ont les politiques dans les villes, le fait de ne pas faire de bruit, de ne pas avoir de problèmes, tous les problèmes de sécurité qui tournent autour"¹⁰¹.

"Chez nous, nous n'avons pas de distribox. Nous avons des distributeurs de capotes, et cela s'arrête là. Je ne suis pas sûr que le maire soit, même s'il m'écoute sur le problème, volontariste sur le problème. Il a un peu peur, il n'est pas tout seul. Mais, il n'est pas tout seul, il y en a un certain nombre"¹⁰².

"Les facteurs qui favorisent, c'est à mon avis l'essentiel : la volonté politique locale, municipale. À partir du moment où il y a un soutien politique local, on peut faire beaucoup de choses. Après, il faut une volonté forte de l'équipe, de l'association. Il ne faut pas être désarçonné à la première embûche. Il faut être déterminé et vouloir arriver à son but"¹⁰³.

"Si un maire ou un conseiller municipal s'oppose violemment à l'implantation d'un PES, il ne pourra pas exister. Il faut aussi qu'il y ait une volonté commune. Et même, ce n'est pas suffisant puisque je peux vous montrer la lettre de l' élu à la santé de cette ville. [...] Je pense que la sensibilité d'un élu peut favoriser, mais soit la peur, soit la confrontation personnelle par exemple, je vois certains élus ont eu soit un enfant toxicomane, un fils ou une fille mort d'overdose, c'est sûr que cela peut agir dans un sens ou dans un autre diamétralement opposé. Cela peut agir dans le sens "nous n'avons pas su quoi faire donc il va falloir mettre quelque chose en place pour que d'autres ne vivent pas la même chose" ou bien "je ne veux pas entendre parler de tout cela parce que c'est trop douloureux", ou bien parce que cela ne les intéresse pas ou que les toxicomanes, il faut tous les mettre dans un bunker et tous les faire cramer ou des choses comme cela"¹⁰⁴.

⁹⁸ Commissaire de police.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Élu à la petite enfance, président de la commission santé, solidarité et actions sociales.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ Coordinatrice d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

¹⁰⁴ *Ibid.*

Néanmoins, le seul accord politique ne suffit pas à favoriser l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues. L'équipe de réduction des risques liés à la toxicomanie porteuse du projet doit également bénéficier d'une solide reconnaissance professionnelle de la part des autres partenaires.

Conclusion

Amphoux et Jaccoud ont défini la création d'un service de proximité au sens d'une interface entre deux catégories d'acteurs. La réduction des risques implique nécessairement cette interface entre usagers de drogues et fournisseurs de services socio-sanitaires. Pour ces auteurs, l'interface est constituée de trois éléments : la mise en forme du service, la production d'un effet de fascination du service et la mise en relation d'univers différents. *Premièrement, un service de proximité correspond à une mise en forme, dans la mesure où il est l'incarnation d'une conception et d'une volonté constituées de prime abord à un niveau abstrait. Les services pour toxicomanes mettent en forme l'approche par la réduction des risques. "La mise en service d'une activité exige préalablement sa formalisation claire... Mettre en service, c'est mettre en forme"¹⁰⁵. En ce sens, la mise à l'ordre du jour et la recevabilité d'un PES dans une commune correspondent à la mise en forme du service de réduction des risques.*

Aussi, la mise en forme d'un programme d'échanges de seringues dans une commune est-elle liée à un ensemble de facteurs croisés :

1°) La volonté du maire et de son équipe municipale, soit les lignes politiques développées qui sont aussi l'enjeu des élections municipales : comme le résume clairement Louis Fournier : *la DDASS s'occupe des soins, des postcures, mais dès qu'on arrive sur le terrain social, la ville a son mot à dire. Le problème reste la dimension électorale. Les maires ont pour souci d'être réélus : la drogue ou le sida ne sont des thèmes ni porteurs ni faciles à manier, et sont moins gratifiants que les logements sociaux ou la piscine¹⁰⁶.*

2°) L'état et la gestion du budget municipal.

3°) Le savoir et le "savoir-faire" des élus en matière de prévention secondaire des toxicomanies.

On constate ainsi que certaines municipalités réduisent les politiques de santé et d'hygiène, aux personnes âgées et à la petite enfance, oblitérant tout le reste. Dans certaines villes, s'il y a un élu à la santé, celui-ci n'est pas médecin et n'a pas de connaissance (ou a des méconnaissances) sur la réduction des risques liés à la toxicomanie, et, par ailleurs, les centres municipaux de santé et ceux d'hygiène et santé, dont les responsables sont généralement des médecins, n'existent pas. Il s'agit là d'un contexte municipal qui ne favorise pas la mise à l'ordre du jour d'un PES.

Après la phase de la mise à l'ordre du jour d'un PES effectuée par le biais des élus à la santé, nous abordons maintenant la phase d'acceptabilité du programme par les autres acteurs institutionnels et les partenaires de la ville, phase qui peut se dérouler parallèlement à la première. Vient ensuite, la période de la mise en œuvre de méthodes d'acceptabilité dirigées

¹⁰⁵ Amphoux, Jaccoud, 1998 ; Kübler, 2000, 142.

¹⁰⁶ Fournier, Muller, 1994, 35.

alors vers la population puis celle de l'implantation physique de l'association. C'est ce que nous allons voir dans les chapitres suivants.

II – L'impact du partenariat et le rôle des acteurs institutionnels dans le processus d'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues

L'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues est un processus lourd, difficile et qui s'étend aussi longtemps que dure le programme d'échanges de seringues. Il nécessite la mobilisation d'un partenariat solide, animé par une équipe pilote de première ligne généralement composée de l'élus à la santé, d'un médecin directeur de centre médical social, parfois du responsable du service communal hygiène et santé, et du coordinateur de l'association de réduction des risques. Il nécessite également la validation symbolique et officielle de l'État *via* la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. De la sorte, le programme d'échanges de seringues est crédité de la légitimité politique, de la légitimité sanitaire, et de "l'adoubement étatique". À l'inverse, si ce partenariat n'est pas organisé et constamment mobilisé, l'acceptabilité du programme d'échanges de seringues est mise à mal. Néanmoins, la construction partenariale ne se limite pas à ces seuls acteurs majeurs ; y sont inclus également les pharmaciens, les policiers et les représentants des grandes associations de la ville qui jouent un rôle secondaire non négligeable. Enfin, la teneur du partenariat et le travail de conviction des partenaires dépendent du type de soutien politique dont bénéficie l'association. Quoiqu'il en soit, l'organisation du partenariat appartient aux intervenants en toxicomanie.

1*) Le travail de sensibilisation et de persuasion des partenaires : une méthode préparatoire essentielle

Lorsque les intervenants en toxicomanie ont entamé les démarches de prises de contact auprès des partenaires locaux, en vue de se faire connaître puis de les sensibiliser à la réduction des risques liés à la toxicomanie, ils ont constaté, pour la plupart, qu'en somme, les acteurs de la ville se caractérisaient par une relative ignorance de l'actualité du phénomène.

a) Le contrat de départ des élus à la santé

La mise à l'ordre du jour d'un programme d'échanges de seringues effectué, celle-ci se conclut cependant par une condition posée par les élus à la santé aux acteurs associatifs, déterminant l'accord final : l'acceptabilité par l'environnement, même relative, des échanges de seringues aux toxicomanes, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un lieu d'accueil des usagers de drogue. Bien entendu, le lieu et le quartier d'implantation conditionnent pour beaucoup l'acceptabilité souhaitée de la population. Nous verrons dans la partie suivante que le choix du lieu répond en effet à des critères précis.

b) Le temps de l'investissement partenarial

L'accroche des élus à la santé réussie, les équipes de réduction des risques doivent alors participer aux actions mises en place par chacune des communes couvertes et rencontrer un grand nombre d'acteurs satellites locaux restant encore à persuader, pour construire ou intégrer et élargir un partenariat, dans le cadre de la prévention secondaire des toxicomanies. Cette phase, située généralement en amont de l'implantation physique du programme et au cours des premiers mois de l'implantation ensuite, s'étend sur un temps de négociation relativement long, et fait appel à des actions, dans un premier temps souvent bénévoles.

"Pour les 6 premiers mois, pour ne pas dire la première année, à partir de la création d'une association, et de la nôtre en particulier, et je pense que si on veut bien faire les choses, cela ne peut pas se passer autrement, ce n'est pas du travail auprès des usagers, c'est du travail de contact avec tous les partenaires. Cela a demandé 9 mois. La coordinatrice de l'association avait relevé le nombre d'entrevues qu'elle avait eues, alors c'est faramineux. On se demande comment cela a été faisable. Déjà entrer en contact, en plus sur 3 communes, il faut prendre contact avec les médecins de santé publique des 3 communes, les responsables, les dispensaires quand il y en a, les médecins qui interviennent effectivement ou pas, les pharmaciens... On est allé voir personnellement toutes les officines, tous les pharmaciens, avec un entretien d'une heure et demie avec chacun pour voir ce qu'ils faisaient, ce qu'ils ne faisaient pas, ce qu'ils étaient prêts à faire, comment et ainsi de suite. Un travail de sensibilisation qui a quand même facilité, il faut avouer qu'au début, la prescription de substitution en ville une fois l'ordonnance faite, ce n'était pas toujours évident. [...] Pareil, un travail de sensibilisation auprès des médecins généralistes qui n'étaient pas suffisamment impliqués, peut-être qu'on a eu un peu moins de succès parce qu'il y en a très peu qui s'y sont mis mais bon... Quand même cahin-caha, on s'y met. Tout cela demande du temps. Ne serait-ce que le temps que l'équipe connaisse les assistantes sociales des communes, les services qui s'occupent de l'hébergement. On a la chance que dans cette ville, on ait eu ce partenariat, qui prenne en charge aussi, donc il faut aussi apprendre à travailler avec eux. Tout cela au départ, c'est du travail. La DDASS et les financeurs ont l'impression que rien ne bouge directement au niveau du nombre de contacts avec les usagers, mais c'est un travail de partenariat, de prise de contacts à faire au début sans lequel tout travail ultérieur serait n'importe quoi. La file d'actifs n'arrête pas d'augmenter, parce que ce lien s'est fait, cela a demandé une gestation peut-être qu'on jugera trop longue. Je n'en sais rien"¹⁰⁷.

Pour se faire connaître et accepter des autres acteurs institutionnels de la commune ainsi que des professionnels de la santé et du social, l'association de réduction des risques entame ainsi une sorte de parcours du combattant sur du long terme, en organisant des rencontres et 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*¹⁰⁸, cela avant toute implantation physique. La difficulté de construction d'un réseau partenarial réside aussi dans le fait qu'un partenariat mobilisé nécessite l'entretien continu des liens créés. L'intégration dans un réseau et la

¹⁰⁷ Directeur d'une association de réduction des risques.

¹⁰⁸ *Ibid.*

reconnaissance professionnelle des partenaires ne sont jamais gagnés une fois pour toutes, c'est un processus au long court.

"Le réseau, on ne le crée pas, il existe, on peut y accéder via le carnet d'adresses d'une personne. Ceci dit, les réseaux meurent aussi. C'est quelque chose de très long, il faut faire mûrir psychologiquement les partenaires, les rassurer sans arrêt. C'est une guerre. [...] Quand on travaille avec des personnes stigmatisées, on devient soi-même stigmatisé"¹⁰⁹.

Dans le cas d'une ville où domine une approche sécuritaire de la toxicomanie, les élus délèguent totalement à l'association le travail de conviction des partenaires et des acteurs locaux. Ils lui font une sorte de délégation de pouvoir en la matière. L'équipe des intervenants en toxicomanie utilise alors différentes modalités d'accroche (comme la formation) auprès des différents partenaires qui sont les acteurs du monde sanitaire (structures destinées aux usagers de drogue, hôpitaux), du monde social (CCASS...), les acteurs des quartiers. Ils font appel et sollicitent tout un ensemble d'acteurs afin de mettre en place un réseau-relais local qui encadre, sert de garantie et de plate-forme partenariales à l'implantation d'un lieu d'échange de seringues.

"Il faut créer un réseau-relais mais c'est rare que les mairies nous appellent. [...] les usagers que je suivais m'ont donné leur carnet d'adresses ; les amicales des locataires, les gardiens d'immeubles, les familles, tous ont participé, il y a eu une mobilisation, un réseau local qui s'est formé que le maire le veuille ou non. On ne va pas dans un site comme des cow-boys, ce n'est pas un hasard, on se bagarre. On a été bien accepté par les hôpitaux soulagés de voir notre action qui les décharge des usagers pour les urgences"¹¹⁰.

2*) Le rôle des élus

Quelles que soient les modalités selon lesquelles se décline un programme d'échanges de seringues (boutique, bus, travail de terrain), les élus à la santé sont les acteurs incontournables et les alliés à gagner pour implanter un programme d'échanges de seringues. En effet, ces élus sont ceux qui, on vient de le voir, soit initient la demande d'un programme d'échanges de seringues, soit ceux qui reçoivent une offre, pour ensuite aménager sa recevabilité dans l'équipe municipale ; ils sont les mieux placés pour soutenir un projet d'implantation et favoriser son acceptation par les partenaires et par la population. L'enquête montre que les élus à la santé qui s'investissent dans la réduction des risques liés à la toxicomanie, apportent un soutien presque militant au programme et par la suite toujours actif et renouvelé ; les autres, contraints par une politique municipale axée sur l'approche sécuritaire de la toxicomanie, ne sont pas de taille à maintenir contre vents et marées un soutien inconditionnel au PES.

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ Directeur d'une association de réduction des risques.

a) *Les élus santé : le Cheval de Troie des associations de réduction des risques dans l'équipe municipale*

Quelle que soit la politique adoptée par la municipalité concernant le traitement des problèmes de drogue, les élus à la santé sont le véritable Cheval de Troie des associations de la politique de réduction des risques dans la citadelle très fermée des politiques.

C'est ainsi que les élus santé d'une ville ont présenté et porté le projet d'implantation d'une boutique dans leur ville auprès de leurs confrères élus. Ils ont servi de relais et de médiateurs entre l'association et l'ensemble de l'équipe municipale. Le travail de conviction sur la nécessité et l'utilité sanitaire de l'implantation d'une boutique destinée aux usagers de drogue ne s'est pas heurté à des oppositions unies et massives, seulement à quelques réticences nuancées. En effet, tous les élus reconnaissent que la commune subissait des problèmes de toxicomanie, réalité confortée par les remontées d'informations des services de voiries, des gardiens des squares et des centres municipaux de santé.

L'accord politique final dépend bien sûr du maire et c'est encore l' élu à la santé de cette ville qui se charge de le convaincre afin d'obtenir son aval pour la mise en œuvre du programme d'échanges de seringues. Par ailleurs, on peut noter concernant la mise à l'ordre du jour du programme dans cette ville que l'accord politique a été facilité par la sensibilisation du maire aux ravages de la drogue, que, par ailleurs, l'épidémie de sida a contribué à mettre à jour, ayant touché particulièrement le département de la Seine-Saint-Denis.

Autre exemple en ce sens, un autre élu à la santé, conjointement avec le coordinateur de l'équipe de réduction des risques, réfléchit actuellement sur le lieu d'implantation le plus adapté d'un distributeur automatique de seringue. Ensemble, ils organisent tout le travail pratique (aller sur le terrain, visiter les lieux), et partenarial (se renseigner auprès des élus à la santé de communes voisines, solliciter la participation d'un pharmacien (qui la refuse), en amont de l'implantation. Reste que la décision du lieu d'implantation revient au groupe sida de l'équipe municipale dont il faut encore gagner l'appui. Ensuite, le groupe sida des élus se doit de convaincre les autres élus de l'équipe municipale qui, *in fine*, avaliseront ou non ce choix. On peut penser que les élus sont les mieux à même de convaincre d'autres élus du bien-fondé d'une telle action.

Enfin, l'appui politique à l'association de réduction des risques permet à celle-ci d'obtenir un local mis à disposition par la mairie qui alors peut prendre en charge les frais occasionnés par les travaux éventuellement nécessaires pour sa mise en conformité aux activités de l'équipe des intervenants en toxicomanie, qu'il s'agisse d'un simple local administratif ou d'un local qui serve de lieu d'accueil pour les usagers de drogue. De la même façon, si les élus à la santé soutiennent l'association, ils peuvent lui obtenir de la mairie une aide matérielle pour la destruction des seringues usagées et leur octroyer une enveloppe budgétaire pour le fonctionnement de l'association. Un autre avantage concédé par les alliés politiques peut prendre la forme de conventions particulières limitées dans le temps. Par exemple, l'une des associations a obtenu de la mairie la mise à disposition d'un local, dont la destruction est prévue à terme, aménagé en appartement habitable selon les normes d'hygiène réglementaires pour faire de l'hébergement d'urgence des usagers de drogue qui ne rentrent dans aucune des catégories d'hébergement des structures classiques. Mais sans la reconnaissance et la garantie officielles de la DDASS, l'association envisage de stopper cette action.

b) Une plate-forme partenariale

Non seulement, les élus santé développant une politique sanitaire sont les acteurs connaissant le mieux les missions des associations qu'ils soutiennent totalement, ceci dès les premiers contacts ébauchés pour l'implantation d'un service d'échange de seringues, mais également, ces élus sont ceux qui, de par leur position, connaissent aussi le mieux les acteurs clés de la ville à contacter et à convaincre pour faire aboutir un projet d'implantation ou encore pour aider l'équipe des intervenants en toxicomanie ou compléter son travail. Les élus à la santé peuvent ainsi mobiliser l'ensemble des acteurs, institutionnels et civils, insuffler et animer un partenariat solide et actif. Ils sont les garants de l'appui municipal à l'équipe de réduction des risques et apportent le crédit de la légitimité politique à une démarche qui, à l'origine, est mal perçue.

Par exemple, l'élu à la santé met en rapport les intervenants en toxicomanie et les éducateurs de rue qui interviennent sur la même zone géographique de la ville afin qu'ils échangent leurs savoir-faire et capitalisent mutuellement leurs compétences spécifiques, les premiers sur la prévention secondaire des toxicomanies, les seconds sur la gestion de la violence. L'élu à la santé contacte tour à tour les médecins libéraux, les médecins des centres médicaux sociaux, sollicite les pharmaciens, encourage les contacts entre les partenaires associatifs concernés, entretient des relations avec l'équipe d'accueil et de soins des usagers de drogue, fait appel aux policiers de la brigade des stupéfiants dans le cadre des formations sur la toxicomanie. L'élu à la santé initie des formations et des espaces de rencontres interpartenariales ayant pour objet les toxicomanies et la prévention des drogues. Et pour mener à bien ses projets, l'élu cherche des financements, imagine des solutions comptables, notamment par le biais des possibilités qu'offrent les contrats-ville 2000-2006. Accordant toute sa confiance à l'association, l'élu à la santé souhaite l'intégrer totalement au travail de prévention mené par le comité de prévention de la santé de la municipalité.

c) Des alliés face à la population

Représentants la population, interlocuteurs privilégiés de celle-ci, les élus locaux font office de médiateurs entre l'association et la population. Deux cas de figures peuvent se présenter : soit les élus adoptent une position de porte-parole de l'opposition éventuelle de la population (parce qu'ils estiment que là est leur mandat ou parce qu'ils partagent cette opposition), soit ils peuvent choisir la voie difficile d'essayer de prendre le contre-pied et de convaincre leurs électeurs du bien-fondé de l'implantation d'une boutique destinée aux usagers de drogue dans un endroit plutôt que dans un autre.

Dans ce dernier cas, les élus doivent s'investir dans un travail de persuasion important auprès de la population, autant pour favoriser la bonne marche du travail de l'équipe que l'accueil des usagers. Une imposition risquerait en effet d'entraver l'intégration d'une boutique, notamment dans un quartier résidentiel. Pour favoriser l'acceptabilité d'un lieu d'accueil des toxicomanes et prévenir des réactions de rejet, mieux vaut préparer l'acceptabilité en amont et sensibiliser les gens à la prévention secondaire des toxicomanies. Le temps nécessaire à l'accommodement doublé d'une vigilance constante sur le fonctionnement de la boutique peuvent jouer en faveur de l'acceptabilité et contribuer à relativiser peurs et fantasmes.

Les seconds grands acteurs de la ville que les intervenants en toxicomanie sont amenés à rencontrer pour les convaincre sont tous les autres élus de la ville (après l'aval obtenu de l'élus à la santé), de façon à ce qu'ils puissent jouer le rôle d'intercesseurs entre l'équipe de réduction des risques et la population du quartier qui les a élus.

Un autre exemple illustre la position d'alliés auprès des intervenants en toxicomanie qu'ont affichée certains élus à la santé. Les stationnements du bus d'une association de réduction des risques dans un quartier réputé sensible étaient mal perçus par la population, particulièrement par les mères de famille qui craignaient pour la sécurité de leurs enfants ; les gens imaginaient que les intervenants en toxicomanie distribuaient non pas des kits de seringues mais de la drogue. L'élus interviewé note que ces rumeurs peuvent être attisées et manipulées pour servir certains intérêts politiques. Aussi, l'élus s'est-il attaché à combattre et dénoncer cette campagne diffamatrice afin de rétablir la réalité des choses auprès de la population, par une campagne de sensibilisation sur la prévention secondaire des toxicomanies. Pour chasser les fantasmes, des réunions et des formations avec les gens du quartier et les intervenants en toxicomanie ont été mises en place, les gens ont été invités à venir voir d'eux-mêmes à l'intérieur du bus. Plutôt qu'adopter une démarche médiatique tonitruante sur la question des préventions des toxicomanies qui risquerait *in fine* d'avoir l'effet inverse que celui escompté, l'élus à la santé, dans ce cas-là, a préconisé des actions de sensibilisation et d'éducation qui soient pragmatiques et constantes, répondent aux interrogations des mères de famille et soient adaptées à leur compréhension des choses. Néanmoins, c'est par le déplacement du lieu de stationnement du bus que les voix protestataires se sont calmées, ce qui laisse entrevoir toute la difficulté du processus d'acceptabilité d'un lieu de stationnement de bus par les résidents d'un quartier, alors même que la mairie fait valoir publiquement son soutien à ces activités.

Le travail de persuasion des élus à la santé auprès de la population peut prendre des chemins détournés et marginaux *via* ce que recouvre le sentiment d'insécurité qui gangrène de plus en plus les cités de banlieue. Les sentiments d'insécurité et de peur englobent en effet différents éléments diffus et indissociables : le trafic de stupéfiants, le trafic des téléphones portables, la délinquance, les incivilités quotidiennes, les chiens réputés dangereux laissés libres, le malaise social des habitants de ces cités, les vols de voitures... L'élus à la santé tente d'inverser la tendance de cette escalade des fantasmes, de la peur et des amalgames par des démarches continues d'explication auprès de la population.

Cependant, nous allons voir que, le soutien politique, s'il conditionne majoritairement l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues, ne suffit pas s'il ne se double pas d'une forte mobilisation et d'un fort appui des professionnels de santé. Nous l'avons d'ailleurs laissé entrevoir dans le chapitre précédent.

3*) Les médecins : des acteurs puissants

Les médecins sont des acteurs déployant une panoplie de statuts et de rôles dans la société : médecin de santé publique, élu santé et/ou maire adjoint, mandaté par le politique comme responsable du service communal hygiène et santé ou comme responsable du service municipal de santé publique, membre d'un syndicat de médecins, membre de diverses associations départementales dans le domaine de la santé, membre du comité de substitution du département, directeur ou membre du conseil d'administration d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie... Certains cumulent les statuts professionnels,

politique et militant, ce qui leur confère de grandes marges de manœuvre et des capacités d'influence incontestées. Néanmoins, la très grande majorité des médecins qui s'investissent dans le champ de la toxicomanie sont des médecins de santé publique. Beaucoup déplorent que les médecins libéraux fuient la prise en charge des toxicomanes. Seuls quelques rares généralistes "se spécialisent" dans le soin des toxicomanes¹¹¹.

a) Les conseillers influents des élus santé

Les médecins sont des leviers efficaces pour susciter la mise à l'ordre du jour d'un PES, auprès des élus santé, ou encore pour conduire à l'aboutissement d'un tel projet. Ils ont un rôle déterminant et moteur quant à la genèse puis au suivi de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues une fois accepté parce qu'ils jouent souvent le rôle de conseillers particuliers des élus santé. Dans un exemple précédent, nous avons vu que l'élus à la santé s'est chargé de convaincre le maire. Il se trouve que cet élu est, par ailleurs, médecin, ce qui accrédite d'autant plus son conseil.

b) Un rôle de synergie partenariale

Acteurs de la genèse d'un programme d'échanges de seringues, ils sont à même de mobiliser leurs confrères et les professionnels de la santé et du social travaillant dans le champ de la toxicomanie pour fédérer des actions disparates. La mobilisation des professionnels de santé vient alors armer le bras du politique pour soutenir l'association de réduction des risques face à ses détracteurs.

"Avec l'équipe du centre de soins spécialisés aux toxicomanes sur la ville, on s'est mis à remuer un petit peu sur la ville, aidés aussi par le réseau VIH, réseau ville-hôpital de la ville, avec le praticien hospitalier qui s'occupe du VIH, d'organiser une réunion pour mettre en contact tout ce qui existait... En fait, il y avait beaucoup de choses qui se faisaient un petit peu dans l'anarchie la plus totale, et tout le monde s'ignore. Le réseau ville-hôpital de la ville étant en fait un réseau qui a paradoxalement, et je pense que ce doit être un cas assez rare, où il y a beaucoup plus de travailleurs sociaux que de médecins. Cela a ses avantages et ses inconvénients mais le fait est que ce tissu social a appris à se connaître, à travailler ensemble, et finalement s'est créé, avec l'aide de la ville, qu'il ne faut tout de même accuser d'oubli, qui ont mis en place carrément un groupe de travail que l'on avait intitulé à ce moment là "Les problèmes liés aux drogues". Alors, je ne vous dis pas le nombre de réunions que cela a demandé pendant au moins deux ans et secondo le groupe de travail avait créé des sous-commissions, dont une pour le ramassage des seringues, qui finalement sur la ville fonctionne. Ce groupe de travail a donc accouché d'une sous-commission, récupération des seringues, avec le concours de l'OPHLM et des bailleurs locaux. Cela fonctionne. Il y a eu 4 ou 5 commissions. En fait, certaines se

¹¹¹ Pour autant, le rapport de 1999 de l'OFDT montre que le nombre d'usagers pris en charge par les médecins généralistes a augmenté entre 1995 et 1997.

sont dissoutes dans l'atmosphère et celles qui ont abouti, sont celles de ramassage de seringues et la création d'un programme de réduction des risques, qui a abouti à la création de l'association"¹¹².

c) Un rôle moteur indispensable

Sans le dynamisme et la volonté d'un médecin, qu'il soit élu, médecin de santé publique ou libéral, rien n'est enclenché. La sensibilisation des élus à la question de la réduction des risques sanitaires ne peut être amorcée. Si le professionnel du domaine sanitaire, le médecin qui est le spécialiste reconnu et légitimé socialement, n'est pas convaincu par la démarche d'un programme d'échanges de seringues, comment le seraient les élus locaux ? Ces derniers semblent alors désarmés sur la démarche et la méthode à suivre.

"Là-dessus il y a des besoins (dans le champ sanitaire pour les toxicomanes), mais comment on y répond ? Qu'est ce qui nous semble le plus approprié pour y répondre ? [...] Effectivement, ce qui a joué sur la ville, c'est que depuis quelques années, on n'a plus de médecins de santé publique. On a le service d'hygiène et de santé qui mène des actions plutôt administratives et au niveau des centres municipaux de santé, le médecin directeur n'était pas convaincu. Il y a un vrai débat aussi sur "qu'est ce que la prévention des toxicomanies ? Quel est le rôle des uns et des autres et qu'est ce qu'on fait ?". On avait un médecin qui n'était pas du tout convaincu de la possibilité d'intervention, du rôle des CMS et tout cela joue dans le fait qu'il y ait ou pas, pour ceux qui se disent il faut que l'on fasse des choses. On ne peut pas dire que cela ne nous concerne pas. Il faut construire ce que c'est que de faire des choses"¹¹³.

Par exemple, dans cette ville où domine une prise en charge des problèmes de toxicomanie par la politique de sécurité urbaine, l'élu à la santé a joué cependant le rôle du dissident du groupe de ses pairs élus pour se faire le représentant et l'interprète des attitudes de son groupe professionnel, celui des médecins, notamment ceux spécialisés dans la branche psychiatrie. Ces derniers redoutaient en effet d'avoir à gérer les troubles occasionnels dans les salles d'attente causés par les usagers consultants et refusaient de les prendre en charge au motif que le traitement des usagers ne relevait pas de leur compétence. Cependant, l'élu à la santé a pu obtenir deux types de soutien : un soutien du monde médical par l'intermédiaire d'un médecin directeur de centre, volontaire pour s'engager dans la réduction des risques liés à la toxicomanie, et, un soutien municipal, celui d'une personne mobilisée sur la réduction des risques mais sans être spécifiquement axée sur les usagers de drogue injectable.

Néanmoins, si les villes ne sont pas dotées de centres municipaux de santé publique, un programme d'échanges de seringues a beaucoup moins de chance de s'y implanter. C'est souvent le cas des villes où les élus déniaient toute réalité à la présence d'usagers de drogue dans leur commune et où domine une approche sécuritaire de la toxicomanie, ou encore, des villes trop pauvres. Les maires sont en effet ceux qui initient la démarche d'installer un centre municipal de santé publique dans leur ville. Un élu santé, malgré toute sa "bonne volonté", qui n'est pas expérimenté en toxicomanie et qui n'est pas conseillé et appuyé par des

¹¹² Médecin généraliste et Président d'une association de réduction des risques.

¹¹³ Élu sécurité.

professionnels du monde sanitaire, qui ne bénéficie pas de l'implantation d'un centre municipal de santé sur sa commune, se retrouve extrêmement désarmé pour agir dans le domaine de la prévention secondaire des toxicomanies. Cet élu santé ne peut activer un partenariat des professionnels de santé et des acteurs locaux, partenariat inexistant et qui reste à créer.

"[...] Mais c'est vrai que c'est un problème difficile et personnellement je sais pas comment m'y prendre à part créer des trucs d'information, moi j'ai pas participé à ce stage mais je pense que les gens qui ont participé vont commencer à mieux comprendre les drogués, à mieux les recenser, dans cette formation, un certain nombre ne savaient pas que le bus existait par exemple, ça nous a permis de donner cette information et de continuer à voir ce qu'on pouvait faire, informer, sensibiliser, arriver à des propositions comme la possibilité de faire de l'échange de seringues dans un centre social, on n'a pas nous de centre médical sur la ville, c'est la médecine privée, c'est pas simple, les généralistes, les libéraux, c'est un peu notre but, et il n'y a pas de service communal hygiène et santé, c'est aussi une création qu'il faudrait qu'il y ait. Il y a un contrat local de sécurité mais au niveau santé c'est vraiment rien, il y a vraiment tout à mettre en place, tout ce qui a été fait, ça a été fait par des associations qui sont aidées je pense par le département, il y a le bus, on le connaît mais pratiquement on n'apporte pas notre aide, il y a pas assez d'information, de sensibilisation pour faire naître un partenariat, voilà c'est ce qu'on voudrait créer avec tous les gens travaillant sur le terrain déjà pour pouvoir proposer quelque chose de concret pour pouvoir accueillir et diriger je dirais un drogué un petit peu notre objectif, ça va demander un peu de temps, ça va pas se faire en deux mois de temps, on sait que ce sera très long, de dire si un jour un drogué a besoin d'un conseil, d'un truc comme ça qu'il puisse s'adresser à un acteur de la vie sociale lui disant ben moi je ne peux pas te renseigner mais adresse-toi à telle association, va là-bas on peut t'aider, voilà c'est ça qu'on voudrait faire ?"¹¹⁴.

4°) Les structures associatives : des relais fondamentaux

Les troisièmes grands acteurs à rencontrer et à convaincre sont les autres structures associatives de la ville, spécialement celles installées dans le quartier d'implantation. Comme les élus à la santé et les autres élus, les associations qui ont une certaine envergure, un poids et une reconnaissance sociale importants dans la commune (l'amicale des locataires, l'amicale des personnes âgées, les associations de commerçants), sont les groupes dont il faut obtenir l'accord et gagner l'appui. Ensuite, ces associations peuvent jouer le rôle de relais et de porte-parole des intérêts et des objectifs défendus par l'association de réduction des risques liés à la toxicomanie auprès des personnes qu'elles représentent.

Kübler distingue les associations de commerçants des autres associations de quartier. *Il apparaît néanmoins que les associations d'habitants adoptant une attitude d'opposition inconditionnelle à l'implantation de services de réduction des risques sont plutôt l'exception que la règle.* Bien que fort septiques par rapport aux projets proposés, les associations d'habitants sont souvent ouvertes à la médiation et au dialogue entre les initiateurs de ces

¹¹⁴ Élu à la santé.

services et la population du quartier concerné. Cet auteur cite l'exemple d'une association d'habitants de quartier qui, lors de l'implantation d'un lieu d'accueil pour toxicomanes, a joué un rôle de médiateur, en tentant de réunir les parties autour d'une table de négociations, ou encore, cette autre association d'habitants qui a organisé des réunions d'information du voisinage avant l'implantation. Contrairement aux associations de commerçants, les associations de quartier jouent donc moins un rôle mobilisateur qu'un rôle modérateur, tout en insistant néanmoins sur la nécessité de minimiser les problèmes de sécurité autour des services de réduction des risques¹¹⁵.

5*) Les pharmaciens : des acteurs trop souvent passifs

En général, si les pharmaciens connaissent les structures et les équipes hospitalières soignant les usagers de drogue substitués, néanmoins, ils méconnaissent la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Les usagers de drogues (principalement les substitués) représentent une très petite minorité de leur clientèle.

Certains ne connaissent pas les lieux et les équipes d'échange de seringues intervenant sur leur commune. L'officine de l'un des pharmaciens rencontrés se situe pourtant à quelques mètres d'une boutique. Installé depuis peu, ses assistants ne lui ont jamais fait part de l'existence de ce lieu. Devant nos questions relatives à l'échange de seringues, ces derniers n'ont pas trouvé de mots suffisamment éloquents pour traduire leur mécontentement, s'exprimant presque seulement par onomatopées et mimiques outrées.

Mais encore, quelques-uns ignorent parfois jusqu'au principe de fonctionnement de l'échange de seringues. De même, l'existence, le lieu et le fonctionnement des distributeurs automatiques de seringues avec le principe des jetons leur sont souvent inconnus.

"Les stéribox ? On en entend très peu parler. [...] Nous recevons des textes sur la méthadone mais sur les seringues on ne nous en parle pas. Mais les drogués font-ils eux-mêmes la démarche pour échanger des seringues ?"¹¹⁶.

Quand ils sont au fait de la politique de réduction des risques et de ses modalités, ils préfèrent que les distributeurs automatiques de seringues ne soient pas accolés au mur de leur pharmacie et ils ne participent pas non plus à la récupération des seringues usagées ou au réapprovisionnement des échangeurs¹¹⁷, celui-ci fût-il situé en face de la pharmacie. Enfin, certains pharmaciens estiment que les distributeurs automatiques de seringues n'ont pas lieu d'être implantés "partout" risquant au final de servir une certaine incitation à se droguer.

"Je ne crois pas qu'il faille mettre des distributeurs partout. C'est comme si on posait des boîtes de récupération des verres, "on est là, allez-y,

¹¹⁵ Kübler, 2000, 162.

¹¹⁶ Pharmacienne, dont l'officine est située à la sortie d'une gare.

¹¹⁷ Cf. Noël, 1994, où l'auteur rend compte des résultats de deux enquêtes par questionnaire (élaborés avec C. Candillier d'APOTHICOM – Association pour la Prévention, la Pharmacovigilance et la Communication – et l'Agence Française de Lutte contre le Sida) auprès de 259 pharmaciens dans 22 villes d'Île-de-France, qui montrent que les pharmaciens craignent en effet de devenir les "poubelles" à seringues et d'augmenter les risques professionnels.

*prenez des seringues...". Il ne faut pas exagérer. C'est pernicieux, à double tranchant*¹¹⁸.

Leurs logiques de travail, axées sur la santé certes mais aussi sur le commerce, ne rencontrent pas celles de service public de santé qui animent les associations de réduction des risques mandatées par la DDASS. Ainsi, les pharmaciens interviewés sont apparus comme des acteurs peu impliqués dans les programmes d'échanges de seringues. Ils répondent difficilement à la demande de partenariat. Ingold notait déjà en 1994 que, si la diffusion des seringues dans les pharmacies se faisait relativement bien, néanmoins les pharmaciens manifestaient de fortes réticences : prix élevé des stéribox, vente par 10 ou 20 et rejet des toxicomanes dans l'officine¹¹⁹.

*"On n'a pas réussi à implanter des distributeurs auprès des pharmaciens, qui n'ont pas répondu à un appel qui avait été fait déjà avant notre travail. Et là, on rencontre beaucoup de mal auprès des pharmaciens et des soins libéraux de la ville"*¹²⁰.

Dans le même sens, à propos d'une évaluation de l'acceptabilité d'un PES de Baltimore par les pharmaciens de la ville (laquelle s'élève à 78,3 % tandis que concrètement plus de la moitié des pharmaciens limite volontiers la vente de seringues aux usagers dans leur officine), Emmanuelli remarque *À cet égard, il est intéressant de noter que, dans un contexte de diversification de l'offre de seringues rappelant un peu la situation française, l'acceptabilité théorique des PES, bien que souhaitable, ne préjuge pas toujours de l'acceptabilité globale de la politique de réduction des risques*¹²¹. Autrement dit, on constate un écart entre ce que les pharmaciens disent et ce qu'ils font, entre le discours et la pratique.

À la décharge des pharmaciens, on peut noter que le remboursement de la sécurité sociale pour la prise en charge des soins aux toxicomanes (méthadone, subutex), notamment ceux incarcérés pendant un temps, est déficient : à leur sortie de prison, certains usagers ont été rayés de la sécurité sociale. Le pharmacien qui les reçoit est alors confronté à un problème de conscience : fournir à l'usager les produits sans être payé ou remboursé, ou pas. À force, ils optent souvent pour la seconde solution. Ils doivent, de surcroît, gérer une relation rendue délicate (agressivité, violence), dans ce cas, pour des raisons de dysfonctionnement de la sécurité sociale.

6*) Un partenariat de courtoisie avec les policiers

Les commissaires de police contactés sont en poste depuis peu, ils n'ont donc pas participé au processus d'implantation de l'équipe d'échange de seringues. Par contre, ceux en poste lors de l'implantation de la boutique ont été inclus dans le partenariat restreint toujours par le biais de l'élus à la santé de la ville. Les commissaires de police sollicités ont alors

¹¹⁸ Pharmacienne, dont l'officine est située à la sortie d'une gare. Au final, *Ces deux enquêtes montrent le besoin d'information des pharmaciens et l'intérêt qu'ils portent au problème même s'il est difficile pour eux.*

¹¹⁹ Cf. Ingold *et al.*, 1992. Sur les premières évaluations du rôle des pharmaciens, cf. le rapport de la recherche-action Imbert *et al.*, 1993.

¹²⁰ Élu chargé de la prévention santé, adjoint au maire.

¹²¹ Emmanuelli, 1999, 17.

signifié explicitement leur appui aux activités de prévention secondaire des toxicomanies effectuées par l'association. Les commissaires de police ont donné leur aval au travail de l'association.

Aujourd'hui, un seul des nouveaux commissaires de police a fait connaissance avec une équipe de réduction des risques, un intervenant en toxicomanie étant venu présenter les activités de son équipe. Les relations de partenariat ne posent pas de problèmes mais restent limitées au minimum. Par ailleurs, ce commissaire travaille dans une ville où domine une approche sécuritaire de la toxicomanie. Le partenariat est donc beaucoup plus actif avec les services de police et les élus sécurité de la ville et prend souvent la forme de formations sur les toxicomanies au sens large.

Ce qui signifie qu'il n'y a pas eu de suivi de la démarche d'explication et d'information et de l'amorce de partenariat mise en œuvre initialement lors de l'implantation du programme d'échanges de seringues. Ce qui explique peut-être aussi en partie pourquoi leurs connaissances sont limitées quant au programme d'échanges de seringues. Cependant, nous remarquons que le seul commissaire n'ayant pas connaissance de l'existence d'un programme d'échanges de seringues dans sa ville fait partie d'une commune où les problèmes liés à la toxicomanie sont gérés par une approche essentiellement sanitaire et ne constituent pas un volet du contrat local de sécurité.

En définitive, les discours montrent que la prévention secondaire des toxicomanies et la répression de la délinquance liée à la toxicomanie apparaissent comme deux missions de services publics et deux domaines d'intervention nettement parallèles.

"Partenariat ? De toutes façons, on n'est pas sur la même longueur d'ondes. Ils ont un secteur d'activité qui est le leur, et moi, j'ai le mien. Je fais avant tout du flagrant délit. Je ne suis pas là pour faire de la prévention en matière de toxicomanie. Au contraire... Moi, je suis là pour faire du chiffre. Plus j'interpelle, mieux je me porte. Il faut être tout à fait carré là-dessus. Notre domaine d'intervention n'est pas du tout le même, on peut se rencontrer pour évoquer la situation, l'évolution, les causes... mais on a un domaine d'intervention radicalement différent. Sauf en ce qui concerne la toxicomanie des mineurs, où là mon rôle est répressif, c'est clair, mais il est aussi de mettre en garde les mineurs et d'en référer au Parquet des mineurs, de façon à ce que les mesures éducatives soient prises. Mais là, c'est le rôle de la brigade des mineurs. Il est clair qu'en matière de toxicomanie, je suis plus répressif que préventif"¹²².

"Je suis commissaire principale en sécurité publique qui gère tous les problèmes de petite et moyenne délinquance dans les villes, donc y compris la toxicomanie et surtout tout ce qui est généré par la toxicomanie, c'est-à-dire tous ces vols violents dans les roulottes, agressions diverses... Donc, je me sens tout à fait concernée par votre enquête. Mais au niveau de la réduction des risques, je suis un peu, pas sceptique, non je suis 100 % pour, mais en tant que policier, mon rôle est d'arrêter les toxicomanes, quitte à les inciter à se soigner, à leur faire la morale, pourquoi pas... parce que la morale, ce n'est pas forcément négatif, à les envoyer voir des médecins... Ce sont toutes ces choses que je vois par l'échange de seringues, je suis 100 % pour. Je sais que ce n'est pas à moi de le faire mais j'approuve. C'est tellement dramatique, le SIDA. Évidemment, l'idéal serait que, évidemment,

¹²² Commissaire de police.

*les gens ne se piquent pas, mais il ne faut pas rêver. J'approuve tout cela et ne me mettrai pas en travers, certainement pas*¹²³.

Les équipes de terrain de la police et des associations de réduction des risques ne marcheraient pas sur les plates-bandes des unes et des autres. Hormis une petite affaire d'enquête relatée par les membres d'une association, il n'y a pas d'interférence lors du travail de terrain entre les missions de prévention secondaire des associations et celles de répression de trafics de drogue par des policiers. Dans la mesure où la police "traque" le trafic et non pas l'usage, les policiers de terrain n'ont pas de raison de surveiller et de perturber le fonctionnement des échanges de seringues avec les usagers de drogue.

*"Et à la limite, je crois que ce n'est pas plus mal car je pense que le toxico qui vient pour échanger sa "shooteuse", il n'a pas besoin d'avoir les flics qui sont là. A priori... Ce serait encore un flic de quartier, connu pour être plus un intervenant social qu'un vrai "poulet", ce serait un peu différent mais ce n'est pas le cas, et il n'y a pas d'îlotier dans ce secteur là. Enfin d'îlotier finalisé sur ce secteur, et donc il n'y a pas d'interaction, pas de présence policière tout autour de la structure"*¹²⁴.

*"Et on est allé voir la police, pour négocier avec la police des trois villes, la non-intervention policière aux lieux et heures de circulation du bus, ce que l'on a acquis des trois communes en question, de façon plus modérée par [...] et [...] qui dépendent du commissariat des [...] que par [...], où la commissaire était tout à fait partante et tout à fait d'accord sur le fait qu'elle était là pour faire de la répression et nous nous étions là pour faire de la prévention et que les deux terrains n'étaient pas obligés de se juxtaposer et de se mélanger obligatoirement et qu'elle ne ferait pas de répression policière au moment où on y était et sur les lieux où on était"*¹²⁵.

Ceci dit, on sait que la répression concernant la drogue dans les cités est aussi le fait de brigades de police qui sont gérées au niveau départemental.

7°) L'État : un symbole de garantie mobilisateur mais jugé peu présent

Nous remarquons que l'acceptabilité des lieux d'échange de seringues, notamment d'un lieu d'accueil fixe destiné aux usagers de drogue, est facilité par la mobilisation des acteurs de l'État et leur présence physique aux réunions interpartenariales de quartier. Ils apportent de la sorte une forme de garantie et de légitimité officielle, étatique à la démarche parfois fortement contestée par la population.

"Ensuite, il y a eu les réunions avec les habitants, dans la salle du quartier, à l'initiative de la ville et de l'association. Mais pas uniquement de l'association. Il y avait un représentant des élus. Les élus du quartier étaient là. Madame x en tant qu'élue à la santé, on a invité le médecin inspecteur de la DDASS à une des réunions, qui est venu et a apporté [...] son aval.

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ Coordinatrice d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

C'était un projet qui était défendu par le ministère, que l'équipe était sérieuse. Cela a donné une espèce de garantie"¹²⁶.

Néanmoins, les acteurs de l'État se déplacent rarement dans les villes et dans les quartiers pour appuyer les associations de réduction de risque et pour participer au travail de persuasion de la population, des élus et des partenaires. On remarque ainsi que les intervenants en toxicomanie sont en demande d'un soutien et d'une reconnaissance de leur travail plus manifeste par les acteurs de l'État dont la présence est parfois indirectement regrettée sur le terrain.

Conclusion

Nous venons de voir l'impact incontestable du partenariat, dont l'action s'apparente à une forme de *lobbying*, et les rôles des acteurs locaux dans le processus d'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues. Les acteurs qui jouent un rôle majeur dans ce processus sont, sans aucun conteste, les médecins, d'autant plus lorsqu'ils occupent les places d'élus à la santé, ce qui est majoritairement le cas, et de directeurs de centres communaux de santé. Néanmoins, l'alliance du politique est également fondamentale, elle permet une réelle mobilisation et synergie des partenaires locaux, notamment celles des grands acteurs associatifs de la commune.

Élus à la santé, médecins directeurs de centres municipaux de santé et hygiène (quand il y en a) et les grosses structures associatives constituent ce que l'on peut appeler le partenariat restreint, sur la ligne de front de l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par les autres partenaires locaux.

La première bataille gagnée, reste la seconde à remporter et qui n'est pas des moindres. Nous allons aborder à présent la phase de persuasion de la population par les intervenants en toxicomanie que nécessite le processus d'acceptabilité d'un PES. Mais auparavant, nous allons voir que le choix du local d'implantation de l'association répond à des critères particuliers.

III – Les critères de choix du local d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie

Une fois le partenariat porteur du projet d'implantation consolidé, la première difficulté mentionnée par les personnes rencontrées consiste à trouver un local qui, d'une part, soit vacant, ce qui n'est pas chose évidente (ni pour les intervenants, ni pour l'élu associé au projet)¹²⁷, et qui, d'autre part, remplit deux critères liés au fonctionnement de l'équipe.

¹²⁶ Coordinatrice d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

¹²⁷ L'une des associations a ainsi commencé à travailler pendant six mois, dans les locaux d'une autre association de soins aux toxicomanes avant d'obtenir son propre local.

1°) Une distribution de l'espace et un équipement adaptés aux activités spécifiques de l'équipe

Lorsqu'il s'agit d'une boutique, le local doit comprendre deux espaces séparés, l'un public, l'autre privé, autrement dit un espace adapté à l'accueil des usagers de drogue qui soit fonctionnel, convivial et accueillant (des espaces salon, cuisine, douche, toilette), ainsi qu'un espace faisant office de bureau privé de l'équipe où l'on entre sur autorisation (lieu de stockage des kits de seringue, bureau administratif, lieu d'intimité nécessaire pour pouvoir avoir des entretiens ou des conversations privées notamment avec les usagers ou encore avec des personnes au téléphone). La répartition des espaces dans une boutique ne doit pas desservir la surveillance de ce qui s'y passe. Selon le nombre de passages des usagers de drogue, très variable d'un jour à l'autre, selon leur état psychologique et physique, selon leurs humeurs, l'ambiance peut varier du tout au tout. Le regard doit pouvoir englober l'espace d'un coup d'œil pour prévenir tout risque de dérapage, être en mesure de soupeser et de cadrer les événements interactionnels.

Lorsque le travail d'approche des usagers de drogue se fait à l'extérieur, par le biais du travail de rue ou à partir des stationnements d'un bus¹²⁸, le local tient lieu de simple espace de repli des intervenants en toxicomanie, aussi les conditions d'équipements du local sont moins exigeantes que pour celles d'une boutique. Si ce type de local n'est pas destiné à recevoir des usagers de drogue, néanmoins, il doit de préférence comprendre également une zone publique et une zone privée. Des usagers de drogue peuvent en effet y passer sur rendez-vous, soit pour se rendre à une consultation médicale ou sociale ou encore à une audience pénale, accompagnés par un intervenant (dans la grande majorité des cas, l'accompagnant va chercher l'utilisateur à son domicile), soit pour une visite spontanée ou une demande qui ne souffre pas d'attendre. Mairie ou HLM sont en général les propriétaires des locaux : ils permettent de bénéficier d'un prix de loyer très modéré mais en tant que bailleurs, ils peuvent poser leurs conditions de bail de location. Pour un local servant de base de repli à une équipe, les négociations avec le bailleur peuvent ainsi porter sur le point épineux d'avoir l'autorisation de recevoir ponctuellement, sur rendez-vous et de façon extra-ordinaire des usagers de drogue.

"On a négocié que sur le bail apparaisse, comme indiqué ici dessus... on a été honnête avec les bailleurs en disant "ce n'est pas un lieu d'accueil, ce n'est pas prévu pour cela. C'est la base arrière de l'équipe, mais n'empêche qu'on veut pouvoir y recevoir des gens". Donc, on a l'autorisation de recevoir des gens sur rendez-vous. C'est ce que l'on fait d'ailleurs. Quand les gens viennent, c'est rarement... mais les gens ne sont pas supposés savoir qu'ils n'ont pas rendez-vous. Ils ne viennent pas ici par groupe de cinq ou six. Le plus, c'est deux, un couple qui vient sur rendez-vous, ou deux copains qui viennent ici ensemble, sur rendez-vous également. Donc, on ne peut pas dire qu'on est dérangé par les usagers"¹²⁹.

Enfin, pour des raisons de sécurité (prévenir les cambriolages divers), les ouvertures du local sont généralement barricadées : des barreaux aux fenêtres (installation pour laquelle l'autorisation des bailleurs est aussi nécessaire), des stores extérieurs métalliques, des serrures très dissuadantes. Ces précautions ne sont pas vaines quand l'on sait que les serrures de

¹²⁸ À la manière des équipes de prévention spécialisée qui souvent possèdent des locaux occultes, base de repli et de ressourcement de l'équipe, et qui travaillent à l'extérieur, dans la rue et auprès des autres structures existantes.

¹²⁹ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

voiture de certains intervenants en toxicomanie ont été forcées sur un parking proche du local ou encore que le local a déjà pu être "visité" de nuit.

2*) Une implantation tributaire des zones géographiques d'intervention de l'équipe

La situation géographique du local ne doit pas desservir le travail de couverture géographique de l'association ; il doit se situer de préférence au carrefour des autres communes d'intervention de l'équipe de réduction des risques, sans être pour autant trop excentré du centre-ville, de façon à réduire autant que faire se peut les temps de trajets du local au lieu d'intervention. Cette remarque est particulièrement importante pour le travail de réduction des risques à partir d'un bus.

3*) Facile d'accès pour les usagers de drogue

Ce dernier critère sélectif tombe sous le sens. Mais il est d'autant plus sélectif qu'il s'agit d'un local prévu pour accueillir les usagers de drogues. Nous développerons les critères d'accessibilité d'un PES dans la seconde partie de ce rapport.

4*) Tolérable pour les riverains

La question de l'acceptabilité par les riverains, d'un local abritant une équipe de réduction des risques, se pose différemment selon que le local sert seulement de local de repli des intervenants ou selon qu'il est destiné à l'accueil des usagers de drogue.

Dans le premier cas, les démarches d'acceptabilité de l'équipe sont réduites au minimum de courtoisie impliquant de se présenter, notamment par le biais d'une porte ouverte aux résidents. L'expérience a été tentée par une association qui a informé les voisins de l'immeuble du jour et de la date de la porte ouverte au moyen d'une note glissée dans les boîtes aux lettres. Aucun voisin ne s'est aventuré à répondre à l'invitation. Hormis un pédiatre dont le cabinet se situe à côté du local qui s'est au début quelque peu inquiété de cette implantation et a été très vite rassuré par les intervenants en toxicomanie. Personne n'a manifesté de réaction négative. Reste que l'entrée du local est discrète, n'est pas sous le regard des riverains, et ne donne pas sur l'entrée principale de l'immeuble, ce qui peut favoriser une meilleure tolérance.

En revanche, dans le second cas, la situation est radicalement différente. Les démarches d'acceptabilité d'un local destiné à recevoir des toxicomanes nécessite de la part de l'association de s'engager dans un véritable travail d'acceptabilité de l'implantation par les voisins.

Conclusion

Considérant les critères requis énoncés, les choix des locaux sont extrêmement limités. Par ailleurs, la solution apportée à cette première difficulté est fondamentale dans la mesure où elle conditionne les difficultés d'implantation ultérieures de l'équipe, notamment celles d'acceptabilité du lieu d'implantation par les riverains et d'accessibilité géographique du lieu pour les usagers de drogue par voie intraveineuse.

IV – Le processus d'acceptabilité de l'implantation d'une boutique par le voisinage

Le montage partenarial et le travail de persuasion effectués auprès des élus locaux et des autres partenaires institutionnels, il reste l'ultime étape du processus d'acceptabilité de l'implantation d'une boutique à franchir : cette étape est dirigée spécifiquement vers les résidents du quartier. Le travail de persuasion de la population résidente se décompose en deux temps d'inégale teneur : en amont puis en aval de l'implantation.

Méthodologiquement, mieux vaut commencer par établir une photographie du contexte du quartier : son mode de vie, son histoire, la composition sociologique de sa population et sa réputation, au sens des représentations sociales qu'il véhicule. La démarche de démocratie de proximité débute par l'information des habitants sur le projet d'implantation d'un lieu d'accueil pour toxicomanes dans leur quartier et par le recueil et la prise en compte de leur opinion. Parti de là, il peut être possible de prévoir les réactions des habitants et les réponses à mettre en œuvre par l'équipe des intervenants en toxicomanie.

Ensuite, l'évaluation du contexte et des réactions des futurs riverains permettent à l'association de réduction des risques liés à la toxicomanie de déployer des méthodes de persuasion liées à ce contexte.

1°) Évaluer et prendre en compte le contexte local

De prime abord, les riverains, quelle que soit leur classe sociale ou d'âge et leur couleur politique, n'acceptent pas spontanément l'implantation d'une boutique ; ils y opposent une forte résistance.

"Ensuite, il y a la question des riverains. Sont-ils prêts à accepter ce type d'implantation ? Je pense que non dans un premier temps. Si je regarde sur Paris, par rapport à des amis qui sont du côté du Faubourg Saint-Martin, qui peuvent avoir scolarisé des enfants, il y a des débats pour implanter. Et alors même s'il y a des discours de "gauche", intellectuels et tout cela, à un moment donné, quand cela les concernait plus directement, ils n'en voulaient pas. Il y a donc des résistances même a priori chez des personnes, pas forcément qu'elles soient au-dessus des autres, mais qui ont eu tout simplement l'occasion de réfléchir et d'être confrontées à un certain

*nombre de situations. Donc, il y a une résistance généralement de la population*¹³⁰.

a) Combattre les fantasmes et les peurs

La nouveauté a toujours du mal à se faire accepter, son acceptation relève du processus. De plus, il y a la peur irrationnelle, les représentations sociales erronées, l'imagination qui galope, les fantasmes qui accompagnent nécessairement l'inconnu et notamment dans le domaine de la drogue et des maladies transmissibles. Ainsi, la différence persiste entre le "drogué récupérable", celui qui souhaite décrocher en prenant des substances de substitution et le "drogué irrécupérable" qui consomme des produits de substitution seulement pour pallier un manque de drogue momentané, sans avoir le désir de décrocher. Par ailleurs, il semble qu'ait été véhiculée la rumeur selon laquelle des produits de substitution sont distribués dans la boutique, idée qui semble aujourd'hui encore résister aux démentis. Le travail de persuasion vise justement à faire reculer les fausses représentations de chacun sur la toxicomanie et le sida, et joue un rôle pédagogique dans ce domaine.

b) Combattre l'appréhension du pot de miel

Les oppositions des riverains sont d'autant plus vives que l'implantation d'une boutique se fait dans une zone résidentielle. À l'origine, l'implantation de la boutique s'est faite contre l'aval de certains riverains toujours récalcitrants dont l'avis avait été demandé. Les gens du quartier, s'ils estimaient qu'il fallait faire quelque chose pour les usagers de drogue, souhaitaient que cela se fasse très loin de chez eux. Il y a un refus net d'habiter à proximité d'un lieu de fréquentation des usagers de drogue. Les oppositions à l'implantation résultent principalement de la crainte qu'un tel lieu ne fasse office de pot de miel et n'attire une nuée de consommateurs de drogues, notamment ceux venant des villes avoisinantes, d'autant plus que la présence de toxicomanes est assimilée dans les représentations à la délinquance, aux troubles de l'ordre public et qu'elle alimente le sentiment d'insécurité. On craint que la boutique ne transforme le quartier en zone sans foi ni loi. Les gens craignent également que les seringues se multiplient alors sur le sol et menacent la santé des enfants. Certains voient la simple présence de toxicomanes comme une nuisance du fait des allers et venues des clients, de leur apparence, de leur marginalité. Les usagers de drogue sont indésirables tout simplement parce qu'ils détériorent le paysage urbain et l'image du quartier, mais aussi parce qu'ils ne sont pas des consommateurs et acheteurs de services classiques. La qualité du cadre de vie s'en trouve abîmée et les commerçants s'inquiètent de la fuite éventuelle de leur clientèle et de devoir fermer boutique¹³¹. Ces réactions révèlent la tendance à l'expulsion spatiale et à l'exclusion sociale des personnes dont les pratiques et les valeurs sont jugées non-

¹³⁰ Chargé de mission sécurité urbaine.

¹³¹ Dans les cas de mobilisation collective contre l'implantation de services de réduction des risques aux usagers de drogues, Kübler remarque que les commerçants sont ceux qui se plaignent avec le plus de véhémence de la présence de toxicomanes. Kübler, 2000, 156.

conformes¹³². L'implantation d'un lieu d'accueil des usagers de drogues suscite inmanquablement des débats publics souvent passionnels. Il est vrai que la forte affluence d'usagers de drogues lors de l'ouverture de boutique, par ailleurs révélateur d'un besoin et d'une attente de la part des usagers, a contribué à réactiver les peurs et donc les oppositions.

2*) Les méthodes du travail de persuasion

a) Mettre en place une campagne d'information, de sensibilisation et d'explication, en amont de l'implantation

Selon l'Élu santé, même si les gens reconnaissent le besoin d'un programme d'échanges de seringues dans leur commune, même s'ils disposent d'explications sur la prévention du sida, même s'ils pouvaient être concernés directement à travers l'un de leurs proches, ils restent "fermés". Néanmoins, l'expérience de la boutique enquêtée démontre que les manifestations d'opposition frontale des riverains ne sont pas indépassables, qu'elles peuvent être renversées par une démarche d'explication "saine et intelligente"¹³³.

Aussi les élus locaux et les partenaires institutionnels convaincus et associés au projet d'implantation de la boutique et l'association des intervenants en toxicomanie doivent ensuite, de concert, orienter leur travail de conviction vers la population environnante. La première méthode consiste à mettre en place une campagne d'information et d'explication de la démarche, et de sensibilisation sur la prévention secondaire des toxicomanies. Ce travail de persuasion s'est opéré à la fois par le biais des intervenants en toxicomanie et par l'intermédiaire des élus locaux qui ont organisé de nombreuses rencontres et réunions, en amont de l'implantation et notamment dans les maisons de quartier, rassemblant les habitants du quartier, les présidents d'associations de la ville, et tous les partenaires concernés. L'Élu à la santé, les élus représentants le quartier, et le médecin inspecteur de la DDASS, se sont joints à ces réunions, apportant ainsi comme nous l'avons vu, les garanties politique, médicale et étatique. Les organisateurs institutionnels et associatifs se sont évertués à sensibiliser, expliquer à la communauté du quartier le besoin et les buts de l'échange de seringues auprès des usagers de drogue, ce qui n'a pas été chose aisée.

"[...] On n'a pas ignoré les gens. On n'a pas pensé qu'aux usagers, mais à tout le monde. On a essayé de faire ce boulot, et avec les usagers, et avec tous les autres partenaires, des gens qui vivent là, la communauté du quartier. En gros, on a fait un énorme travail dans le quartier avant de commencer. Oui, des réunions diverses. Cela a été chaud au départ. Les gens nous ont dit OK après les réunions en disant "on va voir, prouvez nous". On leur a prouvé, cela fait cinq ans aujourd'hui et quand on regarde, on n'a pas eu, à mon souvenir, de très gros problème"¹³⁴.

¹³² Cf. les travaux de sociologie urbaine de l'École de Chicago, dont Burgess, Park, 1925. Dans une étude sur les *homeless*, un autre auteur avance l'hypothèse d'une pression vers l'expulsion spatiale des individus marginaux de la ville post-industrielle, notamment parce qu'ils se situent en dehors du monde de "marchandisation" : pauvres, ils ne peuvent pas participer aux activités économiques : ils ne produisent rien et n'achètent rien ; cf. Mair, 1986.

¹³³ Commissaire de police.

¹³⁴ Intervenant en toxicomanie.

La méthode du travail de persuasion basée sur une campagne de réunions d'explication et de concertation citoyenne, au final, a fini par porter ses fruits puisque la majorité des habitants du quartier ont fini par accepter l'ouverture d'un lieu d'accueil des usagers de drogues sur leur territoire de vie. Le rapport de force engagé, lequel a nécessité cependant l'action d'un certain nombre de groupes constitués que l'on peut appeler groupes de pression, s'est incliné en faveur de l'implantation.

Selon la coordinatrice de la boutique, les discours de persuasion visaient essentiellement à rassurer les gens, à apaiser leurs appréhensions et à obtenir le crédit de leur confiance, en présentant des garanties orales sur le sérieux de leur travail et sur les règles de fonctionnement qui seraient appliquées dans la boutique, cela, à la manière d'un rituel d'engagement public. Ces discours renseignaient ainsi sur le fonctionnement du lieu, notifiant ainsi à tous son ouverture, signifiant indirectement la possibilité d'un contrôle social communautaire.

Le basculement des oppositions s'est produit par la mobilisation d'un argument faisant appel à l'esprit communautaire du quartier, à la solidarité des gens les uns envers les autres au nom des "enfants du quartier". L'accord des habitants s'est soldé par une forme de contrat de concession adressé à l'équipe des intervenants en toxicomanie et aux élus, qui comprenait le maintien de la possibilité de dialogue et de concertation, collectif ou individuel, à l'occasion de nuisances¹³⁵ ou de plaintes éventuelles concernant le fonctionnement de la structure associative. Ce contrat de concession impliquait en filigrane le respect futur des engagements avancés et pris par l'équipe des intervenants en toxicomanie face à la population environnante.

Les campagnes d'explication et de sensibilisation sur la prévention secondaire des toxicomanies entamées en amont de l'implantation sont jugées aujourd'hui insuffisantes par une représentante de l'Amicale des Locataires, qui souhaiterait un renouvellement de la démarche de concertation citoyenne. Par exemple, en distribuant des fiches informatives dans les boîtes aux lettres, par le biais d'affichages et en activant de nouvelles réunions avec les gens du quartier ainsi qu'avec des médecins et des élus locaux pour avoir leurs opinions actuelles sur la façon de gérer la question. Néanmoins, celle-ci constate que la méthode des réunions ne permet pas d'obtenir de véritables échanges constructifs, ces dernières étant souvent parasitées par des chahuts et des provocations. Enfin, pour connaître réellement l'avis des gens mais aussi des usagers, la représentante de l'Amicale des Locataires préconise d'organiser une campagne de questionnaires anonymes comportant un nombre de questions précises et limitées. L'intérêt d'insister et de réactiver régulièrement ces campagnes d'informations et d'explications dirigées vers la population est en effet d'éviter la propagation des fausses idées, des fantasmes, et l'installation de rumeurs pernicieuses.

b) Séduire, dialoguer, négocier et respecter le contrat de concession

L'acceptabilité d'une boutique par les habitants dans un quartier résidentiel repose en grande partie sur les compétences relationnelles des intervenants en toxicomanie. Ces derniers mettent en œuvre des méthodes de séduction avec les personnes vivant à proximité de la boutique. Il s'agit là d'un travail subtil, quotidien et constant des intervenants auprès des riverains, un travail de dialogue, de discussions, de relations sociales. En ce sens, la difficulté tient à l'hétérogénéité de la population à laquelle ils s'adressent. Il peut s'agir de simples

¹³⁵ Martineau, 2001.

habitants (des familles ou des retraités), des commerçants de toute sorte (du boucher charcutier à l'assureur), d'un directeur de centre de Protection Médicale Infantile ou d'un médecin pédiatre et aussi de leur clientèle (des mères et des enfants consultant cette PMI ou ce pédiatre) ou encore de "jeunes".

En effet, l'acceptabilité de l'implantation d'un lieu d'échange de seringues passe par l'acceptabilité des membres d'une équipe en tant que personnes individuelles, cela d'autant plus que le lieu d'implantation se situe dans un petit quartier d'habitations où la boutique appelle le regard, où les uns et les autres s'observent à la dérobée, quotidiennement, où l'interconnaissance joue un rôle fondamental. Les intervenants développent des jeux relationnels de proximité sociale avec les gens du quartier visant à se faire intégrer, à se faire apprécier, pour se fondre dans la communauté des gens du quartier. Par exemple, l'intervenant en toxicomanie, en se postant mains dans les poches sur le seuil de la boutique, souriant, de bonne humeur, humant l'air, regardant à droite, à gauche, comme si de rien n'était, forçant (au début) sur le "bonjour !" qu'il adresse à la dame passant sur le trottoir. À force, on s'arrête et on parle du temps qu'il fait, des informations dans le journal et parfois des problèmes de drogue. Ou encore, en allant chaque midi acheter de quoi déjeuner chez le charcutier, le "chinois" ou le boulanger d'à côté. Cette proximité quotidienne entraîne nécessairement des formes subtiles de familiarisation.

"Mais là, c'est vraiment le quartier où les yeux sont très fixés sur le local. Mais cela ne se passe pas mal, et ce, parce que l'équipe a su se faire bien voir du quartier. Parce que lorsqu'il y a des problèmes, parce que cela arrive qu'il y ait des problèmes, je n'ai jamais entendu remise en cause l'équipe"¹³⁶.

"Je crois que c'est individuel les relations que tu peux avoir avec les commerçants. Il y a le projet mais en même temps il y a l'individu, les intervenants. Les gens de l'extérieur regardent cela. Ils ne voient pas tout le monde de la même façon, c'est un globe. C'est un ensemble et dans cet ensemble, il y a des gens. Après, c'est la relation que tu peux avoir avec les autres. Moi personnellement, j'ai une bonne relation avec tous les commerçants, quels qu'ils soient, tous les habitants. Je vais me promener, pourtant je n'habite pas ici, mais je suis connu comme si j'habitais là depuis vingt ans. Après, c'est le personnage. Je crois que si on n'avait pas eu de bonnes relations avec les gens individuellement, on aurait eu des problèmes. Je pense que c'est comme cela que cela marche. C'est le personnage"¹³⁷.

Il arrive que les intervenants doivent faire face à des mécontentements frontaux des voisins, occasionnés par des nuisances ponctuelles. Les intervenants adoptent alors des stratégies relationnelles souples et diplomatiques, basées principalement sur la négociation et le compromis. D'une part, ils dialoguent régulièrement avec la population (tout autant qu'avec les élus), et d'autre part, ils jouent la carte de la transparence en ne cherchant pas à dissimuler ou à amoindrir les problèmes qui se présentent. Il n'y a pas de dénégation ou de minimisation des ennuis associés à la drogue ou occasionnés notamment par les fréquentations plus voyantes parce que plus bruyantes des usagers d'alcool qui se mêlent de plus en plus aux usagers de drogue. De la sorte, une relation de confiance et de respect réciproque peut s'installer entre les intervenants et les riverains qui ne se sentent pas pris pour des imbéciles ignorants ou renvoyer dans leurs pénates. Leurs plaintes et réclamations sont entendues et concrètement prises en compte : elles trouvent écho dans une réponse immédiate

¹³⁶ Élu(e) à la santé.

¹³⁷ Intervenant en toxicomanie.

des intervenants par un changement dans le fonctionnement de la structure, par exemple dans la modification des horaires d'ouverture. Cette réaction de l'équipe démontre à la vue de tous une prise en compte et le respect de la vie quotidienne des voisins. Elle démontre une volonté d'intégration dans le quartier. Le temps "d'apprendre à se connaître" et une forme d'appropriation des gens du quartier aplanissent peu à peu les mécontentements. En outre, le malaise social ressenti par les gens, généré par le fait de vivre dans un quartier devenu sensible, rencontre des oreilles attentives auprès des intervenants en toxicomanie qui esquivent le travers maladroit de la riposte agressive ; les plaignants ne sont pas accusés d'intolérance et renvoyés à une forme de culpabilisation et sentent leurs revendications comprises.

"Mais c'est vrai aussi que l'équipe n'a jamais nié les problèmes. Quand les gens venaient les voir en leur disant "il y a ce problème-là", elle a toujours su écouter et fournir une réponse. Il n'y a jamais eu de culpabilisation. Des réponses ont été fournies aux problèmes : par exemple lorsqu'il y a eu ce problème avec les alcooliques qui stationnaient devant le local, ils ont modifié leurs heures d'ouverture. Les gens ont toujours été entendus. Non seulement leurs demandes n'ont pas été accueillies avec agressivité en renvoyant une image d'intolérance, ou de culpabilisation... et en même temps, ils ont toujours essayé de montrer que la population avait été entendue et qu'ils essayaient d'apporter par un changement de fonctionnement ou un changement d'horaire une réponse aux problèmes qui étaient évoqués. La population a été écoutée"¹³⁸.

"Tout dépend de quelle période on parle. Par exemple, en 1996, il y avait beaucoup plus de monde, de passage, on est allé jusqu'à 50 passages par jour. Mais il y a eu un ras-le-bol dans le quartier, et on a décidé de faire un compromis, de restreindre les horaires d'ouverture pour que cela soit plus supportable et puis, il y a eu aussi beaucoup plus de choses qui ont joué mais il y a eu cela entre autres. Mais maintenant, on est plus entre 25 passages par jour à peu près. Il y a eu des moyennes de 30 certaines années. On n'est plus du tout à ce que l'on était au départ. [...] C'est vrai que il y a beaucoup moins de bruit, de passage, même de mécontentement. Et puis, les gens ont appris à nous connaître peut-être aussi. Ils ont avalé de toute façon et puis en même temps, cela s'est un peu tassé. Donc, c'est plutôt dans le bon chemin. [...] Il y a eu aussi l'aspect "préserver les gens du quartier" quand cela saturait au niveau de l'affluence et des problèmes de l'alcool. C'est vrai que les gens ont beaucoup apprécié qu'on les entende et qu'on leur dise "on va fermer plus tôt". Ils se sont sentis compris, peut-être pas tous, mais en tout cas, le message est passé"¹³⁹.

"Et en plus de ne pas voir leur mal-vivre pris en compte, cela les remet dans une démarche d'agressivité, et c'est ce qu'a évité l'équipe"¹⁴⁰.

c) Se faire l'opérateur d'une forme de régulation sociale communautaire

L'équipe des intervenants peut mettre en œuvre une forme de régulation communautaire des problèmes liés aux usagers, par le biais notamment de réunions rassemblant tous les

¹³⁸ Élu à la santé.

¹³⁹ Coordinateur de la boutique.

¹⁴⁰ Élu à la santé.

acteurs de la communes, les résidants mécontents, les élus sceptiques, les familles de toxicomanes, et provoquer la confrontation nécessaire entre ces acteurs et les usagers de drogue pour favoriser le dialogue et l'échange entre les jeunes usagers du quartier et les riverains. Les intervenants jouent un rôle de médiateur, cette fois entre les usagers de drogue du quartier et les habitants du quartier. Peut-on parler de thérapie sociale communautaire ?

"Je me souviens de, il y a quelques années après leur implantation, il y avait eu quelques problèmes de quartier, on avait fait une réunion et l'équipe avait réussi à mobiliser des toxicomanes venus avec leurs parents, compagnons. Et cela avait été très intéressant parce qu'ils avaient accepté de sortir de l'anonymat et de se positionner comme toxicomanes en face de la population et en face des élus. Cette soirée s'était bien passée. La population a entendu pour la première fois le problème de ces toxicomanes, le problème des seringues, pourquoi... Cette soirée reste un souvenir particulier parce que ce n'est pas l'équipe qui a parlé mais les toxicomanes se sont exprimés. Ils ont parlé de leur comportement, pourquoi ils jetaient leurs seringues par exemple. C'est une gestion communautaire du problème..."¹⁴¹.

La boutique fonctionne ainsi comme un lieu d'accueil communautaire, ouvert à tous les habitants du quartier. Même s'il s'agit d'un lieu d'accueil destiné aux usagers de drogues, il n'est pas fermé aux autres personnes, tous peuvent y entrer librement, y être accueillis de manière conviviale, prendre un café, manger une madeleine et y trouver quelqu'un à qui parler. Des résidants peuvent se mêler aux usagers. À l'évidence, cette méthode et ce savoir-faire sont très efficaces pour combattre les fantasmes irraisonnés. En revanche, sur le strict point de vue de l'accessibilité du lieu aux usagers, on peut se demander si, par effet pervers, cette forme d'acceptabilité qui repose sur une adhésion communautaire, ne tend pas à institutionnaliser le lieu d'accueil et par conséquent ne dissuade pas les usagers les plus marginalisés de venir. Nous développerons de façon plus précise cette hypothèse dans la seconde partie de ce rapport relative à l'accessibilité des programmes d'échange de seringues aux usagers de drogue.

"Ici c'est beaucoup plus proche d'un lieu où les gens se connaissent, où les familles viennent parce que c'est un lieu d'écoute aussi pour les familles de proximité, pour les voisins, pour les jeunes et cela a donné autre chose qu'un lieu plus anonyme où on viendrait que pour des questions de toxicomanie. Là, il s'est passé beaucoup de choses dans cet endroit"¹⁴².

"Je les aime bien et j'ai toujours eu un accueil même si je vais moins au local parce que les horaires ne correspondent pas toujours, mais elles – et ils – ont toujours accueilli dans leur local tous les gens qui voulaient y entrer, même un gitan, des petites grand-mères qui avaient du mal à monter la côte à venir prendre un café ... et je crois que cela était adroit aussi. Plus il y a de monde à l'intérieur du local et moins les gens peuvent fantasmer sur ce qui se passe à l'intérieur du local"¹⁴³.

"J'ai eu l'occasion d'y aller une ou deux fois, ils (les usagers) vont de temps en temps prendre leur petit café, et même des gens qui n'étaient pas forcément toxicomanes, mais qui avaient des amis toxicomanes, des gens

¹⁴¹ Élu à la santé.

¹⁴² Coordinatrice d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

¹⁴³ Élu à la santé.

*marginalisés et qui avaient trouvé une écoute auprès des animateurs de cette boutique-là*¹⁴⁴.

d) S'affirmer et se faire reconnaître en tant que professionnels

Le feu vert obtenu de la municipalité, l'association peut commencer à travailler, mais souvent bénévolement avant d'être subventionnée et d'obtenir un local (souvent par la mairie). L'équipe des intervenants en toxicomanie doit tirer profit de ce temps de latence pour faire ses preuves, montrer qu'ils répondent à un besoin réel dans le quartier, celui des échanges de seringue, prouver leur utilité, et s'engager alors dans un processus jamais fini de persuasion à la fois auprès des riverains, des élus, des partenaires et de leurs financeurs.

*"Il a fallu convaincre. Ils ont travaillé pendant quelques mois, sans être rémunérés. Pendant ce temps-là, nous sommes restés en contact et ils m'ont expliqué ce qu'ils faisaient. Et après, ils ont commencé à être subventionnés et à mettre en application le projet"*¹⁴⁵.

*"C'est vrai qu'au départ, quand on est arrivé, les gens disaient qu'il n'y avait pas de drogués, pas de ceci pas de cela et puis, en fait, on leur a prouvé le contraire. On a travaillé bénévolement. On nous a presque demandé de montrer et prouver que monter une association comme nous, qu'il y avait lieu qu'elle soit là. On a travaillé pendant un an comme cela. On a bossé un certain temps bénévolement et on a construit notre place tout doucement mais sûrement puisque l'année d'après on a eu tout de suite des subventions. Ils ont trouvé que l'on avait fait un super boulot et que l'on avait démontré que la toxicomanie existait vraiment, à la mairie, à la DDASS, à tous les gens qui sont sensés t'aider avec argent ou matériel. Sans tous ces gens, on n'aurait rien pu faire : le local..."*¹⁴⁶.

Parallèlement, les intervenants en toxicomanie ont gagné et acquis une réputation de sérieux dans leur travail auprès de la population des résidents dont ils ont réussi à gagner l'estime, en régulant au besoin le mode de fonctionnement de l'association de façon à ne pas prêter le flan à la critique, sous peine de saper le long travail de conviction.

*"Et après, quand on a prouvé, ils ont vu que tout ce que l'on avait dit, on l'avait fait. Beaucoup disent qu'ils ne regrettent pas que l'on soit arrivé ici"*¹⁴⁷.

"Les gens nous disent qu'il y a des petits problèmes, des gens alcooliques qui viennent autour du local pour différentes raisons et cela posait une gêne dans le quartier. Les habitants sont venus m'en parler "cela nous ennuie, vous ne vous en rendez pas compte, aux alentours du local, il y a des gens qui stationnent, qui sont dans un état lamentable, des alcooliques..." mais jamais ce n'était une critique à l'encontre de l'équipe, c'est toujours "eux, ils font du travail". Ils ont quand même réussi à être estimés. C'est une équipe qui a su se faire estimer, elle dialoguait, elle discute beaucoup. Elle a su faire passer beaucoup de choses. Elle a su faire

¹⁴⁴ Directrice de la PMI située à côté de la boutique.

¹⁴⁵ Élu à la santé.

¹⁴⁶ Intervenant en toxicomanie.

¹⁴⁷ *Ibid.*

*passer que dans leur travail, il y avait des règles et qu'ils sont sérieux. Je n'ai jamais entendu quelque chose qui soit du raconter, du ragot à leur sujet*¹⁴⁸.

Se présenter, se faire connaître, se montrer et laisser voir : telle peut être la devise des intervenants en toxicomanie pour se faire accepter. Peu à peu, les gens du quartier mais aussi les politiques ont appris à connaître le travail des intervenants en toxicomanie et à reconnaître leur utilité (accueil, écoute, orientation sanitaire et sociale des toxicomanes, ramassage des seringues usagées qui contribue à l'entretien de la propreté de la ville). Ils ont fait connaissance, petit à petit, avec un nouveau type de professionnel qui s'occupe spécifiquement des usagers de drogues avec lesquels personne ne savait comment faire. L'association de réduction des risques est finalement perçue comme un lieu ressource qui répond concrètement à un problème social dans la commune que les acteurs municipaux ne savaient pas gérer. Au final, la réalité observée a fait taire les fausses idées et a calmé les visions d'apocalypse.

*"C'est vrai que quand cette boutique a été montée, par rapport à la toxicomanie, nous étions un peu en recul par rapport à cela. À cette époque, nous ne l'avions pas complètement intégrée. Ils sont venus se présenter à la PMI sans vraiment nous donner leurs fonctions exactes et puis ce qu'ils allaient mettre en place. Peu à peu, nous avons su comment ils fonctionnaient, il y avait des animateurs de rue qui passaient dans les quartiers, et puis dans leur petite boutique, on voit les personnes toxicomanes qui vont se nourrir, qui vont faire un petit peu de tout, je crois même qu'ils peuvent faire du repassage*¹⁴⁹.

*"Quand les gens trouvaient des seringues, ils savaient à qui le dire et on allait les ramasser, s'il y avait un problème ou quelqu'un qui va mal, au contraire, les commerçants nous les orientaient ici. Si quelqu'un n'allait pas bien, on lui disait monte à l'association, quelqu'un va s'occuper de toi. Cela a été tout doucement, et ils ont vu que ce n'était pas ce qu'ils pensaient. Il y a eu des problèmes, après, on peut reprendre le cours de l'histoire, des moments d'affluence, des moments de bagarre, qui ont réactivé des réticences, des problèmes d'alcool mais cela n'a pas été la montée en puissance de ce qu'ils redoutaient*¹⁵⁰.

La connaissance de l'existence d'un lieu et d'acteurs spécialisés dans la prévention des toxicomanies par les autres professionnels de santé permet à ces derniers de solliciter une forme de partenariat pour aboutir à une prise en charge adaptée des usagers qu'ils peuvent rencontrer en les orientant vers des acteurs compétents locaux. La possibilité d'un partenariat professionnel est un facteur d'acceptabilité qui finit par vaincre les réticences initiales provoquées par la proximité d'une boutique et par exemple d'une PMI.

Enfin, l'entretien de relations de partenariat des équipes de réduction des risques avec les élus santé, de façon continue et transparente, contribue à les pérenniser et à les optimiser. L'association informe en priorité les élus compétents lors de problèmes et, dans le même temps, prend en compte les difficultés de ces derniers dans leur travail de liaison avec la population. Elle se positionne en tant que partenaire à part entière, spécialisé dans la

¹⁴⁸ Élu à la santé.

¹⁴⁹ Directrice de la PMI située à côté de la boutique.

¹⁵⁰ Coordinatrice d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

prévention secondaire des toxicomanies ; intégrée dans le partenariat de la ville, elle est reconnue, en tant que telle, par tous les acteurs municipaux (groupe sida, service jeunesse).

e) Le travail et le temps de l'accommodement

Par la suite, les protestations se calment et les oppositions initiales se font peu à peu moins virulentes. La boutique est aujourd'hui plus ou moins tolérée par les riverains, comme s'ils s'en étaient accommodés tant bien que mal. La fréquentation massive des usagers de drogue suscitée par l'ouverture initiale s'est autorégulée. Néanmoins, les rassemblements de personnes dans un état physique délabré, sur le trottoir, devant la boutique, à la vue de tous, dont des enfants, choquent certains riverains et encouragent les plaintes. Nous savons cependant que les groupements sont composés non pas d'usagers de drogues mais, en grande partie, d'usagers d'alcool qui fréquentent de plus en plus la boutique. La cohabitation des deux types de population, toxicomane et alcoolique, n'est d'ailleurs généralement pas des plus harmonieuses et les disputes ne sont pas rares.

"Les réactions ont été négatives... au début, totalement. Maintenant, je ne dis pas pareil. J'entends des gens qui disent "cela a amené des poivrots" mais des poivrots, il y en a toujours eu. Ce n'est pas méchant, un poivrot, ce n'est pas un drogué, même si on peut comparer moralement les faits mais ce ne sont pas les mêmes substances. Et puis, il y en a combien ? Une dizaine... qui n'a pas sa dizaine de poivrots ? [...] Cela a changé, oui, je trouve qu'il y a moins de monde, moins de bruit, cela s'est tassé, je dois dire. Peut-être qu'au début, c'était la curiosité. Mais je ne connais pas du tout les chiffres. Je ne sais pas du tout si ils diminuent..."¹⁵¹.

"Et puis, il est vrai que lorsqu'ils s'amassent tous sur les trottoirs dans des états franchement délabrés, les familles qui continuent de se plaindre en disant "vous comprenez, il y a les enfants qui passent...", qui voient des gens dans des états pareils. Alors pour ma part, ce n'est pas choquant mais pour certaines personnes, cela l'est"¹⁵².

Après avoir combattu les fantasmes et les idées reçues par des campagnes d'explication et d'informations, par des négociations continues avec la population, l'accoutumance et l'accommodement gagnent du terrain.

"J'ai été vraiment étonnée car l'autre jour, je suis allée faire des commissions à "Coccinelle". Et est venue faire ses courses également une toxicomane du quartier. J'accompagnais ma mère pour qui je faisais les courses. Elle a laissé son caddy, et la personne toxicomane s'est trompée de caddy quand elle est sortie. Je la connaissais car cela m'est arrivé souvent d'aller au local et elle y était. Et la caissière m'a dit : "vous savez, elle n'a pas toujours toute sa tête, elle est toxicomane mais elle est honnête, je suis sûre qu'il n'y aura pas de problème, elle vous rendra votre caddy... Laissez-moi arranger la chose...". Et cela s'est passé comme cela. Il y avait une espèce d'acceptabilité de cette personne, alors bon il ne faut pas tout voir en rose, je pense que tout le monde n'a pas ce raisonnement-là mais c'était

¹⁵¹ Représentante de l'Amicale des Locataires.

¹⁵² Directrice de la PMI situé à proximité de la boutique.

complètement banalisé. "Elle n'a pas toute sa tête". J'ai trouvé la réponse de la caissière très zen. "Ce n'est pas grave, elle n'a pas toute sa tête, prenez son caddy pour prendre vos paquets..." et puis, cela a été fait"¹⁵³.

3*) Une acceptabilité réussie reste toujours provisoire

Encore aujourd'hui, l'implantation de la boutique ne serait pas tolérée par certains habitants, quand bien même ils reconnaissent l'utilité des actions de prévention secondaire des toxicomanies et le fait que les seringues traînent moins par terre.

"Non, elle ne l'est pas (acceptée). Je peux vous le dire, on l'a demandée pour l'amicale des locataires, on m'a dit c'est vrai sûrement qu'il faut faire quelque chose pour ces gens-là, mais pourvu que ce soit en pleine campagne et pas dans le milieu d'une ville, [...] ils viennent en amenant tous les copains d'Aubervilliers, de Gennevilliers, tous les machins en illiers qui se trouvent autour. On l'a eu au début. Et cela a amené pas mal de problèmes à ce moment-là. On les voit moins"¹⁵⁴.

Quel que soit le travail de séduction, de négociation, de sensibilisation et de conviction des équipes, relayé par les soutiens politique et médical, des irréductibles opposants demeurent. Par ailleurs, l'implantation d'une boutique même relativement bien tolérée peut être très vite remise en cause par un incident. Aujourd'hui encore, les gens restent sur le qui-vive et animés de méfiance.

"Maintenant dans le quartier, il y a les défenseurs et puis ceux que cela ne fait pas sourire. D'autre part, les heures d'ouverture sont plus restreintes, puisqu'ils ont ouvert un deuxième local. Mais cela fait longtemps que je n'ai pas rencontré de mécontents. C'est bien accepté, oui, c'est vrai. Mais rien n'est gagné, il suffirait d'un incident"¹⁵⁵.

Ou encore, même si la boutique est intégrée dans le paysage urbain, son acceptabilité est toujours tributaire de la versatilité des opinions des individus. L'équipe reste exposée aux réactions de déception amère, de désillusion et de rejets de familles qui ont porté tous leurs espoirs en l'association perçue comme *la potion magique qui va sauver leur enfant*¹⁵⁶, mais qui n'a pas pu empêcher sa mort. Du coup, certaines familles en concluent que les actions des intervenants en toxicomanie n'ont pas d'utilité réelle. Néanmoins, il ne s'agit pas là d'une généralité, bien au contraire, d'autres familles se rendent compte de l'importance de l'existence d'un tel lieu pour leur enfant usager de drogue qui y trouve un appui relationnel constant et des conseils qu'il entend parfois ; d'autres encore voient leur enfant "décrocher" et s'insérer dans la vie ordinaire (travail, famille). L'utilité de ces équipes de prévention apparaît alors manifeste.

¹⁵³ Élu à la santé. Cette aventure nous a été également contée par le directeur du centre municipal de santé. Nous ne savons pas *in fine* lequel des deux est le protagoniste de la scène !

¹⁵⁴ Représentant de l'Amicale des Locataires.

¹⁵⁵ Élu à la santé.

¹⁵⁶ Intervenant en toxicomanie.

Ou encore, certains manifestent violemment leur rejet des usagers de drogues injectables : le chargé de mission sécurité urbaine observe que des groupes de jeunes du quartier pratiquent "la chasse aux toxicomanes" qu'ils limitent à ceux qui se piquent.

4°) Une façon de faire parmi d'autres : une question de contexte local

La démarche de démocratie de proximité auprès des populations, en amont puis en aval de l'implantation d'un lieu d'accueil pour les usagers de drogue, n'est pas une méthode partagée et reconnue unanimement par toutes les équipes de réduction des risques en France¹⁵⁷. Grosso modo, deux façons de procéder s'opposent.

La première est celle dont nous venons d'exposer les étapes et les modalités, la démarche de démocratie de proximité auprès des riverains qui préconise une méthode de conviction douce axée, d'une part, sur l'information, la sensibilisation, l'explication sur la nécessité, le besoin et les objectifs de la prévention secondaire des toxicomanie, et, d'autre part, axée sur la concertation et la négociation avec les populations environnantes. Cette méthode valorise la prise en compte des opinions et des réactions de la population et l'aménagement des modalités de fonctionnement de la structure associative, au fur et à mesure des événements qui se manifestent, en fonction du contexte sociologique, social et politique du lieu d'implantation. Cette méthode vise à faire participer le citoyen à une démarche de prévention de santé publique, qui de ce fait concerne tout le monde. Elle s'appuie ainsi sur une dimension communautaire de la prise en charge des usagers de drogue dans un quartier donné, souvent choisi parce que touché par la drogue et le sida, en essayant d'impliquer concrètement les personnes dans le destin des jeunes toxicomanes.

À l'inverse, partant du principe qu'une boutique ne sera jamais tolérée par les riverains, les tenants de la seconde tendance adoptent la méthode plus radicale de l'imposition de l'implantation d'un lieu d'accueil pour les toxicomanes. Ils dénie toute valeur, utilité et efficacité à la méthode de persuasion de la population environnante, basée sur la concertation et la négociation en amont de l'implantation.

"Alors, voilà, nous nous y sommes pris comme cela, mais c'est encore un débat encore tout récent. Il y a encore des équipes qui ne sont pas d'accord avec notre façon de faire, qui pensent que c'est de la démagogie, que quand on a une conviction et qu'on défend une politique, il faut l'imposer, que si on demande trop l'avis aux gens, on n'arrive jamais à rien faire, et que, en gros, je caricature mais c'est positif, on impose un projet, on s'y met et on le fait reconnaître. Si on veut trop concerter, on n'arrive à rien parce qu'imaginez que les gens ne soient pas d'accord, finalement.... En tout cas, il y a eu un débat vif sur ces différentes approches. [...] c'étaient des rencontres nationales ou Île-de-France. Pas la journée des boutiques. C'était la journée de la MILDT, et puis des discussions sur, par exemple, la boutique qui a ouvert à Nanterre en 1992, des discussions de fond.

"Je crois qu'il faut d'abord connaître le secteur, le contexte dans lequel on travaille. Il y a des terrains différents, des contextes politiques différents, une approche différente, une implantation différente. C'est comme cela que nous avons avancé mais dans le contexte que l'on avait. Peut-être que si on aménageait, mais je pense que l'on aurait la même approche de

¹⁵⁷ Nous l'ignorons pour l'étranger.

toutes façons, mais il y aurait des aménagements différents en fonction de ce qui se passe. On n'avait pas défini une stratégie, on l'a pas tenue date par date. On s'est adapté aux événements et on a réfléchi à comment faire, en fonction de ce qui se passe au fur et à mesure. On a toujours pensé qu'il fallait se concerter, que les gens soient partie prenante et n'aient pas l'impression d'être traités comme si on leur imposait des choses et qu'ils n'avaient pas leur mot à dire. C'est ma position. Mais maintenant, il y a beaucoup de façons différentes de moduler tout cela en fonction du contexte¹⁵⁸.

5°) Les critères de choix valorisés du lieu d'implantation d'une boutique

Les critères de choix du lieu d'implantation d'une boutique cités par les acteurs rencontrés¹⁵⁹ visent à ce que la boutique puisse être *a priori* acceptable pour les gens du quartier. De prime abord, la démarche n'est pas d'imposer la proximité d'une boutique aux riverains, du moins pour ce qui concerne la démarche mise en œuvre pour l'acceptabilité de la boutique examinée dans ce rapport ; nous verrons dans le chapitre suivant que les démarches d'implantation sont en effet diverses. Les personnes interrogées préconisent ainsi un lieu d'implantation qui soit :

- Discret, autrement dit qu'il ne soit pas trop visible.
- Situé dans un lieu de passage anonyme et banalisé (une grande avenue).
- Situé dans un lieu, neutre, qui ne soit pas "marqué" socialement comme le territoire de la cité ou de la bande *lambda*, ce qui risquerait de dissuader les usagers des autres cités d'y venir (partie 2).
- Situé hors d'une zone résidentielle.
- Desservi par les transports en commun (bus et métro).
- Hors d'un lieu de relégation.
- Situé aux carrefours des villes et des départements.
- Situé proche d'un centre-ville.
- Accessible aux usagers de drogue (partie 2).

Les promoteurs de l'implantation d'une boutique dans un quartier proche du centre-ville invoquent le fait que cette situation géographique est plus favorable à la réinsertion des usagers qu'une implantation dans un lieu excentré, dépeuplé, proche d'une zone de relégation et de ségrégation. Néanmoins, pour certains, si, d'un côté, l'implantation d'un centre d'accueil pour toxicomanes dans un quartier résidentiel, peut permettre à des usagers de drogue d'y avoir accès plus facilement, d'un autre côté, cette proximité les oblige à poursuivre, parfois contre leur gré, la fréquentation des autres usagers qui viennent dans ce lieu d'accueil qui risque de perturber leur démarche de "décrochage" de la drogue. Mais il est vrai aussi que si la boutique est excentrée, les usagers s'y rendront moins facilement. Le choix du lieu d'implantation oscille constamment entre les conditions d'acceptabilité d'un lieu d'échanges de seringues par l'environnement et les conditions d'accessibilité d'un lieu

¹⁵⁸ Coordinatrice d'une association de réduction des risques liés à la toxicomanie.

¹⁵⁹ Ici, tour à tour par un commissaire de police, un élu santé, un intervenant en toxicomanie, une puéricultrice, responsable d'un centre de Protection Maternelle et Infantile situé à proximité.

d'échanges de seringues pour les usagers de drogue. Les unes et les autres ne semblent pas s'accommoder.

Un dernier critère de choix du lieu d'implantation d'une boutique a été mentionné, mais une seule fois, et qui cependant a servi de critère principal de choix du quartier d'implantation de la boutique : celui de la stabilité du quartier et de sa forte structuration associative. Le quartier a été choisi parmi d'autres parce que doté de nombreuses associations de différentes obédiences et animé d'un fort esprit militant. Le quartier est apparu donner les gages d'une stabilité et d'une structuration collective favorables à la compréhension des actions d'échange de seringues aux usagers de drogues mais aussi à l'intégration d'une autre association, ses actions fussent-elles sujettes à fortes controverses. Le quartier a été choisi parce que perçu comme suffisamment solide également pour subir et assumer les perturbations inévitables suscitées par l'implantation d'un lieu d'accueil pour les usagers de drogue. Avec le temps, on s'aperçoit que le diagnostic était juste.

Conclusion

Pour conclure ce point, nous ferons deux remarques sur la démarche de démocratie de proximité qui est apparue fonctionner comme un vecteur de régulation sociale locale favorable à l'acceptabilité d'une boutique par la population.

- Sans trancher pour l'une ou l'autre méthode d'implantation, il nous semble que, avant tout et pour rejoindre les propos précités, la façon de procéder à l'implantation d'un lieu d'accueil destiné aux usagers de drogue dépend du contexte sociologique, social et politique de la commune et qu'il s'agit de savoir correctement le cerner et l'évaluer, ce qui n'est pas une démarche aisée. Il s'agit, pour prendre une métaphore médicale, d'avoir les compétences pour "prendre le pouls" d'un quartier.

- Un dernier critère concernant l'acceptabilité d'un lieu d'accueil pour les usagers de drogue par la population environnante peut être mentionné : celui de la durée d'existence d'une boutique dans un lieu donné. Au vu du travail de persuasion de la population effectué par l'équipe des intervenants en toxicomanie, on constate que la vie quotidienne des résidents se trouve relativement perturbée et qu'ils peuvent ressentir l'implantation d'une boutique, *in fine* et quoiqu'on fasse, comme une imposition, comme une concession à la solidarité de la communauté supportable certes, mais parfois lourde. De ce fait, peut-on penser que la durée d'existence d'une boutique peut être limitée dans le temps, pour, à un moment donné, "soulager" les riverains ?

"L'endroit, on le trouvait bien mais il y en a d'autres où ce serait bien aussi. Cela dépend aussi de la conjoncture. On se dit que peut-être ce serait bien d'alterner, d'aller à un autre endroit, de laisser les gens du quartier se reposer"¹⁶⁰.

¹⁶⁰ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

V - L'acceptabilité des lieux de stationnements du bus par la population

L'acceptabilité des lieux de stationnements du bus par l'environnement est un processus qui apparaît moins lourd à mettre en œuvre et à faire passer que celui de l'implantation d'une boutique. Cependant, les difficultés sont réelles, mais elles portent sur des points quelque peu différents et leur raison d'être a trait justement au mode d'approche spécifique des usagers de drogue qui est utilisé.

La médiation d'un bus pour aller au devant des usagers de drogue les plus marginalisés comporte certains avantages d'acceptabilité par l'environnement mais aussi d'accessibilité non négligeables pour les usagers (que nous verrons dans la seconde partie de ce rapport).

1) Évaluer et prendre en compte le contexte local*

Dispositif mobile, le bus permet de se rendre au plus près des quartiers et des cités touchés par la drogue, dans des endroits parfois relégués socialement et économiquement, dans des villes malheureusement peu dotées voire dépourvues de structures et d'équipes accueillant ou dispensant des soins spécialisés aux toxicomanes, ou encore qui ne bénéficient pas de l'implantation de distributeur automatique de seringues, voire des communes où l'opposition farouche des élus interdit l'implantation d'un programme d'échange, dans ce cas, le stationnement du bus ne peut se faire que sur un terrain privé.

Les conséquences d'une situation socio-économique défavorable et la relégation de certaines cités de la banlieue parisienne tendent à détériorer le lien social, créent un climat délétère et entraînent de façon pernicieuse la croissance du sentiment raciste. Ce contexte social exacerbé ne favorise pas la solidarité collective, la tolérance et la compréhension des pratiques d'échanges de seringues aux toxicomanes.

"[...] Et puis dans la ville, ça n'a rien à voir avec la toxicomanie, c'est un autre problème, on se heurte quand même à une forte proportion de la population qui devient raciste alors si on fait ça dans leur quartier alors là, c'est dû à une situation économique exaspérée, tous les démons, tous les maux, ici il faut le dire, les gens raisonnent comme ça, viennent des immigrés"¹⁶¹.

Par ailleurs, les intervenants en toxicomanie qui font fi de l'opposition des élus locaux par le truchement d'un stationnement dans un espace privé, subissent néanmoins les campagnes de déstabilisation et de discréditation orchestrées à leur encontre par ces politiques, auprès des populations, et dont le credo est de dire que le bus fait venir des toxicomanes. Cependant ces élus omettent de prendre en compte et de dire que c'est le bus qui vient à la rencontre des toxicomanes habitant leur ville.

"Mais, ils ne sont pas bien vus encore. Certains pensent que depuis que le bus est là, c'est de leur faute s'il y a plus de toxicomanie, les personnes du côté des hautes sphères... pas des gens de la ville, les sphères politiques, en disant que depuis qu'il y a le bus, cela amène des drogués."

¹⁶¹ Élu santé.

Mais c'est faux, ce n'est pas peut-être qu'il y en ait moins, mais ils viennent aux renseignements. Il n'y a pas plus de toxicomanie parce qu'il y a le bus. C'est une grossière erreur. C'est une mauvaise image"¹⁶².

C'est ainsi que tout comme pour l'acceptabilité d'une boutique, les réactions des populations locales sont partagées, certains tolèrent les actions d'échanges de seringues à partir du bus, d'autres les perçoivent très mal, soupçonnant des activités de divers trafics de drogue. Donner des seringues propres aux usagers est perçu par les gens, et parfois par les acteurs locaux, qui vivent "dans la normalité" comme une incitation à se droguer ; ils ne comprennent pas le but de ces actions destinées aux toxicomanes et les acceptent très mal. Les oppositions peuvent se traduire notamment par des réactions de destruction sauvage des boîtes de stéribox que les intervenants en toxicomanie distribuent aux usagers de drogue.

"La population l'accepte très mal, j'en suis persuadée. La petite mamie qui n'a jamais touché un verre de whisky dans les grandes occasions, dit "en plus, on les aide, on favorise la toxicomanie". C'est ce que disent les gens parce que des gens avaient écrasé des seringues. À l'époque, on distribuait des packs – je ne sais plus qui faisait cela – avec un préservatif, une seringue, et puis, je crois que des gens, et je ne sais pas si ce n'était pas des pompiers ou des policiers d'ailleurs qui avaient pris ces trucs et les avaient piétinés. Vous voyez, cela peut être très mal perçu, parce que perçu comme un encouragement. Alors qu'en fait, ce n'en est pas un du tout et j'en suis persuadée. Personne n'encourage les gens à se droguer. On n'est pas fou mais pour les gens qui ont vécu dans la normalité, qui ne sont pas policiers parce que nous voyons tellement de choses incroyables..."¹⁶³.

En outre, les stationnements du bus dans les quartiers sensibles peuvent être perçus par les habitants comme une intrusion sur leur territoire de vie fermé aux "étrangers", ceux qui ne font pas partie de la cité. La réponse au franchissement des frontières symboliques de la cité peut s'exprimer par des agressions du bus à coup de pierres, par des insultes lancées aux intervenants ou encore par des tentatives de vols à l'intérieur du bus.

D'une autre manière, la pénétration des cités par le bus peut être rendue impossible par l'installation de bornes de sécurité à l'entrée des cités protégées, bornes destinées à contrôler indirectement et sélectionner les entrées.

2*) Des méthodes d'acceptabilité hétérogènes selon les contextes locaux

a) Négocier l'autorisation de stationner dans un lieu

L'équipe de réduction de risques, après avoir repéré les lieux susceptibles d'être fréquentés par les usagers de drogue, ne peut pas les investir sans au préalable demander l'autorisation d'y stationner en vue d'effectuer des échanges de seringues.

¹⁶² Directeur d'une maison de quartier privée.

¹⁶³ Commissaire de police.

Si le lieu sélectionné se situe dans un espace privé, le parking d'une maison de quartier par exemple, les intervenants doivent démarcher le propriétaire en expliquant leurs activités et leurs buts afin obtenir son autorisation. Ce dernier, notamment dans une ville où les élus refusent toute implantation d'un programme d'échanges de seringues, se démarque totalement de la politique municipale et utilise sa liberté de citoyen et le mandat de son statut de directeur d'une maison de quartier privée pour faire sa propre politique de gestion de la maison de quartier, en toute légalité.

"(les intervenants en toxicomanie) Ils sont venus me voir. On a discuté. Au départ, je ramassais les seringues parce que personne ne voulait les ramasser, il y en avait partout. Je l'ai signalé à l'hôpital. J'ai des containers, j'ai ramassé, il y en avait partout. L'association est arrivée. [...] Une autorisation à qui ? Je suis le directeur, je fais une demande à ma direction ? Normalement, j'aurais pu mais j'estime que c'est pour le bien de tous et cela va dans l'intérêt de la société, donc je ne vois pas"¹⁶⁴.

"Quoi la mairie ? Je ne vois pas la mairie venir me dire "Monsieur, je ne veux pas que le bus vienne s'installer sur le parking". Je leur répondrais "En quel honneur ? Cela ne fait pas bien ?". Ils n'auraient aucun argument valable à me sortir. Surtout que cela va dans l'intérêt des jeunes et des moins jeunes... Cela va vraiment dans l'intérêt de la santé des gens. [...] Mais je ne veux pas trop parler là-dessus (les élus)"¹⁶⁵.

L'autorisation de stationner n'est parfois pas donnée explicitement. Le propriétaire des lieux, lieux pouvant être le parking d'un centre commercial, ne répond pas alors aux sollicitations de rendez-vous de l'association mais tolère les stationnements réguliers, en connaissance de cause, puisqu'il a été informé de la chose, sans avoir pour autant donné un aval officiel.

Lorsqu'il s'agit d'un espace public, l'autorisation est donnée par la mairie. La demande d'autorisation se confond avec l'acceptabilité des élus de l'implantation d'un programme d'échanges de seringues à partir d'un bus. Mais la démarche de la demande d'autorisation de stationnement et de l'information au responsable du lieu municipal (une maison de quartier) va ensuite de soi. Reste aussi que les élus peuvent suggérer fortement à l'association tel lieu de stationnement plutôt qu'un autre.

b) Stationner près d'un quartier où les gens sont sensibilisés à la prévention secondaire des toxicomanies

c) Stationner en zone "suisse"

Certaines zones de la banlieue parisienne peuvent être traversées de frontières symboliques fortes et marquées socialement d'appartenance à un groupe social d'habitants. Les rixes de bandes de jeunes issues de cités différentes font parfois la une des journaux. Les

¹⁶⁴ Directeur d'une maison de quartier privée.

¹⁶⁵ *Ibid.*

guerres de territoires ne sont pas seulement imaginaires. De nombreuses études sociologiques en témoignent. Aussi, est-il préférable de choisir un lieu de stationnement neutre socialement où le brassage social est la règle reconnue et acceptée par chaque catégorie d'habitants.

"Le lieu est bien parce qu'il y a des jeunes, du passage... La mosquée, c'est pour faire un brassage. On avait des trames sociales très bien. En ce moment, c'est un peu différent parce qu'on manque de moyens, mais on avait des trames sociales très bien. Tout le monde sortait d'ici en bons termes, tout le monde s'entend bien et on reçoit tout le monde. Ici, c'est la Suisse, si tu as un problème, tu es le bienvenu. Il n'y a pas de problème de territoire. Jamais. Cela peut être le cas dehors. Ils peuvent aller dans la cité d'à côté et se battre. C'est important que le bus soit ici parce que c'est une zone neutre au niveau du territoire. [...] Qu'il soit ici ou là-bas, de toutes façons, il est neutre. Il est là parce que c'est pour le quartier mais il est là pour tout le monde. Il est neutre, n'importe qui vient et a besoin de préservatif, on en donne. Et c'est bien, surtout au niveau de l'information, j'ai des plaquettes, j'ai tout. On peut expliquer, ne faites pas cela, si tu n'as pas, ne fais rien"¹⁶⁶.

Même dans les villes où l'opposition politique est notoire, le bus est relativement bien accepté par la population. Cependant, la règle est de ne pas stationner à l'intérieur d'une cité mais à proximité. Les "jeunes" des cités distinguent fortement les consommateurs de drogues : pour eux, fumer des joints de shit n'est pas avoir une conduite addictive, à l'inverse de prendre des drogues injectables ; ces "jeunes" en effet n'acceptent pas les toxicomanes qui s'injectent de la drogue. De plus et paradoxalement, ces mêmes "jeunes" viennent au bus s'approvisionner en préservatifs. Aussi, peuvent-ils vérifier, avec le temps et surtout par leur propre pratique de prévention des maladies sexuellement transmissibles, que la prévention sanitaire est utile.

"Le bus est plutôt bien perçu par l'environnement mais c'est vrai qu'on ne peut pas se mettre à l'intérieur de la cité parce que c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui stigmatisent le bus, qui sont contre les toxicomanes, surtout ceux qui se piquent, et pourtant c'est des jeunes qui fument quinze joints mais pour eux c'est pas une drogue, pourtant ç'en est une. Mais on n'a jamais eu de problème et puis il y a la connaissance, moi je connais ces sites, je connais ces coins-là, non il y a quand même un respect et puis on s'aperçoit que les jeunes ils viennent quand même chercher des préservatifs, même si ils sont contre les toxicomanes mais c'est un contact court. Moi je pense qu'avec le temps ils voient bien que c'est très utile aussi bien pour eux que pour d'autres gens"¹⁶⁷.

d) S'allier un médiateur entre les usagers et les intervenants en toxicomanie sur le lieu de stationnement du bus

Mieux vaut stationner sur un territoire protégé par la médiation d'un acteur de proximité influent et où les intervenants en toxicomanie sont en sécurité. Le directeur d'une maison de quartier d'une cité joue le rôle de trait d'union entre les usagers de drogue de la cité et les

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Intervenant en toxicomanie.

intervenants en toxicomanie. Maillon d'une chaîne de médiateurs et de relais dans le processus de prise en charge des toxicomanes, ce personnage reconnu par les "jeunes" et doté d'une certaine aura dans le quartier favorise l'acceptabilité du bus par les usagers et par la population, et pérennise les actions de prévention secondaire des toxicomanies en distribuant messages de prévention continus, préservatifs et seringues propres sur demande.

La sensibilisation de la population à la prévention secondaire des toxicomanies et, en particulier, l'explication du principe de l'échange de seringues aux usagers de drogue à partir d'un bus sur le parking d'une maison de quartier, peuvent ainsi être effectuées par le responsable d'une maison de quartier qui est en contact journalier avec les jeunes de la cité. Il tient le rôle de médiateur entre les intervenants en toxicomanies et les jeunes, voire les familles et favorise ainsi l'acceptabilité du bus.

"Je fais le trait d'union avec le camion et eux font le trait d'union avec la structure, se déplacent. [...] On le met au plus près de la structure. S'il y a quoi que ce soit, on est à dix mètres. Le bus peut faire le trait d'union et dire "si vous voulez des kits, il y a une structure pas très loin, là, et vous pouvez y aller"¹⁶⁸.

Par ailleurs, le stationnement du bus sur le parking d'une maison de quartier municipale favorise et entretient le développement du travail partenarial relatif à la prévention des toxicomanies chez les "jeunes".

"C'est vrai que le contact avec l'association, ce qui est intéressant, à titre d'association, c'est de pouvoir associer cette association avec des initiatives que nous pouvons mettre en place sur le quartier, par exemple l'association avait participé à des fêtes de quartier en proposant un stand avec un jeu de société autour de la prévention, c'était un jeu de société destiné aux jeunes avec une exposition. Cela renforce un partenariat. Pour les droits de l'enfant au mois d'octobre et l'initiative que l'on voulait mettre en place autour de la toxicomanie, parce que c'est vraiment un problème sur le quartier"¹⁶⁹.

De la même façon, les autres acteurs associatifs locaux bien implantés dans les cités sensibles, proches des habitants, sont aussi à même de jouer le rôle de relais des actions de prévention secondaire des intervenants en toxicomanie auprès de la population.

"Je crois qu'il faut travailler avec méthode [...] en plus on a des associations, je pense aux "Femmes Relais" qui sont bien implantées sur le quartier avec qui on peut travailler, qu'on peut avoir comme relais, qui peuvent nous aider sur ce problème-là, dans ces quartiers difficiles, avec des gens relais sur le terrain, moi je pense qu'il faut toujours associer les gens relais parce que c'est eux qui peuvent nous aider parce que je pense que c'est vrai même si on installe un truc d'échange de seringues si personne n'est là pour faire le relais avec les jeunes qui se droguent ça servira à pas grand-chose je dirais, ça servira mais ce sera plus long que si, je pense qu'on ne peut pas travailler sans relais de terrain et des gros acteurs associatifs, on n'était pas arrivé là dans notre réflexion"¹⁷⁰.

¹⁶⁸ Directeur d'une maison de quartier privée.

¹⁶⁹ Agent municipal dans une maison de quartier.

¹⁷⁰ Élu santé.

e) Jouer de la visibilité ponctuelle du bus

Un bus passe. Un bus stationne. Les gens le remarquent. La curiosité des gens s'attise et ils finissent par savoir que le bus sert de lieu d'échange de seringues pour les usagers de drogue. Le choix des routes empruntées par le bus qui passe, par exemple, devant, pour être vu, ou derrière, pour ne pas être vu, la mosquée du coin, et le choix du lieu de stationnement sur le parking grillagé, offert aux regards, d'une maison de quartier située au bas des tours d'une cité, ne sont pas innocents. Ils répondent à des stratégies de visibilité calculée ayant pour but d'accommoder le regard, de banaliser le passage et le stationnement du bus, en douceur, au fil du temps. À force, l'attention des gens n'est plus spécialement éveillée et les activités du bus s'intègrent dans le paysage et dans les choses quotidiennes de la cité.

"Il y a une mosquée à côté. C'est un peu fait exprès aussi de mettre le bus là. Le bus ne passe plus derrière, mais devant. C'est un petit détail mais c'est important. Je vois tout, je suis sur le terrain, je suis dehors. En réalité, c'est bien d'être directeur mais ce n'est qu'un mot. C'est d'être dehors, dans les halls, aller discuter, quand il y a quelque chose, il faut y aller. Au début, c'était mal vu, maintenant cela va mieux, ça s'est noyé dans le paysage. Je suis sûr qu'ils ne s'y attendaient pas. Donc, c'est positif"¹⁷¹.

f) Varier les lieux de stationnements du bus

Sur la demande de l' élu à la santé, l'équipe des intervenants en toxicomanie a varié ses lieux de stationnements non seulement pour renouveler l'approche des usagers mais aussi pour éviter de susciter des manifestations d'opposition, notamment de la part des commerçants. Une implantation mobile semble en effet plus acceptable par les riverains qu'une implantation fixe et durable. Enfin, le changement des lieux d'implantation permet une plus grande publicité sur leurs actions de prévention secondaire des toxicomanies, contribue à une accommodation progressive des gens au bus, démystifie le bus et chasse les fantasmes.

Varier les lieux de stationnements de bus est utile également pour déjouer les guerres d'appropriation de territoire entre les "jeunes" des cités et pour éviter ainsi que les marquages territoriaux symboliques empêchent les usagers de la cité a, de venir chercher leur seringue propre ou leurs préservatifs, au bus stationné dans la cité b. Et *vice versa*.

3*) Les critères valorisés des stationnements de bus

Les lieux de stationnements cités sont parfois contradictoires, nous rappelons qu'ils sont liés au contexte d'implantation, lequel est aussi évolutif¹⁷² :

¹⁷¹ Directeur d'une maison de quartier privée.

¹⁷² Pour exemplifier la contradiction des critères et l'effet de contexte : *C'est au même moment que se mettent en place les programmes expérimentaux d'échange de seringues (octobre 1989) qui supposaient que des élus locaux se positionnent positivement sur la prévention secondaire. Dans un premier temps, il s'agit simplement*

- Dans les zones vierges ou éloignées de structures sanitaires destinées aux usagers de drogue (accessibilité).
- À proximité des quartiers excentrés et qui sont très mal desservis par les transports en commun.
- Dans un endroit extrêmement discret.
- Pas devant un édifice public.
- Pas sous le regard des habitants.
- Pas dans une cité.
- Pas dans une impasse (notion du sentiment de sécurité des usagers par rapport à la police).
- Sur des parkings : maison de quartiers privées et publiques.
- Accessible aux usagers.

VI – L'acceptabilité du lieu d'implantation d'un distributeur automatique de seringues

1°) Un travail partenarial local

L'acceptabilité de l'implantation d'un distributeur de seringues par l'environnement pose moins de problèmes dans la mesure où il ne s'agit pas d'un lieu destiné à l'accueil des usagers de drogue. Les riverains ne sont pas importunés par les flux variables des usagers de drogue à proximité de leur domicile, sur "leur" espace public de vie quotidienne, espace qu'ils se sont appropriés de façon presque privative : "mon" quartier, "ma" rue, "ma" place, "mon" trottoir... Les micro-conflits liés à l'appropriation symbolique du territoire entre les habitants et les usagers de drogue, notamment ceux qui viennent "d'ailleurs", n'ont pas lieu d'être. Les échangeurs de seringues sont effectivement situés dans des zones urbaines de transit où personne n'a le sentiment de "chez soi".

En outre, généralement, les gens ignorent l'utilité du bloc massif posé là comme un point d'interrogation. Les passants interrogent alors les intervenants en toxicomanie lorsqu'ils les voient recharger le distributeur de boîtes inconnues. À la suite de l'explication fournie par les intervenants, les personnes sont, dans un premier temps, choquées, elles assimilent la démarche à une incitation à se droguer. Une seconde explication patiente, argumentée et pédagogique finit par les convaincre de l'utilité, au moins de salubrité publique, d'un tel distributeur-récupérateur de seringues. On en trouvera moins par terre.

En fait, le travail d'acceptabilité se fait essentiellement en amont de l'implantation d'un échangeur de seringues et les personnes à convaincre sont d'abord les élus à la santé qui

d'accepter l'installation sur un quartier des bus devant effectuer l'échange de seringues. Sur la Seine-Saint-Denis, le maire de La Courneuve refuse, celui de Saint-Denis accepte. Le problème se reporte sur la localisation : le bus ne doit pas être trop visible par les habitants ; l'activité doit se faire discrètement. On redoute une réaction de rejet de la population. Le bus de Saint-Denis sera placé de telle façon que même les usagers de drogues auront du mal à le trouver. C'est sur Aulnay-sous-Bois que cette action trouvera toute son efficacité : sur la cité de la Rose des Vents (3 000 logements) l'héroïne est alors exploitée "à ciel ouvert" ; les trafics autour du café du Gallion sont visibles par toute la population. Le bus ne choque pas, au contraire, il vient inscrire sur un quartier à la dérive comme une balise d'action publique pour des problèmes sur lesquels on n'imagine plus la possibilité d'une action locale, in Joubert, Alfonsi, Jacob, Mougins, Weinberger, 1998, 13.

joueront ensuite le rôle de relais médiateur avec les autres élus et la population éventuellement. Face à une opposition éventuelle des habitants concernant l'implantation d'un échangeur de seringues, ce qui arrive parfois, si les élus n'imposent pas l'implantation, en douceur, par la négociation, l'implantation avorte. L'investissement politique, quand les moyens matériels sont réunis, est nécessaire.

"Il a été question au début de la commission santé de la ville d'installer un, si ce n'est deux échangeurs et cela a capoté parce qu'en fait, on n'a pas trouvé d'endroit qu'on aurait jugé nous utile, sans réticences de l'entourage, si ce n'est, à un moment il a été question d'une bouche de métro mais il y a eu des hauts cris et en fait la ville a laissé tomber. L'autre ville a un petit peu insisté et finalement l'implantation, cela marche parce qu'en fait, quand on voit les chiffres, le totem est visiblement utile [...] Parce que les usagers de la ville prennent le métro et vont se fournir là-bas et c'est beaucoup plus anonyme, ils ne voient personne"¹⁷³.

Dans cette ville par exemple, la question actuelle de l'implantation d'un second distributeur automatique de seringues¹⁷⁴ rencontre l'adhésion déjà acquise de l' élu à la santé qui organise les recherches d'un lieu adapté en partenariat avec le coordinateur de l'association de réduction des risques, le médecin directeur des centres municipaux de santé et le responsable du service communal d'hygiène de santé et environnement. Le choix du lieu d'implantation d'un distributeur de seringues se fait sous la forme d'un partenariat restreint. Si l'idée naturelle de placer un distributeur de seringues sur les murs d'une pharmacie, tout comme un distributeur de préservatifs, a souvent été évoquée, elle n'a jamais pu encore se concrétiser dans la mesure où les pharmaciens sollicités par l' élu à la santé et le directeur des centres municipaux de santé notamment, ont toujours clairement refusé.

2*) Les critères valorisés des lieux d'implantation

L'implantation d'un distributeur automatique de seringues répond sensiblement aux mêmes critères que celle du local d'une association de réduction des risques :

- en centre-ville.
- dans un lieu de passage (sur une grande avenue).
- à proximité des transports en commun.
- intégrable dans le paysage urbain.
- discret de façon à passer inaperçu.
- pas à l'intérieur d'un quartier ou d'une cité d'interconnaissance.

L'implantation d'un distributeur automatique de seringues dans un lieu anonyme, neutre, sur un lieu de passage, s'intègre plus facilement dans le paysage urbain et ne suscite pas de réactions de rejet fort de la part de la population ; il ne pose pas de problème d'acceptabilité par les gens, essentiellement parce que ne pouvant l'identifier, ils ne le remarquent pas, ne le voient pas.

¹⁷³ Directeur d'une association de réduction des risques.

¹⁷⁴ Le premier distributeur de seringues se situe face à la marie, en centre-ville, à la sortie d'une bouche de métro.

À l'inverse, l'implantation d'un distributeur de seringues dans une cité peut ne pas être acceptée du tout par les habitants et risque d'entraîner sa destruction purement et simplement. Les raisons sont diverses. Dans les représentations sociales, l'échangeur signifie la présence d'usagers de drogues dans le quartier, lesquels attirent les dealers et le trafic de drogue. Or, certaines cités ont été gravement touchées par la drogue et le sida, des fratries dévastées. La douleur des familles et leur haine des dealers ne tolère aucun signe ayant trait à la drogue, elles refusent le monde de la drogue en tant que tel dans sa globalité et donc ce qui relève de la prévention secondaire. Soit les enfants peuvent le détruire par amusement comme tout autre édifice public, soit les adultes pour éviter la venue prédatrice des dealers.

"Les distributeurs de seringues, cela ne marchera pas. Aucune seringue ici. Déjà, avec le préservatif, c'est très discret, mais un distributeur de seringues ici, ils vont arriver avec une masse, ils vont tout casser. Les affiches que j'avais posées "faites l'amour mais pensez à vous protéger", ils ont arraché l'affiche. Je ne sais pas s'ils entreraient chercher les seringues. Fatalement, il est démasqué. Les gens qui ont perdu quelqu'un de leur famille comme cela ont la rancune, envers les dealers. Il va être déglingué par les petits pour amusement ou par les grands parce que pour eux, s'il y a un distributeur de seringues, ils vont se dire que fatalement, cela va attirer des toxicos, donc des dealers. Il y a un distributeur, donc des toxicos, donc quelque chose à vendre. En même temps de venir chercher des seringues, je peux vendre mes doses. C'est à double tranchant. Il faut penser à cela aussi. S'il y a seringue, c'est que le toxicomane n'est pas loin. Si je veux vendre mes doses, je n'ai pas besoin de les chercher, ils vont venir tout seul"¹⁷⁵.

VII – Les plaintes et les remontées d'information : une traduction indirecte de l'acceptabilité du lieu d'implantation d'un PES

Commissaires de police, élus ou chargés de mission sécurité urbaine, élus santé et gardiens d'immeuble sont les acteurs par qui remontent les informations officielles et informelles du terrain, par des plaintes déposées en bonne et due forme ou par des réclamations orales faites par les gens du quartier. Si l'on prend les plaintes comme indicateur de l'acceptabilité de l'implantation d'un lieu d'échange de seringues, les réponses des acteurs interrogés montrent qu'elles sont marginales. Peut-on en conclure qu'il existe une relative tolérance de la part des riverains aux programmes d'échange de seringues sur leur territoire de vie quotidienne ?

1°) Les commissariats

Les commissariats n'ont reçu aucune plainte émanant de personnes résidant à proximité des lieux d'échanges de seringues, qu'il s'agisse de la boutique ou des stationnements de bus.

¹⁷⁵ Directeur d'une maison de quartier privée.

Ils n'ont recueilli aucune remontée d'informations à ce sujet de la part des services de terrain¹⁷⁶.

On peut supposer que si plainte il y avait eu pour désordres publics contre une association de réduction des risques liés à la toxicomanie, les policiers connaîtraient mieux les équipes et les programmes d'échange de seringues évoluant sur leur territoire d'intervention. Dans le même sens, la plainte déposée par une association concernant des harcèlements sur le lieu d'échange de seringues par un ancien employé a suscité la curiosité et les interrogations du commandant de police. La relative ignorance des policiers concernant l'existence de structure de prévention secondaire liée à la toxicomanie signifie qu'il n'y a pas de "vague", que l'implantation dans un lieu donné d'un PES n'occasionne pas de troubles à l'ordre public, même indirectement, que les gens du quartier n'en prennent pas ombrage, en tout cas, pas autant qu'ils peuvent le dire, qu'ils tolèrent ces programmes ou encore que l'équipe et ses actions se sont fondues dans le paysage urbain local.

2*) *Les services sécurité urbaine de la ville*

De la même façon, selon les responsables de sécurité urbaine de la ville, leurs services reçoivent très peu de plaintes des résidents et des commerçants concernant les usagers fréquentant les PES. Les gens n'associent pas les problèmes de toxicomanies et de trafics à l'implantation d'un PES, même lorsqu'il s'agit d'une boutique. Ainsi, les plaintes, pourtant nombreuses sur le quartier d'implantation de la boutique enquêtée, illustrent plus un mal-être social et concernent principalement des désordres publics ponctuels et circonscrits occasionnés par les incivilités des "jeunes" qui investissent les halls d'immeubles, ou sont liées aux squats de caves, aux incendies de poubelles, ou encore, à la répression du deal et du trafic de drogue. C'est cet ensemble de délinquances qui nourrit également le sentiment d'insécurité. Les gens mentionnent parfois le danger pour les enfants que représentent les seringues qui peuvent traîner dans les bacs à sable. Mais ils ne mentionnent pas les usagers en tant que tels, sans que, selon l'un des responsables de la sécurité urbaine, ils fassent pour autant toujours clairement la distinction entre usagers et dealers. Ce responsable remarque qu'il s'agit-là d'un progrès par rapport aux premiers temps de l'implantation où les oppositions étaient fortes. C'est dire que l'implantation de la boutique est à ce jour relativement bien acceptée par les riverains.

3*) *Les élus à la santé*

Les élus santé sont les interlocuteurs privilégiés des gens du quartier pour recevoir les plaintes concernant principalement les désordres occasionnés par la visibilité des usagers d'alcool qui fréquentent la boutique. Les relations entre les usagers d'alcool et les usagers de drogue ne sont pas très bonnes, se compliquent très vite d'embrouilles et peuvent dégénérer ponctuellement en bagarre. Recevant les premiers les plaintes des riverains, les élus santé en avertissent l'association et mettent en place des stratégies de réponse adaptée.

¹⁷⁶ La seule plainte provient d'une association contre un de ses anciens employés licencié qui harcèlerait le bus.

4*) Les gardiens d'immeubles

Selon un chargé de mission sécurité urbaine, les gardiens d'immeuble sont ceux qui, de par leur travail, sont au plus près de la vie quotidienne des quartiers. Très peu font remonter des informations concernant les désordres liés à la toxicomanie ou alors ils se réfugient derrière un constat qui leur paraît briller d'évidence, celui du "tout le monde est au courant", sans fournir de plus amples précisions, estimant cet argument suffisamment éloquent. Leur attitude ambiguë se justifie en partie par la peur, la pression d'un chantage larvé, le désir de ne pas passer pour un délateur ou encore par leur grand scepticisme face à l'efficacité des pouvoirs publics. Néanmoins, ils manifestent une forte demande d'intervention des pouvoirs publics, à la manière d'une invocation muette. La répétition des vols quotidiens de prédation ajoutée à l'incapacité des forces de police à faire face aux délinquances quotidiennes renforcent le sentiment d'insécurité¹⁷⁷ des individus qui ont vu leur vie de quartier villageoise basculer dans une vie de quartier défavorisée économiquement et socialement (chômage) puis confrontée à la délinquance. Ce contexte social de crise emprisonne les individus dans une peur qui les fait se replier sur eux-mêmes et ne les incite pas à solliciter la protection de la police par crainte d'éventuelles représailles de la part des délinquants. Ce qui explique peut-être le silence des gardiens d'immeubles.

Néanmoins, un décalage, du reste courant, tend à se former entre ce qui existe et ce qui est dit, par un phénomène d'amplification souvent infondé, de l'ordre de la rumeur publique, notamment pour ce qui concerne le nombre de seringues ramassées dans les gaines techniques, les aires de jeux et plus généralement les espaces publics. Or, on en trouve beaucoup moins grâce au travail des équipes de réduction des risques, et du fait de l'évolution des pratiques de consommation de drogues et de la plus grande discrétion des usagers.

On aurait pu envisager un traitement quantitatif des plaintes globales pour évaluer leur fréquence. Cependant, on constate que les plaintes recouvrent en fait des phénomènes très différents et complexes, dont l'étude demanderait un travail d'analyse débordant le strict cadre de cette recherche.

Conclusion sur l'acceptabilité des PES

La recherche d'une voie médiane et d'un compromis "territorialisé" entre l'acceptabilité par l'environnement et l'accessibilité pour les usagers de drogues d'un programme d'échanges de seringues, notamment d'une boutique, est le point d'orgue de la problématique d'implantation. Cette voie médiane repose sur la prise de conscience, la reconnaissance et le traitement des besoins recensés en matière de prévention secondaire des toxicomanies sur le territoire d'implantation mais aussi sur la reconnaissance et la prise en compte des difficultés qui peuvent naître de la cohabitation entre une population marginalisée de toxicomanes et le reste de la population. Le point d'équilibre entre ces deux pôles est une affaire de négociations autour des différentes légitimités des usagers de la ville. C'est pourquoi les processus et les démarches d'implantation d'un PES ne sont pas encadrés de règles précises,

¹⁷⁷ Sur le sentiment d'insécurité et les enquêtes de victimation, cf. Zauberman, Robert, 1995. Les auteurs constatent que les services de police répondent faiblement aux besoins et aux attentes des victimes d'infractions qui restent insatisfaites ; ce sentiment d'insatisfaction renforce indirectement le sentiment d'insécurité.

ils se font à tâtons et relèvent avant tout d'actions expérimentales. Il n'existe pas de modèle unique de recherche d'acceptabilité d'un PES.

Les démarches d'acceptabilité des PES mises en œuvres par les associations de réduction des risques sont variables selon les modalités d'approche des usagers de drogue utilisées, boutique, bus, travail de rue, et sont tributaires du contexte d'implantation (topo-géographique, social, économique, partenarial, socio-sanitaire, culture de santé publique) et des conjonctures politiques. Il n'existe pas une méthodologie unique d'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues qui soit généralisable. Néanmoins, quelques méthodes ou façons de faire favorisent l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues :

- Organiser des cycles annuels de formations destinés aux professionnels (médecins de santé publique, médecins libéraux, pharmaciens, éducateurs, enseignants, infirmières scolaires, policiers...) et aux acteurs municipaux (élus et personnels municipaux), au contenu le plus concret et réaliste possible. L'enquête révèle que trop d'acteurs sont ignorants de ce que recouvre concrètement la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, de sa mise en œuvre pratique et de ses objectifs. Il n'est pas étonnant ensuite que des élus, des acteurs communaux ou des professionnels ne sachant pas "comment faire", se désintéressent de ce problème de santé publique et que les peurs et les fantasmes s'auto-nourrissent. Christophe Montaucieux écrivait ainsi : *Le réflexe qu'ont certaines des plus petites collectivités territoriales de confier à ces structures créées pour lutter contre la délinquance le soin de mener leur politique de prévention sida est révélateur de leur embarras à imaginer des réponses. Le relatif déficit de politiques municipales de lutte contre l'épidémie et de soutien aux malades dignes de ce nom ne serait pas tant dû à une absence de volonté des élus qu'à un manque d'expérience des villes dans le champ de la santé publique*¹⁷⁸. La sociologue Françoise Gill, à l'issue d'une enquête qui visait à *déceler les conditions d'émergence ou d'absence de politiques préventives communales dans le département de la Seine-Saint-Denis*, notait de même : *L'absence de tradition de santé publique fait que la seule volonté politique ne suffit pas pour mettre en place un dispositif conséquent. Ce sont d'ailleurs ces municipalités qui demandent très explicitement un soutien logistique de l'État, l'apport d'un savoir-faire*¹⁷⁹.

- Obtenir le soutien politique de la commune par le biais des élus à la santé.

- Mettre en œuvre une campagne continue d'information, de sensibilisation, d'explication sur la prévention secondaire des toxicomanies par voie intraveineuse, sur les buts sanitaires de l'échange de seringues aux usagers de drogue, campagne qui soit portée par l'ensemble du partenariat précité et incluant les acteurs associatifs relais et/ ou influents ayant un lien direct ou indirect avec la toxicomanie, à partir de :

- . réunions de quartiers destinées aux mères, aux pères, et surtout adaptées aux différentes catégories de "jeunes".

- . formations (cf. *supra*).

- . distributions de prospectus informatifs dans les boîtes aux lettres.

¹⁷⁸ Montaucieux, 1994, 30.

¹⁷⁹ Gill, 1994, 34. Cet article est issu d'une enquête commanditée en 1992 par l'Association Française de Lutte contre le Sida et la DDASS de la Seine-Saint-Denis, menée par entretiens semis-directifs et par questionnaires aux élus locaux sur leurs représentation personnelle, sur les besoins qu'ils estimaient nécessaires sur leur commune et sur ce qu'ils attendaient de l'État.

- . rédaction d'articles dans les journaux municipaux et lycéens.
- . façon ludique et discrète, en insérant des préservatifs ou des messages de précaution dans des objets usuels comme les porte-clés.
- . affiches de prévention dont le slogan dit sans dire ; les messages et les images trop explicites choquent et n'atteignent pas leur but.

On peut imaginer que chaque partenaire puisse agir de son lieu de travail pour relayer ensuite la diffusion des messages de sensibilisation et d'éducation sanitaire liés à la toxicomanie par voie intraveineuse à la population.

- Construire et gagner l'appui d'un partenariat local qui soit médiateur entre l'équipe des intervenants en toxicomanie et la population, comprenant :
 - . les élus à la santé.
 - . les élus des quartiers d'implantation.
 - . les médecins responsables des services municipaux de santé.
 - . les responsables des services communaux hygiène et santé.
 - . les médecins responsables des dispensaires.
 - . les représentants des associations locales les plus influentes de la ville, notamment celle de l'amicale des locataires.
 - . les responsables des maisons de quartier privées et municipales.
 - . un représentant de la DDASS (médecin inspecteur de santé publique).

La médiation, à la différence de la négociation, implique en effet l'intervention d'une tierce personne pour résoudre un conflit. Par ailleurs, l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par la population est favorisée par cette médiation dont la qualité est d'être composée d'un brassage des partenaires locaux : "Il faut qu'il soit implanté par les autres, mélangé"¹⁸⁰.

- Créer un partenariat départemental ou inter-villes, composé et piloté par les élus à la santé et les élus ou responsables des questions communales hygiène et santé, dont la mission serait de mobiliser l'ensemble des élus du département sur la prévention secondaire des toxicomanies. Partageant la même culture politique, au sens professionnel du terme, on peut imaginer qu'un élu soit plus à même de trouver les arguments pour convaincre un autre élu.

- Gérer le conflit social local ou de proximité que suscite inmanquablement le projet d'implantation d'un programme d'échanges de seringues, par la négociation avec les partenaires et la population. Cette négociation doit s'appuyer sur la méthode de *négociation raisonnée*, appelée également *négociation sur le fond*, qui se base sur la recherche des avantages mutuels¹⁸¹. Cette méthode, développée par trois juristes américains, casse l'idée reçue individualiste de la négociation selon laquelle le gagnant accumule ses gains et le perdant perd ses bénéfices. À l'inverse, elle postule que chaque adversaire prend en compte la position de l'autre et préconise une recherche des intérêts mutuels. *L'intérêt de la négociation raisonnée est d'autant plus grand que des études montrent clairement les limites de deux autres stratégies consistant soit à adopter une position dure constante soit à faire de multiples concessions*¹⁸². Les stratégies adoptées sont dites *contingentes*, c'est-à-dire modifiables selon

¹⁸⁰ Directeur d'une maison de quartier privée.

¹⁸¹ Fischer, Ury, Patton, 1982.

¹⁸² Lecomte, 1998, 23.

les réactions des adversaires, autrement dit basées sur la réciprocité. Mais ces stratégies conduisent parfois à une impasse lorsque l'opposition adopte une ligne dure, qui ne peut mener qu'à des mesures de rétorsions mutuelles infinies. Une autre stratégie consiste alors à combiner des éléments de réciprocité avec des initiatives de conciliation prises indépendamment des actions des autres. Le contrat de départ posé par les élus aux associations (chapitre II) ou encore le contrat de concession passé entre une association, les élus et la population (chapitre IV) illustrent à propos cette méthode de négociation. La méthode de négociation alliée à l'action des médiateurs locaux tend à favoriser l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par la population.

Nelly Boullenger disait ainsi, dans un entretien intitulé *Sur le terrain, une longue suite de négociations* de 1994, que des élus pourtant volontaires sur la mise en œuvre d'un programme d'échanges de seringues refusaient qu'il se fasse à partir d'un bus, dans une cité déjà stigmatisée, pour éviter une accentuation de la stigmatisation et de la dévalorisation de l'image de cette cité, mais, qu'en revanche, ils étaient plus portés sur le travail souterrain, le travail de rue. Elle préconisait *de tenir compte des positions des décideurs et de ce qu'ils sont capables d'entendre* et remarquait que *Les négociations renvoient toujours sur des différences micro-locales. Nous passons des alliances, avec les institutions locales donc, mais aussi avec les jeunes de chaque cité pour qu'ils tolèrent notre présence, c'est un travail énorme, mais c'est la condition indispensable pour que nous puissions entrer en contact avec les toxicomanes. Ce pourrait être la définition de notre travail : une longue suite de négociations.* Nous ajouterons qu'il s'agit de la première partie du travail de la réduction des risques, la seconde consistant dans l'échange avec l'utilisateur, sur une base matérielle, la seringue, l'usagée contre une propre, matériel vecteur de social.

Dans cette première partie sur le processus d'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par l'environnement, nous n'avons pas abordé spécifiquement l'acceptabilité d'un programme d'échanges de seringues par la population qui se pratique à partir du travail de rue parce qu'*a priori*, les intervenants en toxicomanie se fondent dans le paysage urbain et fréquentent des lieux où l'on rencontre une population très marginalisée qui n'aurait pas l'idée de se plaindre de leurs visites, bien au contraire. Dans le cas d'un programme d'échange basé uniquement sur le travail de rue, le processus d'acceptabilité s'oriente principalement vers les partenaires de la ville.

Il ne suffit pas que l'implantation d'un programme d'échanges de seringues soit accepté à la fois par les partenaires locaux et par la population, encore faut-il qu'il serve efficacement sa raison d'être : être accessible aux usagers de drogue, particulièrement à ceux qui ne bénéficient d'aucun suivi sanitaire ou social, afin de les réinscrire dans un premier temps, dans une relation sociale, puis dans un second temps, dans une démarche de prévention des risques liés à leur toxicomanie. Dans la seconde partie de ce rapport, nous verrons ce que peut recouvrir la notion d'accessibilité d'un programme d'échanges de seringues qui combine les accessibilités géographique, temporelle des PES et la capacité des intervenants en toxicomanie à entrer en relation avec des usagers marginalisés et à maintenir cette relation.

Partie 2 :

**L'accessibilité des programmes d'échanges de
seringues aux usagers de drogue par voie
intraveineuse**

Introduction

Les services de réduction des risques impliquent nécessairement un travail de proximité qui permet le contact entre consommateurs de drogues et fournisseurs de prestations socio-sanitaires (la création de services équivaut à une *interface* entre ces deux catégories d'acteurs), ce qui suppose l'adéquation des services aux modes de vie des usagers de drogues, autrement dit, selon Kübler, le rapprochement social (proximité avec les modes de vie des consommateurs) et spatial (proximité avec les lieux de vie des consommateurs de drogues) des services avec les consommateurs [...] au nom de l'efficacité des interventions¹⁸³.

Les contextes (toxicomanie, local, association) conditionnent partiellement l'accessibilité des programmes d'échanges de seringues (chapitre I). L'accessibilité des PES tient également aux compétences spécifiques que développent les intervenants en toxicomanie (chapitre II) et à la nature du travail de communication engagé (chapitre III). Enfin, on peut, schématiquement, distinguer trois formes d'accessibilité des programmes d'échanges de seringues : l'accessibilité géographique des lieux d'échanges de seringues (chapitre IV), l'accessibilité temporelle des lieux d'échanges de seringues (chapitre V) et l'accessibilité relationnelle et technique des intervenants en toxicomanie (chapitre VI). Ces trois formes se déclinent différemment selon que les programmes d'échanges de seringues s'effectuent à partir d'une boutique, d'un bus, d'un distributeur automatique de seringues et du travail de rue.

I – Des contextes qui conditionnent l'accessibilité des PES

L'accessibilité des PES dépend de facteurs imbriqués externes à l'activité même en tant que telle, mais auxquels les intervenants en toxicomanie doivent s'adapter, facteurs de types contextuels : le profil des usagers de drogues et les évolutions récentes de la toxicomanie ; le fonctionnement social et les représentations sociales liés à un territoire de vie ; et enfin, les caractéristiques de l'association de réduction des risques (composition de l'équipe, taille de la structure associative et type de coordination de l'équipe).

1°) Profil des usagers de drogues et évolutions de la toxicomanie

De manière systématique, l'accessibilité des programmes d'échanges de seringues bute sur un obstacle majeur qui tient à la méconnaissance sociologique de la population des usagers de drogues injecteurs. Peu d'études sociologiques et ethnologiques existent concernant le mode de vie de ces usagers. L'hypothèse reste que les intervenants en toxicomanie, les ex-usagers ou les relais de terrain sont ceux qui ont la connaissance la plus fine des modes de vie et de consommation des usagers. Quelques données générales permettent cependant de décrire cette population.

¹⁸³ Kübler, 2000, 144. Cet auteur nomme cette adéquation des services, *Gassennähe* des services.

Du fait de la prohibition des drogues, l'usager est un hors-la-loi au regard des normes fixées par la législation pénale, un *outsider*. Comme tout déviant, il met en œuvre des stratégies de protection et d'évitement des acteurs et des institutions officiels, intégrant un monde social officieux¹⁸⁴ et mouvant lié aux jeux d'une économie informelle instable, qui implique une mobilité constante des lieux et modalités de *deals* et des lieux de consommation pour échapper aux forces répressives ou aux dealers. Par ce comportement, il échappe de même aux acteurs et structures de prévention sanitaire traditionnels mais aussi sociaux, ce qui renforce considérablement sa vulnérabilité sanitaire et sa précarité sociale.

Par ailleurs, il s'agit de personnes extrêmement rétives à tout encadrement institutionnel classique et à toute imposition de ligne de conduite. Nelly Boullenger notait ainsi : *En règle générale, notre public a beaucoup de mal à se plier aux règles institutionnelles quelles qu'elles soient*¹⁸⁵.

Néanmoins, il faut faire attention à ne pas homogénéiser la population des usagers de drogues, des études montrent au contraire qu'elle est hétérogène¹⁸⁶. Cette hétérogénéité suppose des modalités d'accroche relationnelle différentes et requiert d'effectuer les actions de réduction des risques, dans des lieux variés, pour favoriser une accessibilité aussi large que possible permettant de capter une majorité d'usagers.

Le profil esquissé des usagers de drogue nécessite de favoriser leur approche par un travail de proximité pour rencontrer ceux qui sont totalement "hors du système". Ce travail de proximité, *outreach work*¹⁸⁷, signifiant littéralement "travail au dehors pour atteindre", est la méthode mise en œuvre dans les programmes d'échanges de seringues. Les intervenants en toxicomanie doivent se rendre là où se trouvent les usagers. L'ensemble des acteurs de terrain associent la localisation des usagers à celle de la drogue et constatent que la drogue s'est déplacée de Paris vers la banlieue parisienne et ses cités. Ce que notait déjà le rapport Trauttman¹⁸⁸. Pour Elisabeth Jacob, ce phénomène traduit *une prolétarisation et une massification de l'usage de drogue. Ce processus de transformation conjugué aux phénomènes de précarisation inhérents à la crise socio-économique, va produire des effets de marginalisation et une dégradation de la situation sanitaire et sociale de ces populations. À l'apparition de nouveaux risques (la contamination par le sida et par les hépatites), s'ajoutent la résurgence de vulnérabilités anciennes (la tuberculose) et les effets occasionnés par la consommation de nouveaux produits (le crack, le shoot de médicaments, ...). Ces éléments se corrént avec des phénomènes accrus de distanciation avec l'appareil de soins, une absence de recours au système spécialisé, une difficulté à accéder aux soins élémentaires quand le besoin s'en fait sentir. Mais ces éléments traduisent également une perte de capacité du système de santé spécialisé à s'adapter aux populations auprès de qui il doit intervenir*¹⁸⁹.

De façon récurrente, intervenants en toxicomanie, président d'association de réduction des risques, médecin directeur du centre communal de santé, font état d'un "avant" qui n'a plus rien à voir avec aujourd'hui et qui remet en cause leurs façons de travailler : "les temps changent". Ils observent un éclatement des espaces de consommation, on ne trouve plus ni de lieux de shoot organisés, ni de lieux d'échanges de drogue clairement identifiés où se

¹⁸⁴ Becker, 1985.

¹⁸⁵ Boullenger, 1994b, 36.

¹⁸⁶ Cf. Duprez, Kokoreff, 2000. Cependant, on remarquera que l'usage de drogues dans les milieux dits "aisés" reste encore très peu étudié.

¹⁸⁷ Le travail de proximité est la traduction choisie par les chercheurs français de l'enquête européenne – encore traduite. Les intervenants de proximité utilisent plutôt pour désigner leur travail, des expressions comme "travail de rue" ou "à bas seuils".

¹⁸⁸ Rapport Trauttman, 1990, 22.

¹⁸⁹ Jacob, 1996, 33.

massaient les toxicomanes, alors facilement repérables (squares, cages d'escaliers). Il n'existe plus de lieux spécifiques et visibles de consommation. Les usagers désertent les lieux publics de consommation au profit des espaces privés (appartement). Les pratiques ou plans de *deals*, qui se font aujourd'hui beaucoup par le biais du téléphone portable, prévoient des rendez-vous à la sauvette, en moto à l'arrêt d'un feu rouge ou d'un stop par exemple, ou encore dans les appartements, de façon quasiment invisible. "Le mouvement de la came, les usagers ont changé". Or, pour pouvoir effectuer un échange de seringues, encore faut-il pouvoir rencontrer la personne destinataire, et ces évolutions récentes renforcent la difficulté du travail des intervenants en toxicomanie. Enfin, les drogues consommées sont hétérogènes et les pratiques de consommation des toxicomanes sont aussi très variées (dosages, drogues de synthèse, injection d'acide citrique, mélange d'acide citrique ou de citron avec de l'héroïne de mauvaise qualité, retour de la cocaïne). Cette mutation des comportements des usagers de drogue nécessite de s'adapter à ces évolutions et de repenser les méthodes d'approche des usagers et de prévention.

Le rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies¹⁹⁰ pointe les mêmes évolutions des consommations de drogue. Jean-Michel Costes résume celles-ci dans un article dont nous extrayons ce qui intéresse notre étude¹⁹¹ :

- De façon générale, la consommation de produits de synthèse de la famille des stimulants ou des hallucinogènes paraît en augmentation ;

- D'après les indicateurs indirects dont on dispose (interpellations, saisies, décès par surdose), la consommation d'héroïne est en diminution en 1997 et 1998, en raison tout d'abord de la diffusion des produits de substitution, mais également d'une certaine désaffection des jeunes à l'égard de l'héroïne.

Les observateurs de terrain suggèrent une diminution de la pratique de l'injection chez les héroïnomanes. On note en revanche l'apparition du recours à l'injection pour les produits stimulants. La consommation de cocaïne est en augmentation, phénomène qui transparait dans les statistiques d'interpellation (lesquelles conservent cependant un niveau modeste en termes absolus), dans les enquêtes auprès des jeunes comme dans les observations de terrain.

2*) *Territoire de vie, fonctionnement social et représentations sociales*

D'un point de vue sociologique, le territoire géographique ne se limite pas au seul support des activités humaines qui s'y déroulent. Ainsi, les acteurs interrogés mentionnent régulièrement la différence entre la banlieue parisienne et Paris. Il est assez difficile de cerner et de définir clairement ce que recouvre cette différence. Elle semble se focaliser sur le fonctionnement social des petites villes, quartiers ou cités de la banlieue, sur les représentations sociales et les "mentalités". Il va sans dire que le territoire habité est fortement investi des valeurs des groupes qui l'occupent, et fortement marqué socialement. Ces éléments se traduisent par des formes d'appropriation symbolique¹⁹² du territoire ayant des effets réels, autant sur l'acceptabilité (comme nous l'avons vu dans la première partie de ce rapport) que sur l'accessibilité des programmes d'échanges de seringues. Des frontières sociales

¹⁹⁰ Rapport de l'OFDT, 1999.

¹⁹¹ Costes, 1999.

¹⁹² Cf. Bassand, 1982.

"territorialisées" se construisent, redessinent les limites et sous-tendent des stratégies de défense du territoire liées à des stratégies identitaires. "Cette dimension symbolique de l'espace constitue une composante importante des processus d'identification collective d'un groupe social qui le revendique comme "sien" et le défend par rapport au socialement "autre". Dans cette perspective, la question de savoir quel type d'individu est légitimement habilité à s'arrêter ou à séjourner sur un espace ou sur un territoire renvoie à la problématique plus générale des relations entre groupes sociaux. La régulation de l'accès à un espace peut ainsi être comprise comme une dimension importante des rapports sociaux et, de ce fait, sujette à des luttes sociales et politiques. Ainsi, les réactions envers la présence de consommateurs de drogues dans la ville renvoient aux rapports entre des catégories sociales qui ont une pratique différente de l'espace urbain"¹⁹³. Dans le même sens, Dominique Duprez affirme qu'il faut *reprenre dans l'analyse sociologique des questions d'exclusion, le conflit, les contradictions propres au monde social, et surtout à celles de ces cités. [...] Le monde des cités n'est que l'expression pathologique des fractures du social et des oppositions traditionnelles liées aux systèmes de représentations ou, pour être précis, aux organisations symboliques*¹⁹⁴. Le concept d'organisation symbolique recouvre les systèmes plus ou moins organisés de représentations, d'attitudes, de normes, de valeurs, d'investissements affectifs¹⁹⁵.

Le travail de réduction des risques nécessite de savoir déceler ces types de frontières sociales et de les prendre en compte. Qu'il s'agisse de celles posées par les résidants qui considèrent l'utilisation de l'espace urbain par les toxicomanes comme illégitime et répréhensible mais la voit légitimée par la politique de réduction des risques, ou de celle défendue par des groupes sociaux particuliers, tels les dealers, les "chasseurs de toxcs". Processus d'acceptabilité et d'accessibilité des PES se recourent ici : faire accepter les services d'échanges de seringues par les différents groupes sociaux de sorte qu'ils soient accessibles aux usagers de drogues. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi un bus ne peut stationner au milieu d'une cité par exemple. Le rejet de l'implantation des services de réduction des risques sur un territoire signifie simplement le refus de l'usage de ces services sur le territoire.

Ainsi, selon la coordinatrice d'une association bénéficiant d'une expérience de travail de prévention secondaire à Paris et en proche banlieue parisienne, la très faible visibilité du phénomène de la toxicomanie dans les villes de la banlieue parisienne est un des traits distinctifs marquant par rapport à la capitale où, à l'inverse, ce phénomène est beaucoup plus visible. Plusieurs raisons expliquent la discrétion des pratiques de toxicomanie en banlieue. Premièrement, certains quartiers de banlieue ont une sociabilité proche de celle des villes de province et sont marquées par une très forte interconnaissance des gens et un fonctionnement social de type communautaire. Les déviances sont vite repérées et entraînent une stigmatisation sociale des individus qui peut s'étendre à leur famille, amenant sur elle "la honte". Deuxièmement, certains groupes prennent en charge eux-mêmes la "police des mœurs" de leur quartier et s'attaquent ainsi aux toxicomanes injecteurs pour les chasser de leur territoire de vie. Enfin, troisièmement, certains dealers établissent des formes de rapports de force visant à gagner et à préserver un marché illicite lié à la drogue, notamment de haschisch. Or, la présence de toxicomanes injecteurs implique la venue des dealers et donc l'intervention de la police et de la répression, et comprend le risque de perturber cette économie parallèle. Ce qui est une autre raison de faire "la chasse aux toxicomanes injecteurs".

¹⁹³ Kübler, 2000, 147.

¹⁹⁴ Duprez, 1999.

¹⁹⁵ Le concept est de G. Michelat et M. Simon, appliqué aux comportements politiques, cité par Duprez.

3*) *Les caractéristiques de l'association de réduction des risques*

a) La composition de l'équipe des intervenants en toxicomanie

On peut noter le grand intérêt d'une équipe pluridisciplinaire et complémentaire, composée d'acteurs venant d'horizons divers. Parmi les intervenants en toxicomanie, certains bénéficient d'une formation initiale et d'un diplôme des professions sanitaire ou sociale (infirmière, psychologue, éducateur), d'autres sont des anciens usagers transformant leur vécu en connaissance, quelques-uns sont originaires de quartiers défavorisés ou encore justifient d'une longue expérience dans le domaine de la réduction des risques. Ils offrent un éventail de compétences et de connaissances, à la fois théoriques, pratiques, et fruit de l'expérience, qui joue un rôle important, d'une part, au niveau de l'identité professionnelle de l'équipe, de l'équilibre et de la complémentarité des savoir-faire, et d'autre part, dans la construction de l'accessibilité relationnelle de l'équipe.

En général, les équipes comptent très peu d'acteurs diplômés. De plus, il faut noter qu'il n'existe pas de statut professionnel reconnu comme tel d'intervenant en toxicomanie, ni d'école de formation spécifique, ni de profil de carrière ou de reconversion prévue. Aussi, les intervenants en toxicomanie, en collaboration avec des partenaires du monde sanitaire, tentent de pallier cet handicap en organisant et en suivant des formations sur les produits et la toxicomanie, ou en profitant d'échanges sur le travail de rue avec des éducateurs ; néanmoins, à ce jour, l'essentiel de la formation relève de l'apprentissage "sur le tas".

b) La forme de la structure associative et le type de coordination de l'équipe

Tout travail en équipe nécessite des règles de fonctionnement interne et un management ou une coordination d'équipe. Du point de vue de l'efficacité du management, on observe une plus grande souplesse et maniabilité d'une petite à moyenne structure ; la coordination interne de l'équipe y apparaît plus maîtrisée dans la mesure où il n'est pas fait de distinction hiérarchique formelle entre le coordinateur et les autres intervenants. Celui-ci participant de la même façon au travail de rue, il connaît concrètement le terrain et partage cette expérience avec son équipe.

De façon générale, le degré de démocratie dans la prise de décision varie en fonction de la taille de la structure. Plus la structure est petite, plus les décisions émergent d'un échange collectif et se prennent ensemble. Chacun des intervenants expose et défend son point de vue, que ce soit sur les horaires de travail, les sites choisis, la façon de régler un problème relatif à un usager ou au fonctionnement de l'équipe, ou encore sur la ligne à suivre dans une situation problématique donnée. Intervenants et coordinateur se placent sur le même plan. À l'inverse, plus la structure est grande, plus les décisions tendent à être imposées, selon un processus allant de la hiérarchie vers la base (le terrain). S'il n'empêche pas la discussion démocratique entre tous, ce type de management renvoie cependant la décision ultime au coordinateur qui tranche le débat. On penche alors vers un modèle de fonctionnement bureaucratique.

Enfin, quel que soit le modèle, le rôle de garant des normes professionnelles revient au coordinateur qui sanctionne tout écart, recadrant au besoin l'attitude d'un intervenant s'il juge

sa conduite en marge des modalités et des principes de travail de l'équipe, basés sur le respect de la personne et l'absence de jugement moral (éthique de travail).

II – Accessibilité et travail de terrain : méthodes ethnographique et ethnologique

En tout intervenant en toxicomanie se cache un ethnologue ethnographe. En effet, l'intervenant en toxicomanie met en œuvre des compétences particulières pour aller au devant des usagers de drogue qui rappellent celles que développent les ethnologues pour aller au devant des populations étudiées. On peut citer : observer finement ce qui se passe, s'imprégner des lieux, des situations et des événements, pour pouvoir appréhender et tenter de comprendre le mode de vie des populations, pratiquer l'empathie pour mieux les connaître, prendre de la distance par rapport aux discours, écarter tous préjugés sociaux et moraux, s'abstenir de juger.

La connaissance du monde des usagers de drogues, de leurs pratiques de consommation et des lieux de consommation, se fait à partir de la fréquentation continue des usagers et demande du temps. Afin de mettre à plat cette connaissance qualitative et subjective des usagers, certaines équipes ont établi une grille de questions sur les besoins des usagers, destinées aux différents types d'usagers de drogues qu'ils rencontrent, pour mieux y adapter leurs actions. Nous rappelons que cette population est hétérogène, c'est dire que les intervenants en toxicomanie, quelque peu sociographes, doivent s'adapter à différents profils de toxicomanes. Cette collecte d'informations leur permet ensuite de cibler au mieux leur accessibilité (géographique, temporelle, relationnelle) aux usagers.

On peut aussi comparer le travail des intervenants en toxicomanie à celui des éducateurs de rues et des éducateurs de prévention spécialisée, professionnels auxquels ils se réfèrent de façon récurrente, pour ce qui concerne le travail de localisation des lieux et des usagers et les méthodes d'approche et de contacts avec des individus difficiles à atteindre.

1°) Une exploration minutieuse du terrain, cartographie et lieux du travail de terrain

Le travail des intervenants en toxicomanie commence réellement par le travail de terrain qui consiste à sillonner la ville pour repérer les lieux où existent une présence et des activités toxicomanes. Nous verrons dans une partie suivante que les intervenants sont généralement renseignés par les usagers eux-mêmes, des personnes issues du quartier ou encore des partenaires.

L'implantation d'un PES requiert une étude de terrain, des démarches de prospection, un peu à la manière d'une étude de marché, avant de se lancer dans l'action en elle-même. L'investigation méthodique des quartiers et des villes, toujours par des déambulations à pied relevant de forme d'errance, fait partie du travail de préparation des activités de terrain d'échange de seringues. Étape indispensable pour pouvoir cibler les sites du travail de rue, l'exploration régulière et attentive des quartiers et des rues par les intervenants en

toxicomanie, mobilise un temps relativement long et, en conséquence, une grande disponibilité des intervenants. Il s'agit de localiser les lieux fréquentés par les usagers de drogues, d'identifier ces derniers et d'être repérés par les usagers en tant qu'intervenant en toxicomanie, cela en jouant de la visibilité des intervenants, de façon à provoquer un contact. Aussi, pour parvenir à une relativement bonne connaissance des quartiers et aboutir à une efficacité, les intervenants choisissent de plus en plus de limiter leurs investigations à des zones géographiques restreintes.

C'est essentiellement par l'observation des événements et des personnes dans la rue que les intervenants effectuent le repérage des lieux et des usagers, lequel résulte d'une alchimie de faits diffus ayant trait à l'ambiance du lieu, aux "mouvements" qui s'y passent, tout en s'appuyant aussi sur des signes de reconnaissance matériels qui traînent sur le sol, tels que des seringues usagées, des fioles d'eau vides, des bouchons de seringues, des petites bouteilles, des tampons alcoolisés ou des préservatifs, ou en repérant différents signes extérieurs de vie dans les maisons et immeubles apparemment fermés ou abandonnés (fenêtres de maisons murées où il manque à certains moments de la journée une brique) pour la prospection plus spécifique des squats.

La connaissance de la vie des quartiers, l'expérience de la rue, l'expérience professionnelle permettent aux intervenants de "sentir les mouvements", de capter le sens d'une situation et d'une interaction, de savoir quand s'arrêter puis pousser l'investigation ailleurs, et percevoir le moment de tenter une prise de contact avec les protagonistes repérés. Il s'agit de s'imprégner du terrain.

Si les intervenants font connaissance avec des usagers dans un endroit nouveau, ils intègrent ensuite cet arrêt dans leurs tournées de rue quotidiennes. Cependant, nous le rappelons, les lieux investis par les toxicomanes ne sont pas stables, et, pressés par des situations contingentes (suivre le "mouvement") ou d'urgence (éviter des personnes ou des groupes), les toxicomanes ne préviennent pas ou ne laissent pas de signe d'indication de leur nouvelle localisation aux intervenants. Ces derniers doivent alors, en quelque sorte, entamer une nouvelle phase d'investigation pour les retrouver et les suivre à la trace dans la ville. Le travail de rue se caractérise ainsi par l'alternance entre le travail avec des usagers repérés sur des sites identifiés, et le travail de prospection de sites nouvellement investis par des usagers et de recherche de toxicomanes encore inconnus. Le principe du travail de rue est de savoir s'adapter à l'imprévisibilité des situations de terrain et aux réactions des usagers. Tout ceci dépend d'un ensemble de facteurs croisés, telles que les logiques policières et celles des trafiquants de drogue et des enjeux locaux. Le travail de rue requiert des capacités d'adaptabilité, de souplesse, de vigilance (être toujours à l'affût), d'analyse des situations et de compréhension des usagers.

La prospection et l'exploration méthodiques des rues des quartiers permet ainsi aux intervenants en toxicomanie d'établir une cartographie des espaces de la ville investis par les usagers de drogue et où donc les interventions d'échanges de seringues sont nécessaires. Les villes du département offrant des topographies forts variées, on observe que les lieux du travail de rue sont relativement diversifiés. En effet, les villes ne se ressemblent pas. Les spécificités topographiques des communes découlent en partie des politiques d'aménagement du territoire. Aussi, si la sélection des lieux du travail de rue est évidemment liée à la présence de toxicomanes injecteurs, les types de lieux et donc les modes d'approche des usagers dépendent partiellement de la topographie et de la situation géographique des villes couvertes par les associations. Certaines se situent aux frontières de Paris et sont limitrophes des grands périphériques. À l'inverse, d'autres villes se trouvent à l'extrémité du département. C'est dire aussi qu'il est parfois difficile, au cours du travail de terrain, de respecter *stricto sensu* les

limites géographiques posées par la DDASS (franchissement des frontières communales, voire départementales). D'autres villes se distinguent par le nombre relativement important de squats que les municipalités tolèrent ou ont connu des réhabilitations ou réaménagements du territoire visant à "assainir" certaines zones (en relation avec l'implantation du stade de France, par exemple). Aussi, la variété des topographies implique une variété de lieux d'actions. Les intervenants en toxicomanie travaillent dans de petits quartiers, sur des parkings de supermarchés ou de maisons de quartiers, sous des ponts, dans des endroits retirés, à l'abri des regards et des passages, dans les caves d'immeubles de cités "sensibles", dans les squats où logent des usagers de drogues ou d'alcool et plus rarement dans les appartements des usagers. Certains investissent encore le terrain par des tournées en voiture ponctuées d'arrêts fréquents et rapides auprès d'usagers, notamment le long des périphériques.

Au final, les choix et la cartographie des lieux d'intervention sont le résultat de l'analyse du terrain qui est faite et discutée en équipe. La sélection définitive des lieux du travail de rue se fait sur du moyen terme et est validée par une fréquentation relativement continue des usagers du lieu.

2*) L'utilisation d'informateurs et de médiateurs de proximité

À la manière de l'ethnologue étudiant un groupe différent de celui auquel il appartient, l'intervenant en toxicomanie recherche l'aide d'informateur et/ou de médiateur, issu ou proche du groupe avec lequel il souhaite entrer en contact et communiquer. Il peut s'agir soit d'un usager de drogue, soit d'un ancien usager de drogue, soit d'acteurs locaux, habitants, acteurs municipaux, familles ou amis d'usagers, acteurs associatifs, éducateurs de rue et de prévention, assistants sociaux, médecins, employés de maisons de quartiers, gardiens d'immeubles... C'est ainsi que l'on constate, encore une fois, que la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, pour qu'elle soit efficace, nécessite la mobilisation des acteurs et des partenaires locaux, que l'on peut appeler encore les acteurs de proximité, des personnes habitant dans les quartiers des usagers ou dont les activités les mettent en contact régulier et constant avec eux, qui les connaissent et, surtout, qui entretiennent des relations avec eux. Ces acteurs locaux peuvent jouer le double rôle de médiateur entre les usagers et les intervenants, et d'informateur. C'est ainsi que l'investissement du terrain par les intervenants est facilité par le relais de ces partenaires locaux ; ce qui signifie que, sans leur collaboration, il leur est plus laborieux de pénétrer un territoire imparfaitement connu, un monde social dont ils ne possèdent pas tous les codes sociaux et les clés d'entrée.

"Pour cette ville, c'était beaucoup plus compliqué de s'y installer parce qu'il y a très peu de relais au niveau partenaires"¹⁹⁶.

Aussi, usagers actifs, anciens usagers et acteurs de proximité déclinent une palette de rôles importants dans leur participation à la politique de réduction des risques :

- Apporter un crédit de confiance garant d'une médiation efficace :

Le relais des usagers, des anciens usagers mais aussi de certains acteurs de proximité se révèle fondamental pour construire et garantir le lien entre les usagers et les intervenants en

¹⁹⁶ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

toxicomanie. Ces derniers en effet "débarquent" comme parachutés dans un quartier ou une cité, lieu de vie ayant ses particularités, son histoire, son mode de sociabilité propre, ils connaissent peu de monde et ne sont connus que par une minorité de personnes. Ils doivent alors, en quelque sorte, se faire recommander, être introduits et présentés aux usagers par un des membres du groupe d'usagers, de la cité ou du quartier. Il s'agit presque de montrer "patte blanche". C'est une forme d'accréditation sociale. Parce que fortement intégré dans le quartier, accepté par les usagers eux-mêmes, par les "jeunes" et les familles, un acteur de proximité peut réussir à vaincre la forte méfiance des usagers de drogue de son quartier, apporter une garantie de confiance et un crédit aux intervenants en toxicomanie et jouer le rôle de médiateur entre les usagers et les intervenants en toxicomanie. L'enquête montre que les acteurs des maisons de quartiers entretiennent des relations privilégiées avec les "jeunes" de la cité dont certains sont consommateurs de drogues. De la sorte, ils sont parmi les alliés de première ligne qui peuvent favoriser le lien entre les intervenants en toxicomanie et les usagers.

"De 1990 à 1996, l'ensemble des membres des associations étaient des usagers de drogue, ils pouvaient faire de l'ethnographie de rue"¹⁹⁷.

"Ils (les intervenants) sont venus me voir. On a discuté. Au départ, je ramassais les seringues parce que personne ne voulait les ramasser, il y en avait partout. Je l'ai signalé à l'hôpital. J'ai des containers, j'ai ramassé, il y en avait partout. L'association est arrivée, et puis, on avait un gars qui était ancien toxicomane, qui était rentré dans leur équipe. Il nous a dit "Je connais les gars, je peux discuter avec eux". Parce qu'ils sont durs, pour les approcher, il faut les connaître. Parce qu'ils ne nous connaissent pas, soit on est de la police, soit on est... Il nous fallait au moins un ancien toxico qui avait décroché, pour dire "je connais ce coin-là, on peut y aller, je vais leur expliquer comment cela fonctionne". Tout est confiance"¹⁹⁸.

"[...] Je fais le trait d'union avec le camion et eux font le trait d'union avec la structure, se déplacent"¹⁹⁹.

"[...] Là, ils (les "jeunes") viennent plus pour les préservatifs. Certains ont des méthodes. J'en cache un par ci un par là, comme cela, s'ils ont une copine, j'en ai de disponible. J'ai eu des porte-clefs, il y en avait trois / quatre dedans, donc c'était discret. Les filles aussi en demandent, il ne faut pas croire. C'est très discret. Ils préfèrent que ce soit très discret. Pour les seringues, ils vont plus au camion mais ils connaissent quand même, ils savent qu'à tout moment, même s'ils ne gagnent rien, ils savent qu'ils peuvent "plomber" à n'importe quel moment, "plomber", c'est frappé du SIDA. Il est plombé, ça y est. Alors, moi, ils me disent "tu as de la chance, tu es une génération où il n'y avait pas cela, nous, il faut toujours qu'on pense à tout et c'est moins bien...". Il faut penser au préservatif, prévenir la fille, lui dire comment le mettre. Ce n'est pas évident. Et il n'y pas que les filles, des femmes sont venues me demander comment cela se mettait. Je leur ai expliqué le fonctionnement, le réservoir... le sens... On croit que tout le monde connaît mais non. Les jeunes connaissent mieux que ceux qui ont une trentaine d'années, qui osent encore moins venir. C'est très rare"²⁰⁰.

¹⁹⁷ Président d'une association de réduction des risques.

¹⁹⁸ Directeur d'une maison de quartier privée.

¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ *Ibid.*

- *Relayer les actions de prévention santé, initier des partenariats :*

Il arrive que les acteurs locaux et la communauté de cité, se mobilisent pour faire face aux dérives comportementales des usagers de drogue mais souvent plus pour s'en protéger que pour les protéger, puisque le but de la mobilisation est de les faire quitter la cité. C'est pourquoi la présence et les actions de réduction des risques des intervenants en toxicomanie sont indispensables dans les cités les plus isolées socialement du département pour éviter justement la marginalisation et l'exclusion sociale des usagers de leur communauté.

"J'ai fait une tournée, on est revenu cinq ans en arrière, j'ai retrouvé une quarantaine de seringues, en cinq minutes. Mais on a eu moins d'argent, donc moins de tubes, on a moins fait de travail finalement. C'est un travail à long terme. Finalement, on a perdu un an cette année-là, et on a toute une petite génération qui est passée et qu'on n'a pas pu attirer vers nous. Voilà comment cela a glissé. Des 14-16 ans. Je trouve les seringues dans les buissons, et avant c'était carrément dans les escaliers, il fallait enjamber les toxicos. Ils étaient allongés sur les marches. Avec les associations, à plusieurs, avec toute la population, on a réussi à les faire partir. Il restait le shit. Il y en avait dans les boîtes aux lettres, les ascenseurs. Ils cachaient leur came en dessous, et quand on appuyait sur le bouton et que les portes s'ouvraient, il n'y avait pas d'ascenseur. On mettait des panneaux, de faire attention parce que la cabine d'ascenseur n'était pas là. C'était quand même assez grave. On a réussi à les faire partir mais cela revient tout doucement"²⁰¹.

Si l'éducateur de la maison de quartier fait le "trait d'union" entre les usagers et les intervenants en toxicomanie, il relaye aussi leurs actions de réduction des risques en mobilisant des partenariats sanitaires selon la demande de l'utilisateur, en initiant des actions de vaccinations et de visites médicales des "jeunes", en distribuant des seringues aux usagers ou encore des préservatifs aux "jeunes" ou des messages classiques de prévention, notamment techniques, que l'on imagine acquis mais qui en réalité ne le sont pas (comment mettre un préservatif masculin), ce qui, au fond, n'est guère étonnant dans la mesure où le principe de l'éducation est de transmettre un apprentissage continu aux nouvelles générations.

"J'en ai eu et il faut le prendre tout de suite, ne pas lui dire "reviens demain...". C'est foutu sinon. J'appelle Unité Sud, je fais le trait d'union, comme je fais le trait d'union avec l'association. Avec Unité Sud, on le prend en main, on fait un e-mail avec le service du Docteur, on le prend en main. C'est tout. "Je veux décrocher"? On saute sur l'occasion. Si on lui dit de revenir demain, on ne le revoit jamais, c'est garanti"²⁰².

"Je leur ai dit "donnez-moi une boîte ou deux parce que les jeunes, ils ne vont pas tous venir au bus et vont aller traîner à droite à gauche, et n'auront rien". Alors, ils viennent discrètement. [...] C'était mal vu par la population. "Que faites-vous là ? Vous trafiquez". C'est une cité, il y a deux cités"²⁰³.

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Directeur d'une maison de quartier privée.

²⁰³ *Ibid.*

- *Apporter un soutien logistique ponctuel :*

Les stationnements du bus près d'une maison de quartier offrent l'avantage de bénéficier, en annexe, d'un espace privé, notamment une salle mise à disposition par le directeur, pour que l'intervenant en toxicomanie et l'utilisateur puissent se retrouver dans l'intimité et aborder des discussions personnelles qui ne sont pas possibles dans le bus. Mais il s'agit-là d'un cas particulier que nous avons rencontré, on ne peut pas le généraliser.

- *Informers les usagers des lieux et des horaires du passage des intervenants en toxicomanie (en bus, en voiture, à pied).*

- *Informers les intervenants des lieux investis par les usagers :*

Les acteurs locaux, dont font partie les usagers, sont les meilleurs informateurs des intervenants : ils leur font remonter des informations de terrain, essentiellement par le phénomène du bouche à oreille.

"Cela marche encore par bouche à oreille. Les usagers nous le disent, les partenaires, tous les gens qui sont en relation avec nous peuvent nous informer sur cela. Après, il y a le boulot que l'on fait nous-mêmes, à repérer et il y a l'expérience qui joue"²⁰⁴.

Par exemple, pour ce qui concerne la prospection des squats, les intervenants peuvent être renseignés soit par d'autres usagers logeant en squat et au fait des réseaux et "plans squat", soit, très souvent, par le Service Communal d'Hygiène et de Santé²⁰⁵ dont ils sollicitent le partenariat et la coopération, si bien sûr, comme nous l'avons vu dans la première partie, il en existe un dans la ville et que le partenariat est possible. Le rôle des SCHS consiste en effet à gérer les troubles liés à l'hygiène et la santé, à la sécurité et à l'ordre public, aussi interviennent-ils dans les squats dès qu'il se pose de tels problèmes. Cependant, les intervenants remarquent que, tant qu'il n'existe pas de troubles à l'ordre public, les squats sont relativement bien tolérés par les mairies de banlieue.

Habitant la cité, connaissant la topographie de celle-ci, les mœurs locales et parfois les habitudes des usagers, un acteur local est en mesure de renseigner et de conseiller les intervenants en toxicomanie sur les lieux et les moments de stationnements les plus propices à recevoir les usagers, mais aussi d'informer les intervenants sur les façons de faire, la première règle étant de favoriser la discrétion.

"Cela remonte à huit ans qu'ils viennent (l'association), pas sur le parking mais ils venaient, ils tournaient, m'apportaient des affiches. On discutait, ils ne savaient pas trop où aller. Je leur ai donné des conseils. Le mercredi, sur le parking, c'est bien, il y a du passage sur le parking"²⁰⁶.

"On a dit que c'était la place des flics. Il y avait la police qui était là. Quand ils parlaient, les autres (les intervenants en bus) prenaient leur place

²⁰⁴ Intervenant en toxicomanie.

²⁰⁵ Certains SCHS ont pour mission la gestion des problèmes de toxicomanie, d'autres non, cela est variable selon les villes.

²⁰⁶ Directeur d'une maison de quartier privée.

donc c'était un peu ambigu. On leur a dit : "le passage se fait là, il y a toujours du monde"²⁰⁷.

"On choisit nos lieux d'intervention par rapport aux remontées. Par la mairie, l'assistante sociale, un docteur, des gens que l'on côtoie dehors, qui nous disent "tiens là, il y a un plan.." ou du bouche à oreille. C'est varié. Et puis on exploite, on va à l'aventure. On voit un espèce de champ et puis on tombe sur un lieu de shoot"²⁰⁸.

3*) L'expertise de l'ancien usager de drogue

L'ancien usager de drogue joue l'ensemble des rôles précités : informateur, médiateur mais surtout il connaît par sa propre expérience les problèmes de polytoxicomanie, il est cultivé en médecine (sida), en thérapeutique et en action communautaire, il se rend là où sont les toxicomanes et sait que les anciens usagers de drogues et les dealers peuvent être des agents de prévention. Son rôle est fondamental autant dans l'accessibilité géographique, temporelle que dans celle relationnelle que nous développerons plus loin. Pour cette dernière, son double statut social "d'ancien usager qui s'en est sorti" et d'intervenant en toxicomanie, joue un rôle très important. Cet impact ressort indirectement de ce qu'EHRENBURG appelle le culte de la performance²⁰⁹. Aux yeux des usagers de drogue actifs, cet ancien usager a réussi l'incroyable, l'exceptionnel, le rare ! Il devient un modèle et un exemple pour les autres usagers et bénéficie de cet aura pour optimiser son influence relationnelle au service de la réduction des risques.

4*) Prises de notes et analyse des situations de terrain

Chaque journée de travail se conclut par une réunion d'équipe de courte durée où les intervenants exposent leur expérience de terrain journalière les uns aux autres afin de recouper les informations qu'ils ont récoltées. Chacun est ainsi informé sur l'évolution des situations des usagers et sur les nouveaux usagers rencontrés. C'est l'occasion d'un compte rendu quotidien qui assure le suivi et la continuité des actions de façon collective.

"On prend toujours une demi-heure, trois quarts d'heure, après le boulot et puis on dit ce qu'on a repéré. On s'informe entre gens de l'équipe et on voit si telle équipe a repéré la même chose que l'autre équipe. Et puis on tourne"²¹⁰.

Individuellement, après le travail de rue (parfois au cours mais très discrètement), l'intervenant en toxicomanie note l'identité des personnes rencontrées, souvent par leur prénom de rue, et consigne les faits qui sont survenus et les actions effectuées, soit sur un

²⁰⁷ Directeur d'une maison de quartier privée.

²⁰⁸ Intervenant en toxicomanie.

²⁰⁹ Ehrenberg, 1991, notamment les chapitres I ("*L'individu quelconque, version classe populaire*") et le chapitre II ("*La compétition sportive comme anthropologie de l'égalité des individus*").

²¹⁰ Intervenant en toxicomanie.

cahier de bord journalier, soit sur des fiches de terrain insérées dans le dossier de l'utilisateur suivi, soit en construisant des statistiques... Il y a un travail de "garde-mémoire", de synthèse des événements de terrain très important qui est effectué, et qui permet, ensuite, d'analyser les situations de terrain, les problématiques des usagers et leurs évolutions. Ce n'est qu'à partir d'un tel recueil de données de type ethnographique et de leur analyse, puis au cours de réunions d'équipe, que les intervenants en toxicomanie peuvent ensuite auto-évaluer leur travail et éventuellement remettre en question les méthodes de terrain utilisées, les réadapter en fonction du nombre d'usagers rencontrés, notamment, nouveaux dans la file active.

"Là, vous avez eu le premier questionnaire concernant les trois questions que je posais en gros et que vous avez sur le questionnaire de façon détaillée, c'est de savoir "qu'est-ce qu'on a envie de faire, qu'est-ce qu'on doit faire, et qu'est-ce qu'on peut faire ?" et essayer de faire une mesure de cela. C'est cela qui a défini le fait qu'on soit intervenu en bus, cela nous a été imposé mais on l'avait choisi aussi un peu. On a fait des interventions en bus et puis on s'est arrêté pour analyser ce qui s'était passé. On a relu tout ce qui s'était passé pendant nos arrêts de bus, puisqu'on note tout ce que l'on fait dans le cahier de bus. On s'est dit que rencontrer seulement huit personnes par ce biais, n'était peut-être pas la méthode la plus efficace. On a décidé d'arrêter le bus, d'alléger les sorties du bus, de les alléger progressivement jusqu'à les faire disparaître complètement et de privilégier le travail de terrain [...]"²¹¹.

III – Accessibilité et informations aux usagers

Selon Kübler, *"Deuxièmement, un service de proximité fonctionne sur un effet d'attraction. Pour qu'il soit effectivement utilisé, il faut que les clients potentiels du service soient informés de son existence et qu'ils aient l'impression de tirer un avantage personnel de son utilisation. La mise en service d'une activité implique donc "la production d'un effet de fascination"²¹². Les services de réduction des risques reposent sur l'absence de contrainte et partant, ne peuvent obliger leurs clients à les utiliser. Donc, il faut qu'ils soient connus et visibles dans le milieu des consommateurs de drogues et que ceux-ci puissent en tirer un bénéfice individuel"²¹³.*

L'information sur l'existence, la localisation des lieux et les modalités des échanges de seringues aux usagers de drogues comporte deux temps.

Le premier se situe dès le processus d'implantation au cours de la campagne d'information et de sensibilisation et du travail de persuasion des acteurs de la ville et des riverains. Cette campagne s'adressant aux habitants de la ville, les usagers de drogue y résidant, bénéficient tout autant de l'information.

Dans un second temps, l'information sur les PES se fait par le travail de terrain, à chaque rencontre avec un usager nouveau et par le biais du travail relationnel. Un usager qui "se sent bien" avec son intervenant en toxicomanie référent et qui trouve son intérêt dans la relation (exigences relationnelles limitées)²¹⁴ est dès lors le meilleur vecteur publicitaire des

²¹¹ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

²¹² Cité par l'auteur, in Amphoux, Jaccoud, 1998.

²¹³ Kübler, 2000, 142.

²¹⁴ Nous étudions cette notion au VI-2°) "Lieux et degré d'exigence relationnelle" de ce rapport.

intervenants en toxicomanie auprès de ses semblables. Ni les campagnes d'informations, ni le relais des partenaires, ni la proximité des transports en commun, ne peuvent rivaliser avec le bouche à oreille véhiculé par ces ambassadeurs des rues. L'hameçon repose là essentiellement sur les compétences relationnelles des intervenants. Par effet pervers, il arrive que l'utilisateur veuille garder secrète l'information sur les lieux et moments d'échanges de seringues pour préserver une relation monopolistique avec son référent. Ceci dit, le bouche à oreille circule relativement bien entre les usagers de drogue. Ils se racontent et se disent qu'existe dans un coin de la banlieue parisienne, un lieu où l'on accueille les toxicomanes, où des seringues propres et des préservatifs sont distribués sur demande, où l'on peut manger, laver son linge, discuter, fumer une cigarette, être écouté, où on peut les aider dans leurs différentes démarches et, surtout, *où on ne leur demande rien en échange*. Ils se communiquent cette information et se donnent approximativement l'adresse, les horaires ou la station de métro la plus proche. Qu'il s'agisse des lieux et des horaires de stationnements du bus ou des passages des intervenants en voiture ou à pied dans tel secteur vers telle heure, si ces lieux sont relativement constants, si les horaires sont réguliers, et si la qualité relationnelle ne déçoit pas, le bouche à oreille peut se révéler très efficace.

Mais en dehors de cette méthode d'information informelle mais efficace, les intervenants en toxicomanie doivent mettre en œuvre et multiplier des formes de communications ciblées et adaptées à leur public marginalisé pour lui faire connaître les lieux et moments d'échanges de seringues, les modalités de cet échange et les autres services proposés :

- Faire transiter les informations par les partenaires relais : médecins libéraux, pharmaciens, centres de soins aux toxicomanes, acteurs locaux...) en les rencontrant, en leur expliquant leurs actions et en leur distribuant des plaquettes informatives.

- Faire des affichages sur les distributeurs automatiques.

- Insérer des messages dans les kits de seringues.

- Passer et repasser ostensiblement dans un lieu pour favoriser leur visibilité et se faire repérer par les usagers de drogue (en bus, en voiture ou à pied). Par exemple, à pied, en se promenant un kit à la main, qui ne peut être identifiable que par ceux qui les utilisent.

- Déposer leur carte avec un mot signalant l'heure de leur passage et les services qu'ils proposent dans les lieux où ils ont ramassé des seringues usagées, où ils savent qu'il y a peut-être des usagers ou encore des personnes qui connaissent des usagers qui pourront leur fournir l'information (squats). Ils peuvent glisser leur carte dans les encoignures des murs, entre deux pierres ou la punaiser sur les murs des caves ou sur les portes. De la sorte, disposant de l'information, les usagers ont le choix de venir ou pas, d'être là ou pas.

Squat *"Si on voit qu'il y a des traces d'activités toxicomanes, on dépose des kits et une carte de l'association, simplement. On repasse deux jours après, pas aux mêmes heures, systématiquement. Là, on voit si les kits ont été pris ou non. Si les kits ont été pris on en met d'autres avec un mot un peu plus précis disant : "nous ne connaissons pas vos besoins en matière de matériel de prévention, si vous voulez qu'on vous apporte du matériel plus adapté, n'hésitez pas à nous appeler", et on laisse de nouveau le numéro de téléphone, signé "Équipe de l'association". Troisième intervention : toujours deux jours après, toujours à des heures différentes que les fois précédentes, là on regarde si les seringues ont été prises ou non, et on laisse un mot encore plus précis en disant, "la prochaine fois, nous viendrons tel jour à telle heure" et généralement, ils sont là très épatés par l'histoire, donc ils sont là, pour le cas où on ne les a pas vus"*²¹⁵.

²¹⁵ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

Après avoir exposé ce qui constitue en quelque sorte les invariants inhérents à l'accessibilité des PES (adaptation de l'équipe de réduction des risques au contexte local, méthodes de terrain ethnographique et ethnologique, information aux usagers de drogues), nous allons voir maintenant les trois composants de l'accessibilité des PES : l'accessibilité géographique des lieux d'échanges de seringues (chapitre IV), l'accessibilité temporelle des équipes de réduction des risques (chapitre V) et enfin ce que recouvre l'accessibilité relationnelle des intervenants en toxicomanie (chapitre VI).

IV – L'accessibilité géographique des lieux d'échanges de seringues

L'adéquation des services de réduction des risques avec le mode de vie de leur clientèle implique également un rapprochement spatial des lieux de vie des consommateurs de drogues. En effet, non seulement les obstacles "sociaux" des conditions d'utilisation, mais aussi les distances spatiales peuvent empêcher une bonne fréquentation du service, et partant, réduire son efficacité. Ce n'est pas le client qui doit aller à la rencontre du service, mais celui-ci qui doit être installé aux endroits où sa clientèle se trouve²¹⁶.

L'accessibilité géographique des lieux d'échanges de seringues fixes, boutiques et distributeurs de seringues, ne répond pas aux mêmes critères que celle d'un dispositif mobile comme le bus, ou celle du travail de rue. Pour les premiers, la démarche "d'aller vers" incombe d'abord à l'utilisateur qui se rend dans ou vers un lieu, pour les seconds, elle incombe aux intervenants qui vont vers ou chez les usagers.

1°) L'accessibilité des boutiques

Selon les acteurs rencontrés, l'accessibilité d'une boutique est renforcée lorsque son implantation se fait dans un milieu urbain comptant une population importante de jeunes déstructurés ayant des habitudes toxicomaniaques. On sait en effet que les usagers se déplacent peu et l'on peut supposer qu'un trajet long risque de les décourager. D'une autre façon, on observe que les personnes fréquentant les services sociaux préfèrent consulter dans un lieu où elles ne sont pas connues. Certains usagers de drogue adoptent une attitude semblable dans cette recherche d'anonymat et de discrétion visant à protéger leur identité sociale par rapport à leur entourage proche. Mais, d'autres, en revanche, ne mettent pas en œuvre de telles techniques de dissimulation de leur déviance.

Aussi, si la proximité d'une boutique du lieu de vie des usagers est un facteur déterminant, il serait nécessaire de créer plusieurs boutiques disséminées sur le territoire en tenant compte des différentes réalités sociales des quartiers : toxicomanie, représentations sociales et types d'usagers. La population des usagers habitant des quartiers "villages" est en effet différente de celle des quartiers longeant le périphérique et les grands boulevards où l'on rencontre majoritairement des usagers prostituées. Cependant, le mode d'approche le plus adapté à cette population semble être le travail de rue, à pied ou en voiture, par ailleurs

²¹⁶ Kübler, 2000, 143-144.

effectué par une association de réduction des risques, à moins de leur prévoir un lieu d'accueil spécifique.

Quoiqu'il en soit, la pratique montre que l'origine géographique des usagers fréquentant la boutique est fort variée. Certains usagers habitent le quartier d'implantation, d'autres viennent de toutes les villes du département, voire de la banlieue parisienne et même de villes relativement éloignées de Paris. Cette accessibilité est favorisée, d'une part, par la proximité des transports en commun, et, d'autre part, par le bouche à oreille, véhicule de la réputation du lieu et de l'équipe.

Enfin, l'accessibilité d'un lieu d'accueil pour les usagers de drogue est d'autant plus facilitée, que la boutique se situe à proximité des transports en commun, notamment du métro, du bus et des RER. L'utilisation du métro est la plus simple, en pratique et en temps.

2*) *L'accessibilité des distributeurs automatiques de seringues*

Encore une fois, l'endroit le plus adapté pour faciliter l'accessibilité géographique des distributeurs automatiques de seringues aux usagers de drogue dépend des contextes locaux, ce qui explique le caractère parfois contradictoire des critères cités par les acteurs rencontrés :

- dans une zone de passage (croisement de deux grandes avenues).
- dans un lieu neutre et anonyme (mais cela pose alors la question de sa publicité).
- en centre-ville parce que fréquenté par les "jeunes".
- près des transports en commun, notamment près d'une gare parce que beaucoup de personnes y passent pour prendre les transports pour aller à Paris (ou y traînent avant de prendre leur transport).
- en fonction de la répartition géographique d'implantation des autres distributeurs, de façon qu'ils soient suffisamment éloignés les uns des autres et puissent couvrir un large territoire.
- hors d'une cité.
- sur la devanture d'une pharmacie.

D'un point de vue matériel, l'accessibilité d'un distributeur automatique de seringues dépend aussi de deux facteurs. Premièrement, il faut savoir que l'on ne peut utiliser un distributeur automatique de seringues qu'avec un jeton prévu à cet effet. L'insertion du jeton dans l'appareil permet ensuite de tirer sur un tiroir offrant un kit de seringue. Un autre tiroir ou un container spécial est prévu pour recevoir les seringues usagées. C'est dire que l'utilisateur doit pouvoir se procurer des jetons pour utiliser un distributeur automatique de seringues. Les jetons sont distribués gratuitement par les intervenants en toxicomanie et par les pharmaciens. On pourrait imaginer d'autres modes de distribution des jetons pour optimiser leur diffusion. Deuxièmement, l'accessibilité matérielle d'un distributeur automatique tient au maintien régulier de son approvisionnement par l'équipe de réduction des risques, puisque aucun autre acteur de la ville ne veut s'en charger, afin qu'il ne soit surtout pas vide ou encore en panne, les jours de grande consommation, comme les week-ends. Un échangeur en panne a ainsi provoqué un jour des réactions violentes de la part d'usagers venus prendre un kit de seringue et qui ne comprenaient pas pourquoi l'appareil ne fonctionnait pas. Une machine qui serait régulièrement hors d'état de fonctionner n'inciterait pas les toxicomanes à venir en priorité se procurer du matériel propre par cet intermédiaire.

Les statistiques faites par les associations de réduction des risques attestent d'elles-mêmes de l'utilité des distributeurs automatiques de seringues. L'avantage spécifique de l'échangeur de seringues, que n'offre aucun autre mode d'approche, est de permettre un total anonymat. L'utilisateur n'est pas contraint d'entrer en relation avec autrui pour effectuer l'échange de seringues, le degré d'exigence est dans ce cas au point zéro. En ce sens précis, il n'y a aucune dimension sociale de don et contre-don, dont la vertu élémentaire est de créer les obligations sociales nécessaires à l'entretien du lien social de toute communauté humaine²¹⁷. Ainsi, d'un côté, le totem permet de satisfaire l'objectif strictement sanitaire minimum mais, de l'autre, il ne permet pas de recréer des relations sociales "intégratrices" ou "normalisées" avec des usagers très marginalisés et en retrait de tout système officiel. Cependant, on peut supposer, tout au contraire, que certains usagers sont relativement bien intégrés socialement et utilisent l'échangeur de seringues comme d'autres utilisent les distributeurs de préservatifs, pour se faire un plan shoot "propre", juste pour le week-end avec une gestion des risques associée.

3*) L'accessibilité des lieux de stationnements du bus

De façon générale, l'accessibilité géographique des PES est favorisée par des stationnements de bus dans les cités loin des centres où les exclus ont été relégués. En effet, les "banlieues sensibles" sont, elles, à la porte des agglomérations. Extensions urbaines des années soixante, aujourd'hui coincées entre des bretelles d'autoroute et des boulevards périphériques, ces banlieues sont généralement mal desservies par les transports en commun. Les enquêtes récentes²¹⁸ montrent que ce sont moins les caractéristiques de l'immigration qui posent question, que la mauvaise réputation de ces cités et leur isolement géographique, l'absence de services publics et d'activités économiques²¹⁹.

a) Stationner dans les zones de vie des usagers

Le principe de bon sens est d'aller dans les endroits fréquentés par des usagers de drogue. Aussi, les lieux de stationnements du bus, à proximité des cités les plus sensibles au niveau de la toxicomanie, sont bien choisis selon le commissaire de police qui néanmoins s'interroge sur le point de savoir si l'équipe du bus n'a pas été inquiétée par des personnes. En effet, il s'agit bien de stationner à proximité du lieu de vie d'usagers et non en plein milieu d'une cité ou d'un quartier : on a vu que cela n'est pas accepté, d'une part, par les riverains et, d'autre part, par d'autres groupes locaux. En effet, des familles des cités ont vu de nombreux jeunes toxicomanes mourir du sida et comme le constatait Nelly Boullenger : *la mort du sida dans une cité aura modifié le regard des jeunes. Des formes violentes et spontanées de rejet des toxicomanes sont apparues dans les années 1990, en témoignent les chasseurs de toxicos. Ces phénomènes ont cours, nous en avons eu plusieurs exemples sur les différents sites où nous intervenons. Leur avènement cache des réalités différentes. Ce peut effectivement être*

²¹⁷ Cf. Mauss, 1985.

²¹⁸ Collectif, 1997.

²¹⁹ Duprez, 1999.

réellement, parfois, une forme de contrôle social exercée par la cité sur elle-même, mais aussi naître d'une volonté de "dépouiller" des toxicomanes parce que l'on sait qu'ils sont susceptibles de posséder de l'argent, se déclencher parce qu'une personne de la cité s'est fait voler son autoradio et que l'on accuse les drogués, ce peut être, encore, une lutte de territoire entre dealers, ou des dealers de shit s'en prenant aux dealers d'héroïne. Ces événements ne sont compréhensibles que de l'intérieur. On s'est rendu compte, par exemple, qu'un des meneurs d'une chasse aux toxicomanes était en fait lui-même un toxicomane mais qu'il se fournissait dans une autre cité : c'était une façon pour lui d'éviter d'être soupçonné de se droguer et d'être ainsi stigmatisé dans sa cité²²⁰.

On peut poser l'hypothèse que le fonctionnement social communautaire des cités vivant plus ou moins fermées sur elles-mêmes (relégation socio-économique), les contraintes de la proximité spatiale, "la vie de la rue", impliquent un modèle de contrôle social et des surveillances communautaires d'autant plus fortes que l'on y voit un abandon du contrôle et des services de l'État.

b) Stationner dans les villes vierges de toutes structures destinées aux toxicomanes

L'avantage manifeste d'un dispositif comme le bus est sa mobilité, le fait qu'il permette de se rendre dans les villes touchées par la drogue où aucune structure sanitaire spécialisée pour les toxicomanes n'est implantée ou qui en sont trop éloignées géographiquement. Le bus permet ainsi d'aller à la rencontre des usagers de ces villes qui, laissés à eux-mêmes et sous l'effet de la pression de leur dépendance, risquent de faire fi de toute précaution sanitaire lorsqu'ils se droguent. Sous la pression du manque et si des seringues propres ne sont pas accessibles dans l'immédiateté de leur besoins, le risque connu et combattu est la pratique de l'échange sauvage et multiple d'une seringue usagée au cours d'un shoot collectif.

"Il faut des structures ou des bus. Dans les zones où il n'y a rien, les bus sont bien parce que les structures sont peut-être trop loin. Quand ils sont vraiment en manque, ils en prennent dans le caniveau s'il y en a une et ils se la passent à quatre, s'ils sont quatre. Ils ne cherchent plus, leur tête ne fonctionne plus. Certains mêmes envoyaient leur grand-père chercher leur pension à la poste, sinon ils n'en avaient plus. Ils sont vraiment trop mal. Ils font n'importe quoi. Il faudrait un bus dans les zones où il n'y a rien. C'est une histoire d'argent aussi parce que dans un premier temps, le bus coûte moins cher qu'une structure. Quelque chose de mobile, c'est pratique. Il peut n'y avoir personne, on s'est mis dans ce coin-là mais on va bouger, parce que dans ce coin-là, il y a plusieurs personnes, mais ils ne vont pas en bouger de ce coin, ne vont pas faire 100 mètres. Le bus fait le contraire, va au devant et attend. Après, le travail se fait"²²¹.

²²⁰ Boullenger, 1994b, 37.

²²¹ Directeur d'une maison de quartier privée.

c) Stationner dans les lieux mal desservis par les transports en commun

La faible mobilité des usagers et les déficiences des transports en commun dans certaines villes invitent les associations à venir y travailler. Non seulement les communications externes des villes vers les autres sont très inégales, mais cela est vrai également des communications internes qui mènent d'un quartier vers les autres ou vers le centre-ville ou les centres commerciaux et administratifs, elles peuvent être insuffisamment développées. Ce qui signifie que certains quartiers sont parfois très isolés géographiquement. De surcroît, à cet isolement géographique se rajoute souvent une relégation sociale due à la misère sociale et accentuée par un fort sentiment d'insécurité et d'exclusion sociale. Il va sans dire que ce sont vers ces types de quartiers "ghettoïsés" par des politiques de logement et de transport inconséquentes et qui cumulent trop de problèmes, que les intervenants en toxicomanie utilisant le bus doivent se rendre pour aller au devant des usagers.

"Au niveau de la maison de quartier, il y a toujours un travail en collaboration avec la mairie centrale et la RATP pour signifier que ce quartier était très mal desservi, notamment depuis que le bus x ne passait plus par ici. Il n'y avait plus de jonction directe entre ici et le Centre Leclerc. Ce qui fait que les commerçants partant de plus en plus de ce quartier, les gens étaient de plus en plus coincés pour faire leurs courses, beaucoup de population âgée et handicapée. Donc il y avait toujours un travail en cours depuis des années mais qui n'aboutissait pas. Je pense que c'était le cas de plusieurs quartiers, parce que la ville est vraiment très étendue, en plus, coupée par deux nationales, les voies de chemin de fer, le canal, le cimetière parisien. C'est vrai que l'on n'était pas le seul quartier à se sentir excentré. Cette navette était donc plutôt attendue, mais, encore une fois, elle a été plutôt mal ressentie, parce que l'arrêt est devant le cimetière"²²².

"Au niveau purement administratif, les habitants ici se sont souvent considérés comme exclus de la ville, délaissés par l'administration. [...] Il y a toujours eu des gros problèmes, par rapport à la drogue notamment. [...] Ce qui est ressenti par la population, c'est un grand sentiment d'insécurité, de peur par rapport à la jeunesse parce qu'il y a eu un viol collectif. [...] Ce sont ici les logements qui ont les loyers les plus bas du département. En ayant l'APL, ils peuvent payer 200 / 300 francs de loyer. Ici, maintenant que les logements ont été réhabilités, il y a toute une population de partie, la moitié de la cité était vide le temps de la réhabilitation. Il y a donc un repeuplement par des gens qui ont de très faibles revenus, qui vivent avec les minima sociaux : les gens qui vivent avec l'allocation de parent isolé, le RMI, les ASSEDIC... Cela veut dire que la politique de relogement est un peu inquiétante parce que cela tend à maintenir un ghetto de gens qui ont a priori plus de difficultés sociales que les autres. Ici au-dessus, cet immeuble est considéré comme moins touché, tous les habitants d'ici voient une forte dégradation, notamment des cages d'escalier. C'est sale, c'est mal entretenu, c'est plein de graffitis, c'est plein de tags. Les gens se sentent dans l'insécurité. Les gens qui peuvent être les piliers du quartier ont envie de se barrer parce que pour eux le quartier devient insupportable"²²³.

²²² Employée municipale de maison de quartier.

²²³ *Ibid.*

d) Varier les lieux de stationnements pour approcher des usagers nouveaux

Changer les lieux de stationnements pour aller au devant des usagers permet d'en approcher de nouveaux pour leur apporter sur place un soutien relationnel et une écoute.

On notera que couvrir en bus des villes espacées géographiquement alourdit le travail des équipes de réduction des risques. Il leur faut ainsi gérer les temps de déplacements obligatoires et relativement longs pour se rendre dans des communes souvent éloignées les unes des autres.

4°) Le travail de rue

Le travail de rue est celui qui comporte le moins d'entrave matérielle à gérer, il génère moins de problèmes d'acceptabilité de la part des riverains, il offre plus de possibilités et de marges de manœuvres, il paraît être la méthode de travail la plus adaptée pour aller vers et atteindre les usagers "inatteignables". Avec l'aide d'un médiateur de proximité (acteur local ou ancien usager), on peut se rendre plus ou moins partout : dans les espaces publics neutralisés (lieux de circulation, squares, sous les ponts) tout comme dans les espaces privés ou privatisés (chez l'utilisateur, dans son squat ou son appartement, descendre dans les caves des cités "privatisées").

V – L'accessibilité temporelle des équipes de réduction des risques

1°) Des lieux et des périodes de sociabilité

Les horaires de travail des intervenants en toxicomanie doivent se calquer sur les temporalités de vie des usagers dans un quartier donné. De façon générale, les horaires du travail mobile (stationnements du bus, rues, espaces privés de l'utilisateur) fixés l'après-midi semblent correspondre au mode de vie des usagers qui dorment tard le matin. On peut objecter néanmoins, qu'une catégorie d'utilisateurs, notamment les prostituées travaillant le soir et la nuit, ou encore certains préférant sortir la nuit tombée, n'ont pas accès aux programmes d'échange de seringues, hormis éventuellement aux distributeurs automatiques, encore faut-il qu'ils soient situés à proximité de leurs lieux d'activités ou que ces utilisateurs aient un moyen de locomotion. Par ailleurs, certains quartiers connaissent une activité sociale relativement dense en matinée ou en soirée, d'autres pas du tout. Dans le premier cas, effectuer du travail de rue est nécessaire, dans le second cas, ce serait une perte de temps. Il faut ainsi prendre en compte les temporalités de sociabilité des quartiers. L'enquête montre que la majorité des équipes sort rarement en matinée, consacrant ce temps aux accompagnements sanitaires ou sociaux (quand l'utilisateur réussit à se lever) ou au travail administratif. Aucune ne travaille en soirée (sauf en été pour certaines) ou de nuit.

2*) *Fréquentation et affluence*

Les intervenants observent que l'affluence des usagers, dans la boutique ou dans le bus, diminuent fortement lors de la période du ramadan, à la suite d'une action de répression policière dans le quartier, et lors du versement du revenu minimum d'insertion. Disposant d'argent, les usagers sont alors à la recherche de produit, ceci dit, ils prévoient, à l'avance, leur matériel d'injection propre en conséquence. Pour ce qui concerne spécifiquement le travail à l'extérieur (bus ou rue), les intervenants notent rencontrer peu d'usagers pendant les grands froids et les pluies de l'hiver. En fonction de ces tendances, les intervenants peuvent modifier les horaires de leurs différentes activités.

3*) *Des expérimentations locales et des horaires adaptés aux objectifs que permet le lieu*

La détermination des horaires de travail des intervenants est le produit d'expérimentations. Elle varie selon le lieu et le mode d'action et selon le contexte local. Ainsi, par exemple, l'accessibilité temporelle des échanges de seringues effectués par le travail de rue paraît, encore une fois, plus facile à gérer que celle des autres modalités d'approche des usagers. Les horaires peuvent être plus souples et plus ou moins variables. C'est essentiellement l'expérience et la pratique qui concourent à mieux cerner l'intérêt d'ouvrir la boutique en fonction des objectifs de travail, dans tel créneau horaire plutôt que dans un autre, de faire du travail de rue ou de stationner le bus, tel jour, de telle heure à telle heure à telle période, ou encore de rendre visite à un usager à telle heure, ou de faire des orientations sanitaires ou sociales (interviennent ici cependant les horaires de travail et la disponibilité des autres professionnels).

Selon les acteurs des maisons de quartiers interviewés, le stationnement du bus sur le parking, le mercredi, paraît le jour de la semaine propice à la rencontre des "jeunes" qui n'ont pas de cours ce jour-là et qui fréquentent la maison de quartier. Le temps de chacun des stationnements s'étale approximativement sur une heure, une heure trente minutes, au cours de l'après-midi. Nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments pour affirmer que l'heure et les temps de stationnement sur chaque site sont adaptés ou pas.

Si l'on prend les objectifs du travail en boutique, ceux-ci sont, d'une part, de réussir à créer une relation privilégiée avec l'utilisateur, d'avoir une discussion avec lui le temps de son passage, voire d'aborder certains problèmes, de lui proposer des démarches, de lui offrir des cadres sociaux et des conseils sanitaires, et, d'autre part, que l'utilisateur s'approvisionne en kits de seringues et préservatifs selon ses besoins, qu'il puisse profiter de la convivialité du lieu et bénéficier de tous les services offerts. Or, les intervenants en toxicomanie ont constaté qu'une ouverture sur une plage horaire très longue : matinée, midi, après-midi et soirée, n'était pas satisfaisante, ni pour les usagers, ni pour le fonctionnement de l'équipe, pour plusieurs raisons :

- Il n'est pas besoin de 10 heures d'affilée pour atteindre ces objectifs et ceux-ci satisfaits, le temps joue contre l'intérêt de tous. Les usagers traînent ensuite dans la boutique, essaient de passer le temps, et, parfois "défoncés", finissent par chercher des noises à leur voisin. De la sorte, le travail des intervenants bascule dans le gardiennage et la sécurité, missions qui ne leur incombent pas et ce qui crée des problèmes de surveillance des

interactions qui sont dès lors difficiles à gérer. Néanmoins, l'ouverture en soirée offre l'avantage de recevoir les usagers ou ex-usagers, les membres de leur famille, leurs amis, ou encore des voisins et des partenaires, venant après leur journée de travail. Il n'est pas rare qu'un enfant, enfant d'usager ou de visiteurs, vienne dans la boutique. Cette approche communautaire de la boutique interroge par elle-même ses propres limites et celles de la tolérance ou de la permissivité. En effet, jusqu'où le fonctionnement communautaire d'une boutique doit-il aller, notamment par rapport à la présence des enfants, enfants, dont on sait par ailleurs, qu'ils vivent dans un environnement parfois moins policé et protecteur que celui de la boutique ?

- Par ailleurs, ouvrir la boutique sur une large plage horaire finit par déséquilibrer la complémentarité nécessaire avec le travail de rue. Le travail en boutique aspire alors toute l'énergie et le temps des intervenants. Or, le travail de rue est une des conditions essentielles du dynamisme de la boutique comme nous le verrons plus loin. L'alimentation de la fréquentation de la boutique suit en effet un mouvement qui va de l'extérieur vers l'intérieur. Aussi, il faut viser à équilibrer les heures d'ouverture de la boutique avec le temps du travail de terrain.

- Les intervenants en toxicomanie doivent afficher une certaine apparence de moral, un moral d'acier, pourrait-on dire, paraître "frais et dispos", "d'attaque", se montrer vigilants et attentifs aux usagers. Rester enfermé un temps trop long, face à des personnes qui ne sont pas en bonne santé physique et morale, et dont il s'agit de remonter le moral finit par "fatiguer" plus d'une personne, aussi armée professionnellement soit-elle, et, amoindrir son accessibilité relationnelle. Aussi est-il préférable d'alterner le travail à l'extérieur et le travail à l'intérieur.

- On a vu dans la première partie de ce rapport que les horaires d'ouverture sont un des enjeux de négociation importants avec les riverains. L'accessibilité temporelle de la boutique aux usagers se heurte très vite au barrage de l'acceptabilité par les riverains d'un lieu d'accueil pour toxicomanes. Il s'agit de trouver un équilibre d'intérêt entre l'un et l'autre.

4*) Horaires de travail et effectif d'équipe

Enfin, la gestion de l'accessibilité temporelle des intervenants en toxicomanie est liée à l'effectif de l'équipe de réduction des risques qui doit être suffisant pour :

- permettre l'alternance du travail en boutique ou dans le bus avec celui des accompagnements sanitaires et sociaux, le travail administratif et le travail de rue ;

- favoriser le *turn over* des équipes ;

- pallier, le cas échéant, la réduction ponctuelle des équipes due aux arrêts maladie, aux périodes de transition occasionnées par une nouvelle embauche en remplacement d'un ancien intervenant, et aux temps de formation des intervenants. Un autre facteur à prendre en compte également, est celui de la composition et du nombre des équipes, à l'intérieur, et selon la taille de la boutique (dans le cas étudié, à deux mais de préférence à trois), et à l'extérieur, travail qui exige, par sécurité, des équipes de deux intervenants. Néanmoins, selon les besoins et selon les situations, là encore au niveau des horaires et du nombre d'intervenants dans un lieu (terrain, bus, boutique), les intervenants s'adaptent au mieux de leur possibilité.

VI - L'accessibilité relationnelle et technique des intervenants en toxicomanie

"Je suis intervenante, je dis "animatrice". Je m'occupe de l'accueil dans la structure, qui suppose accueillir les gens, répondre à leur demande quand il y en a une".

"La mission de l'association, on est donc association de réduction des risques. Le but essentiel est de prévenir les risques infectieux auprès des usagers, en somme par voie intraveineuse".

"Nous sommes animateurs en politique de réduction des risques. Notre rôle est de distribuer des seringues propres et récupérer les usagées pour éviter qu'ils se transmettent les maladies, leur donner des jetons, essayer d'avoir une relation sur le terrain pour les ramener vers le local, faire un travail plus profond ensuite avec eux, s'ils veulent se réinsérer, décrocher".

"Je suis intervenant en toxicomanie et plus précisément intervenant de rue auprès des toxicomanes dans la rue. L'idée est de rencontrer des usagers pour essayer de les orienter vers des institutions qui existent déjà, genre hôpitaux, médecins, service social, même pour du boulot éventuellement".

L'enquête montre que les intervenants en toxicomanie développent et mettent en œuvre des compétences relationnelles variables selon les lieux et les contextes de travail et selon les types d'usagers et qui sont complémentaires. Chacune des associations présente comme "une carte d'identité relationnelle" qui est liée pour partie à leurs méthodes de travail en fonction du lieu à partir duquel s'exercent les actions de réduction de risques. C'est dire que la situation de la relation influe sur la relation entre l'intervenant en toxicomanie et l'utilisateur (2). Néanmoins, une même culture éthique rassemble l'ensemble des intervenants en toxicomanie (1). Nous verrons aussi que les lieux d'intervention sélectionnent d'eux-mêmes le type d'usagers de drogues rencontrés, autrement dit, selon le lieu et les modalités d'intervention, on aura plus de chances de rencontrer tel type d'utilisateur plutôt qu'un autre.

1°) Des règles relationnelles

Le travail des intervenants en toxicomanie est régi par un ensemble de règles déontologiques, qui sont élémentaires dans tout travail basé sur la relation sociale, mais qui ne sont pas formalisées et objectivées. Néanmoins, les discours des intervenants en toxicomanie révèlent clairement l'existence d'un *corpus* de règles éthiques basiques, qui visent à favoriser le rapprochement social du service de ses clients. *Le service doit être dénué de tout élément qui puisse contribuer à la stigmatisation de ses utilisateurs et correspondre au mieux aux caractéristiques du milieu socio culturel dans lequel ceux-ci ont l'habitude de se mouvoir*²²⁴. On voit ainsi apparaître le référent choisi par l'utilisateur ; en ce sens, nous verrons que la

²²⁴ Kübler, 2000, 143. Selon cet auteur, cette idée se traduit par une méthode de travail qui consacre les trois principes suivants : anonymat, non-jugement, respect de l'autonomie des clients, principes que nous avons également retrouvés au cours de cette enquête.

complémentarité et la polyvalence des intervenants de l'équipe sont importants. Le rôle du référent est alors de savoir susciter la demande thérapeutique ou sociale de l'utilisateur, de savoir la décoder le cas échéant, et d'y répondre.

a) Absence de jugement moral, empathie et distance, intérêt humain

Le premier élément fondateur d'une relation sociale est le respect de la personne en tant que telle, qu'il s'agisse d'un toxicomane ou d'une autre personne. Cette attitude implique de la part de l'intervenant en toxicomanie une position de neutralité éthique par rapport à l'utilisateur de drogue, à sa vie, à ses activités illicites, autrement dit, d'être en mesure de faire taire ses préjugés moraux et ses propres valeurs. Il doit se défendre de juger l'autre et tendre toute son attention vers l'intérêt à l'autre.

La pratique de l'empathie à l'égard de l'utilisateur²²⁵, d'essayer de se placer de son point de vue permet de mieux le comprendre et donc de l'aider. Parti de là, l'utilisateur perçoit cet intérêt pour lui, intérêt qui le valorise et le met en confiance. Ensuite, l'accroche de cette confiance déclenche souvent la possibilité de faire évoluer la situation de l'utilisateur. L'intervenant en toxicomanie doit essayer de montrer un intérêt toujours actuel pour l'utilisateur, ce qui ne va pas de soi quand l'usure du temps et de la routine peut émousser la vivacité de cet intérêt et ce qui réclame beaucoup de constance, d'énergie et de vigilance. Il s'agit en effet d'être, constamment, dans l'attitude de celui qui va vers l'autre, qui s'intéresse à l'autre en tant qu'humain, attitude, qui, automatiquement, finit par interpeller l'autre et le faire réagir. Car, si de nombreux facteurs jouent contre le travail relationnel de l'intervenant, il en est un qui fait figure d'atout. L'utilisateur évolue dans un monde plus ou moins hostile où les relations sociales sont motivées par le produit et l'argent ; on ne s'intéresse pas à lui pour lui-même, en tant que personne. Or, l'intervenant en toxicomanie s'intéresse au toxicomane pour lui-même, tel qu'il est. Cet intérêt "gratuit" favorise l'accroche relationnelle dont la force varie selon les accointances sociales, et où la personnalité de l'intervenant joue un rôle déterminant ; cet intérêt humain peut être le chemin pour aller vers l'utilisateur. Si l'empathie semble être "naturelle" pour les intervenants en toxicomanie qui sont d'anciens usagers de drogue, qui ont partagé un vécu et des "galères" plus ou moins proches des usagers dont ils s'occupent aujourd'hui, c'est aussi une attitude relationnelle qui s'apprend, une technique de travail qui s'acquiert.

Par effet inverse, la pratique de l'empathie nécessite de savoir prendre ses distances par rapport à l'autre, de poser les limites entre lui et soi, de façon à ce que les rôles de chacun ne soient pas confondus, au risque d'oublier l'objectif que sert cette empathie. La prise de distance nécessaire à la professionnalité de tout intervenant en toxicomanie ne se construit qu'à partir d'un travail de décentrement, un travail sur soi. Du reste, il s'agit d'une technique professionnelle constitutive de tout travail basé sur la notion de service relationnel, utilisée aussi bien par le psychanalyste que l'avocat²²⁶. L'identification au client conduit à la perte des compétences et de légitimité du professionnel de service.

²²⁵ Nous remarquons encore une fois qu'il s'agit là des techniques utilisées par tout sociologue ou ethnologue étudiant un groupe social donné.

²²⁶ Il n'existe pas de plus mauvaise plaidoirie que celle d'un avocat qui défend devant le tribunal, un adolescent victime d'agression de la part d'un camarade, comme s'il s'agissait de son fils.

Deux facteurs renforcent l'accessibilité relationnelle des intervenants en toxicomanie :

- Leurs expériences passées leur donnent une connaissance personnelle du fonctionnement social des toxicomanes. Ils ont la capacité de se placer de leur point de vue, de se mettre à leur place, et ainsi de mieux les comprendre, d'avoir les mots, les gestes ou le regard adaptés aux moments opportuns. Leur passé leur confère la légitimité de faire et de dire face aux usagers, légitimité qui leur procure une réelle force de persuasion. Ils ne parlent pas et n'agissent pas sans connaître, ils ne baratinent pas, ils sont crédibles d'office, ils sont légitimes en tant que tels.

- Si le passé des anciens usagers est un de leur atout maître dans le travail relationnel de réduction des risques, leur présent l'est tout autant sinon plus. Le passage d'une vie de toxicomane à une vie "normale", par le fait d'être parvenu à construire une vie sociale et affective satisfaisante, en ayant un travail, en ayant fondé une famille, vient valider et justifier le but de leur travail. Ils font figure à la fois d'exemple, de modèle et d'espoir pour les toxicomanes : ils sont l'illustration vivante qu'il est possible de sortir de la dépendance à la drogue.

Par ailleurs, les compétences pragmatiques que les anciens usagers reconvertis apportent à une association de réduction des risques sont valorisées par le fonctionnement dual et mixé professionnellement des équipes d'intervenants. Les uns et les autres sont porteurs de visions des choses et de façons de faire différentes et complémentaires, qui viennent enrichir les capacités de travail de l'équipe. Cette diversité d'individualités et de qualités professionnelles requiert alors une coordination de groupe relativement solide et une attention toujours vigilante aux faiblesses individuelles que la difficulté du travail de l'intervenant en toxicomanie peut entraîner.

b) Confiance, crédibilité et chaleur humaine

Dans toute relation sociale existent, pourrait-on dire, des invariants relationnels basiques. On peut citer le désir et la recherche de la relation avec l'autre, la mise en confiance, ainsi que la volonté, de part et d'autre, que la relation dure (notion de temps)²²⁷. Nous avons vu que l'expertise de l'ancien usager de drogues est constitué de ce crédit de confiance, de fiabilité, de crédibilité et de légitimité. Au sens bourdieusien, il est doté de nombreux capitaux valorisés dans le champ de la toxicomanie. Ces invariants sont accentués dans les relations entre un intervenant en toxicomanie "classique" et un usager de drogue, par le fait que l'un est un acteur inséré dans les systèmes sociaux traditionnels, vivant dans la légalité et la normalité sociale admise, et le fait que l'autre est un acteur exclu des systèmes sociaux traditionnels, évoluant dans l'illégalité, la marginalité sociale et donc la prise de risques quotidienne. En effet, l'usager, de par sa situation sociale, se méfie tout le temps de tout et surtout des autres, la méfiance fait partie intégrante de son jeu social. Gagner sa confiance est le point de départ du travail relationnel de réduction des risques des intervenants en toxicomanie²²⁸. En ce sens

²²⁷ Goffman, 1974.

²²⁸ Ainsi, l'évaluation du Sprützehüslü à Bâle conclut que le rapport de confiance entre l'équipe et les usagers est une précondition au succès des services de réduction des risques. Les consommateurs ne sont pas seulement une clientèle fragilisée sur le plan social et sanitaire, mais aussi extrêmement méfiants vis-à-vis de tout ce qui peut comporter un risque de dénonciation à la police. Ne pas leur demander leur nom, ne pas les juger et leur laisser le libre choix d'utiliser un service ou non sont des éléments sur lesquels peut se construire ce rapport de

et par expérience, les acteurs de terrains constatent qu'il ne doivent pas s'engager dans une action demandée par l'utilisateur s'ils ne sont en mesure de la finaliser concrètement, il faut "assurer". La confiance se construit petit à petit, dans le temps, à travers des paroles tenues, des engagements respectés et des actions mobilisées et réalisées. Ce sont les trois piliers de la construction de la fiabilité et de la crédibilité de l'intervenant en toxicomanie auprès de l'utilisateur de drogue, qui déterminent ensuite l'efficacité du travail relationnel, et, partant, la pérennité de l'échange de seringues.

"Créer un lien avec quelqu'un demande du temps et de la rigueur et aussi de la fiabilité. On ne peut pas dire à quelqu'un : "oui, je vais m'occuper de ton truc..." et puis ne rien faire. Dans ces cas-là, c'est prendre les gens pour des cons et perdre toute crédibilité or ce sont des gens qui sont a priori – et ils ont raison de l'être – méfiants, parce qu'ils ont déjà eu pas mal de coups vifs dans leur existence donc cela me paraît normal qu'ils se méfient un peu et qu'ils n'aient pas obligatoirement une confiance comme cela d'emblée vis-à-vis des intervenants [...]"²²⁹.

"Je crois que l'on peut dire il y a la façon d'être et puis la façon de faire, et puis après prouver, encore que le mot "prouver", je ne sais pas si c'est le bon mot, mais prouver que tu ne sers pas à rien, c'est-à-dire que quand on te demande quelque chose, il faut essayer d'assurer. Être là un certain temps avec des gens, juste dans une relation simple et de ressentir ou de repérer l'instant où la personne est en demande, et si tu arrives à repérer cela, c'est bien déjà. Et puis de pouvoir assurer au moment où on te demande quelque chose, être prêt à tout moment. Montrer que si tu fais ce boulot, c'est pour eux. Il faut que tu sois attentif, tu écoutes. Il y a une histoire de confiance. La confiance se fait tout doucement. Ce n'est pas un truc où tu arrives, et tiens j'ai une confiance, j'ai une carte d'ami. c'est gros ce que je dis mais c'est vrai, la confiance se fait au fur et à mesure, la personne va te dire un truc. Après, c'est le personnage, ce qui prime c'est le personnage et après tout se fait autour de cela. On est fait pour avoir des relations qui sont faites pour arriver à accrocher rapidement avec des gens. Tu vas parler cinq minutes et tu vas dire "il est vachement bien". Tu vas t'accrocher à cette personne, parce que tu sais que, en tant qu'utilisateur, tout ce qui est copinage ou amitié, il y en a pas beaucoup, tout tourne autour du produit, mais quand tu tombes sur un animateur ou un éducateur, il suffit que tu trouves ce personnage, tu le ressens alors qu'il n'y a rien, il n'y a pas d'intérêt, et bien tu ne peux qu'accrocher, surtout que tu es dans la galère, tu sais que tu n'es pas bien. Tu sais qu'en allant là-bas, tu vas trouver la personne qui va t'entendre ou qui va t'aider, et même si elle ne peut pas t'aider physiquement ou matériellement, elle peut t'aider dans ta tête ou faire juste semblant de t'aider. Je crois qu'après c'est un professionnalisme qui s'acquiert au fil du temps. Je parle pour moi personnellement mais j'ai toujours été comme ça, depuis tout jeune, j'ai toujours été quelqu'un qui accroche avec tout le monde"²³⁰.

En outre, l'absence d'enjeu économique dans la relation entre l'intervenant en toxicomanie et l'utilisateur, facilite grandement la relation sociale qui est ainsi allégée des tensions et des négociations inhérentes à la défense des intérêts matériels. De la sorte, la

confiance, essentiel à une bonne marche du service, Kükler, 2000, 144. Cet auteur fait référence à l'étude Spreyermann, Flückiger, 1990, 38.

²²⁹ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

²³⁰ Intervenant en toxicomanie.

relation peut s'épanouir sur un plan strictement humain. Les intervenants ne proposent pas quelque chose en échange d'autre chose. Ils offrent non seulement des services gratuits mais aussi leur personne, de la chaleur humaine et une relation fondée essentiellement sur la tolérance de l'autre dans toutes ses dimensions. Il arrive parfois que la relation sociale domine son utilité sous-jacente, à savoir l'échange de seringues, ce sur quoi les intervenants doivent rester vigilants.

Dans la construction de la confiance avec l'utilisateur, la notion du sentiment de sécurité est également déterminante. Ainsi, les lieux d'échanges de seringues fermés ou semi-fermés, comme la boutique ou le bus, dans lesquels les usagers de drogue font la démarche de venir doivent apporter des garanties de sécurité jugées par eux satisfaisantes. De la même façon, le sentiment de sécurité fait partie de la confiance accordée aux intervenants lorsqu'ils sont invités à se rendre chez les usagers, lesquels habitent soit en appartements, soit en squats.

c) La notion de référent

Lorsqu'un nouvel usager franchit le seuil de la boutique, les intervenants le repèrent aussitôt : son visage est inconnu et son attitude traduit une certaine mise en retrait, qui fond petit à petit après son évaluation du lieu, des personnes présentes et ce qui s'y passe. Soit l'utilisateur prend l'initiative du contact, soit, sinon, très rapidement, les intervenants la prennent en allant vers lui pour le saluer, se présenter et présenter les autres intervenants et personnes présentes, lui expliquer leur travail tout en lui proposant de boire un café, pour éviter qu'il ne s'isole et ne se renferme dans son coin, vexé qu'on ne s'intéresse pas à lui, ce qui n'est pas un bon départ pour engager une relation. Certains usagers n'accrochent pas au principe relationnel de la boutique, l'utilisant seulement comme un simple mode d'approvisionnement en kits de seringues. D'autres, en revanche, le contact créé, choisissent, selon leurs affinités, un intervenant référent à qui ils s'adresseront de préférence, voire exclusivement, pour parler de leur histoire personnelle, de leurs problèmes ou encore pour faire des démarches et monter un projet de vie. C'est l'intervenant avec lequel l'utilisateur aura "accroché" : des mots, des silences, des regards et des gestes qui signifient une compréhension mutuelle et qui construisent la trame de la communication et de l'échange. On n'impose pas une relation, on ne devient pas l'obligé²³¹ de quelqu'un sans une reconnaissance et un accord réciproques. La relation participe dans un sens de l'élection et comprend une dimension d'exclusivité. Cette notion de référent fonctionne de la sorte dans tous les autres cadres de travail relationnel de réduction des risques, moins marqué peut-être dans les rencontres se situant dans les espaces publics de circulation.

d) Relations et polyvalence professionnelle

Cette exclusivité relationnelle, si elle sert assurément la qualité d'une relation et contribue ainsi à établir de solides fondations pour aider l'utilisateur, peut néanmoins desservir l'équilibre de fonctionnement d'une équipe d'intervenants en toxicomanie. En effet, il arrive souvent, dans tout groupe quel qu'il soit, que certains membres se distinguent des autres pour

²³¹ Signifie "lié", au sens étymologique.

différentes raisons : leur histoire de vie, leurs particularités, leurs expériences, leur ancienneté, leur personnalité, voire leur charisme. Selon les intervenants en toxicomanie rencontrés, ces critères ont plus de poids dans la construction d'une relation sociale avec un usager que les critères de sexe ou d'âge. Aussi les intervenants dotés de certains de ces critères sont-ils plus "attrayants" que d'autres et tendent-ils, parfois à leur insu, à monopoliser les relations. On peut dire ainsi que ces critères favorisent l'accessibilité relationnelle de l'intervenant et participent des attributs requis de la compétence professionnelle des intervenants en toxicomanie. Cependant, il ne suffit pas d'être charismatique, de bénéficier de la connaissance qu'apportent les expériences de la drogue ou de la rue, de la connaissance de toutes les impasses du quartier et des habitudes des gens qui y vivent, d'être originaire d'une cité de la banlieue parisienne ou encore de profiter de la richesse d'une double culture, pour faire un intervenant en toxicomanie compétent professionnellement. En effet, le travail de la réduction des risques comporte à la fois une dimension inter-individuelle, la relation avec l'usager, et, collective, le travail en équipe. Ces deux dimensions se conjuguent ensemble, elles sont intrinsèquement liées du point de vue de la complémentarité et de la polyvalence professionnelles. Autrement dit, on voit ici l'importance de la composition équilibrée d'une équipe de réduction des risques du point de vue des compétences professionnelles, sachant que dans ce domaine, la compétence²³² ne relève pas de la seule technique (médicale, sociale, juridique) mais surtout du relationnel. C'est ainsi que certains intervenants peuvent être plus sollicités que d'autres ou encore entretiennent des relations privilégiées avec certains usagers. De ce fait, leur absence ponctuelle pour des raisons diverses (rendez-vous professionnel à l'extérieur, formation, vacances, congés maladie...), génère deux inconvénients majeurs, lesquels concernent cependant une minorité d'usagers :

- en dehors de l'échange de seringues, le travail de réduction des risques ne peut se faire avec "leurs" usagers puisque ces derniers "boycottent" en quelque sorte les autres intervenants ;

- les autres intervenants se voient dévalorisés publiquement, se sentent inutiles et inefficaces. On voit ici, en quelque sorte, les limites de ce qui constitue le système du référent (*cf. supra*).

e) Susciter la demande de l'usager et y répondre

La relation établie permettant d'assurer un échange de seringues régulier, doit ensuite servir de tremplin aux intervenants et donc aux usagers, puisque *in fine*, leurs intérêts se confondent, pour susciter habilement chez les usagers le désir thérapeutique, la réduction des risques sanitaires lors des injections, voire la volonté propre de décrocher de la drogue, autrement dit la démarche de soins. L'initiative de la demande doit venir de l'usager. On peut penser que l'usager qui accepte une relation sociale, accepte dès lors, en partie, de "se considérer". La parole, le soutien relationnel et l'intelligence psychologique des intervenants servent la persuasion subtile et l'éveil de vivre des usagers. Néanmoins, on sait que, même éveillé, le désir de prendre soin de soi ou de quitter la drogue, reste toujours malheureusement sursitaire pour certains usagers.

²³² Monjardet, 1987, sociologue de la police, définit ainsi la compétence (en s'inspirant de Becker, 1985) comme le résultat de l'expérience et de la subjectivité, par opposition à la qualification définie comme l'amalgame de la connaissance technique et de l'objectivité.

Le rôle des intervenants en toxicomanie est ensuite de répondre à la demande des usagers. Leur compétences professionnelles reposent sur leurs capacités à savoir interpréter, traduire les manifestations gestuelles ou comportementales signifiant cette demande, à suivre les chemins détournés empruntés par l'utilisateur pour l'exprimer. Les demandes d'aides et de conseils pour des domaines aussi variés que le logement, la famille, la petite amie ou le petit ami, l'argent, un projet, peuvent également être des vecteurs pour parvenir à aborder le problème de la dépendance à la drogue. Une fois la demande exprimée, souvent "accouchée" par l'intervenant en toxicomanie, celui-ci peut alors tenter de transformer le dire en faire, en servant "de canne" à l'utilisateur ; sachant que dire c'est déjà faire un peu, l'utilisateur a déjà fait un pas vers autre chose que la drogue.

2*) Lieux et degré d'exigence relationnelle

Le lieu à partir duquel les actions de réduction de risques sont effectuées, soit la situation de la relation, influe sur la relation entre l'intervenant en toxicomanie et l'utilisateur. Autrement dit, le degré d'exigence relationnelle qu'implique la situation de rencontre détermine l'accessibilité de l'intervenant.

Traditionnellement, on fait la différence entre le travail de réduction des risques qui se fait à partir de lieux fixes : boutique, lieu d'accueil pour les usagers de drogue, et celui qui se fait dans des lieux mobiles : les rues et les différents stationnements du bus. Ces lieux d'échange de seringues conditionnent le niveau d'exigence des professionnels en toxicomanie par rapport aux usagers. Mais de quels seuils s'agit-il exactement ? L'idée originale de la prise en charge des toxicomanes était de se mettre à leur disposition sans jamais attendre quoi que ce soit d'eux en retour (par exemple diminuer ou arrêter leur consommation) : *les modèles importés des États-Unis, de Californie style Free Clinic qui est un peu l'idée de Marmottan, de l'Abbaye, l'idée de se mettre vraiment au service des gens, d'accès facile, accueil libre et gratuit, c'est ça la notion de Free, pas d'exigence*²³³. Pour E. Jacob, *La notion de seuil renvoie ici au degré d'exigence demandé pour avoir accès à une prise en charge, mais également aux compétences nécessaires pour utiliser ces structures. La qualification des "seuils d'accès" relève donc d'une projection quant au degré de compétence supposé des publics à qui les structures sont destinées, ainsi que de leurs besoins en terme de prise en charge. Quand le seuil d'accès est élevé, le niveau de compétences requis l'est également, et le type de prise en charge proposé est clairement défini. Il ne s'agit plus de répondre au tout venant, mais de faire entrer les personnes dans un protocole de prise en charge standardisé. Ce phénomène occasionne une sélection des populations qui pourront avoir recours à ces services*²³⁴.

Nous ajouterons que, par définition, une relation sociale est conditionnée par un échange d'intérêts, quel qu'il soit, et l'exigence de don contre-don entre les protagonistes. Or, cette condition de la relation sociale entrave l'accessibilité relationnelle de l'intervenant en toxicomanie. Car, d'une part, l'intérêt d'ordre économique dominant nos sociétés peut masquer l'intérêt strictement humain, et d'autre part, les usagers de drogue, en rupture de socialisation, ne sont pas en mesure de s'engager dans une relation sociale classique qui implique l'entretien de liens sociaux par le respect de l'échange en tant que tel. Aussi, pour

²³³ Pionnier de la prise en charge des toxicomanes cité par Jacob, 1996, 20.

²³⁴ *Ibid.*, 27-28.

les intervenants, il s'agit de renverser le fonctionnement traditionnel de la relation sociale dans le sens où le travail de réduction des risques qu'ils effectuent se caractérise par une demande d'exigence à bas seuils dans la relation qu'ils s'évertuent à stabiliser avec l'usager. Ils doivent alors redéfinir avec et auprès de l'usager les modalités de la relation sociale et les lui faire comprendre : lui expliquer l'intérêt sanitaire personnel et de santé publique qu'il gagne à accepter la relation (pour pouvoir se protéger des risques infectieux et ainsi protéger les autres), lequel intérêt se confond avec l'intérêt professionnel qui motive l'action des intervenants en toxicomanie²³⁵.

*"Et bien leur expliquer que c'est dans leur intérêt. Il n'y a rien à gagner. Ce n'est pas pour de l'argent, pour leur prendre quelque chose, c'est dans leur intérêt et surtout dans l'intérêt des autres. S'ils ont compris qu'en se protégeant, ils protègent l'autre en même temps, ils ont tout compris. C'est cela qui est important"*²³⁶.

Aussi, la distinction entre lieux fixes et lieux mobiles, si elle semble opérationnelle pour appréhender les accessibilités géographique et temporelle des lieux d'échange de seringues, en revanche, nous paraît limiter la compréhension du travail relationnel de l'intervenant en toxicomanie, à partir du moment où l'on se place du *point de vue relationnel de l'usager*. Elle ne permet pas de prendre en compte par exemple l'ensemble des différentes dimensions d'exigence possibles qui se tissent dans une relation entre un usager de drogues et un intervenant en toxicomanie en fonction du lieu où se situe la relation. En ce sens, on pourrait distinguer l'accessibilité relationnelle des intervenants selon le degré d'exigence lié au lieu de l'échange de seringues.

a) Dans les espaces publics ouverts et neutralisés

Il s'agit principalement des espaces publics de circulation : routes, rues, boulevards périphériques, lieux anonymes, de passage (lieux favorables par ailleurs à l'implantation des distributeurs automatiques de seringues qui d'ailleurs sont l'idéal-type de la distribution de seringues sans exigence relationnelle) mais aussi des bars, où l'intervenant va à la rencontre des usagers. Ces lieux ne nécessitent pas une régulation des interactions sociales par l'intervenant en toxicomanie. Les exigences relationnelles qu'impliquent de tels lieux sont réduites au minimum. On est y libre de "planter" son interlocuteur comme bon nous semble.

b) Dans les espaces publics d'accueil de l'usager

Il s'agit des espaces d'accueils destinés aux usagers de drogues, compris dans le sens où l'usager de drogue se rend "chez quelqu'un" : la boutique, le bus, qui certes peuvent être aussi des lieux de circulation privatisée, néanmoins l'ordre de la circulation est régulé par les intervenants. Incontestablement, l'intervenant en toxicomanie du bus va à la rencontre des

²³⁵ Cf. *supra* "Accessibilité et information aux usagers de drogues".

²³⁶ Directeur d'une maison de quartier privée.

usagers mais pour pouvoir ensuite les recevoir à l'intérieur du bus. Ces modes d'approche visent d'abord à attirer l'utilisateur "dans" un lieu géographique fixe et fermé ou mobile et semi-ouvert. Les exigences relationnelles qu'impliquent de tels lieux sont posées par celui qui reçoit, ici l'équipe des intervenants. On peut distinguer deux éléments inhérents aux relations qui se situent dans ces lieux.

Économie d'obligations sociales

Structure d'accueil à bas seuils, la boutique pose pour principe de fonctionnement un degré d'exigence très faible par rapport aux usagers, c'est un espace où l'on n'exige rien des usagers en retour, seuls la construction d'une relation et d'un processus resocialisant prédominant, on n'y impose pas des démarches sanitaires ou sociales ou tout simplement de l'aide. Par ailleurs, on n'attend pas de l'utilisateur qu'il affiche le comportement social attendu dans les situations et les interactions courantes se tenant dans des lieux publics. On ne lui demande pas de jouer le rôle de la représentation sociale, autrement dit de porter le masque de l'acteur social que nous portons tous en toutes occasions et de maintenir une interaction sociale²³⁷ avec tout ce que cela comporte, soit le don et le contre-don social nécessaire à la durée d'une relation sociale. Ce sont les intervenants en toxicomanie qui gèrent et régulent relation et situation sociales. L'existence d'un lieu d'accueil pour les toxicomanes vise ainsi à pallier l'exclusion sociale des lieux publics de socialisation dont les usagers de drogues sont victimes dans la société officielle parce qu'ils ne respectent pas les codes conventionnels de cette société. Sujets – objets sur lesquels se focalisent les tabous de la maladie et les fantasmes de la contagion des maladies, ils y sont indésirables. Les ethnologues ont montré que la mort sociale précède souvent la mort physique : sans relation sociale, l'être humain perd son humanité autrement dit les bénéfices de sa socialisation qui permet son intégration dans un groupe social plus ou moins structuré. Or, dans l'espace de la boutique, l'utilisateur est autorisé à dériver au cours d'une interaction, à faire ce qui ne se fait pas habituellement ; les écarts de comportement ou de langage sont tolérés : tomber la tête au cours d'une conversation, s'endormir cinq minutes, rester les yeux dans le vague comme un zombie, ne pas ouvrir la bouche, être "défoncé"... Surtout, ces attitudes ne lui vaudront ni sanctions sociales, ni jugements moraux, ce qui n'est pas le cas hors de la boutique.

"Tu es chez toi, mais n'oublies pas que tu es chez moi"

Ceci dit, un intervenant en toxicomanie résume très justement en un dicton explicite le sens et le degré d'exigence néanmoins requis dans une boutique : "tu es chez toi, mais n'oublies pas que tu es chez moi". Les présentations individuelles et de l'équipe de réduction des risques faites, chaleureusement, au nouvel usager qui semble se plaire dans la boutique, l'intervenant en toxicomanie, dans le fil d'une conversation apparemment anodine, pose les règles de fonctionnement et de vie du lieu d'accueil pour toxicomanes. Là encore, l'art et la manière d'expliquer les choses, notamment des règles sociales propres au lieu, tiennent à l'accessibilité relationnelle de l'intervenant. Au cours d'une telle conversation, l'intervenant pose les limites relationnelles qui justement peuvent rendre possible une relation sociale parce

²³⁷ Goffman, 1974.

qu'elles établissent positivement l'identité sociale de l'un et de l'autre et de façon négative sous-entendent où commence l'agression sociale. Si l'utilisateur revient ensuite dans la boutique, c'est qu'il accepte de jouer ce jeu social, ce qui est déjà un pas vers la resocialisation. Certains comportements sont en effet autorisés dans la boutique, qui ne sont pas tolérés à l'extérieur, dans les lieux publics. En revanche, des règles collectives élémentaires de comportement régissent l'ensemble des activités sociales des personnes accueillies et reçues dans la boutique. Par exemple, en vrac :

- des règles positives : respecter autrui ;
- débarrasser et laver la vaisselle utilisée ;
- fermer la porte des toilettes ou de la douche quand on y est (respect de la différence des sexes) ;
- des règles négatives : ne pas "taxer" systématiquement des cigarettes ou de l'argent à autrui, ne pas voler, ne pas boire de l'alcool, ne pas fumer de haschich, ne pas se shooter, ne pas faire de trafic de drogue à l'intérieur de la boutique, ne pas pénétrer dans l'espace privé de la boutique (bureau) sauf autorisation.

En quelque sorte, chaque nouveau venu reçoit oralement le règlement intérieur de la boutique. Si des atteintes au règlement surviennent, comme il peut normalement s'en produire en tout autre endroit, l'intervenant en toxicomanie prend à part, hors du groupe, hors d'un éventuel public, le sujet déviant – dans le sens où il outrepassa ses droits à l'intérieur de la boutique – pour sanctionner l'écart de comportement, en répétant les normes collectives de la boutique visant à réguler la vie sociale à l'intérieur de la boutique. La répétition des choses est un processus bien connu de la socialisation. Une non-prise en compte réitérée des règles peut entraîner l'exclusion informelle de l'utilisateur récalcitrant. Ne pas respecter les règles d'un lieu collectif n'est pas anodin : soit il signifie un appel à l'aide déguisé, soit une volonté de confrontation. Dans le premier cas, l'entretien privé qui suit aussitôt, répond à cet appel ; dans le second cas, c'est un engagement vers le rapport de force, une provocation adressée aux représentants de l'autorité du lieu. Auquel cas, le maintien de l'ordre dans la boutique qui conditionne la pérennité du lieu et le respect de l'équipe de réduction des risques par l'ensemble des usagers, demandent une réaction instantanée et appropriée à l'attitude provocatrice de l'utilisateur de la part des intervenants en toxicomanie. "Tenir un lieu", comme tenir tout lieu public, restaurant, café, boutique implique de maîtriser les interactions qui s'y passent, de poser les règles du jeu social et de veiller sur le respect de ces règles, ou, à court terme, il n'y aura plus de lieu à tenir. La régulation des interactions sociales est un processus toujours actif qui implique un travail de vigilance et un savoir-faire social jamais arrêtés. Ce travail est fondamental dans une boutique, celle-ci étant, avant tout, un lieu de socialisation et donc d'intégration sociale.

De la même façon que pour une boutique, des règles collectives régissent les comportements à l'intérieur du bus : respecter autrui, ne pas y consommer de la drogue ou de l'alcool, ne pas se servir soi-même en kit... Cependant, considérant l'espace réduit, le temps relativement court de stationnement, une certaine porosité des frontières intérieur-extérieur, la régulation des interactions sociales y est plus souple mais peut se révéler tout aussi paroxystique et plus facilement mise à mal du fait de l'apparence de fragilité du bus, voire de son incongruité dans certains lieux. La discipline dans le bus engage inévitablement un rapport de force. Or, dans les quartiers éloignés et relégués, il peut être difficile de le soutenir. Les exemples d'agressions l'attestent.

c) Dans les espaces privés ou "privatisés" de l'utilisateur

Il s'agit des lieux où l'utilisateur est "chez lui", dans le sens où l'intervenant en toxicomanie vient chez l'utilisateur où il est reçu : appartement de l'utilisateur, son squat (voire certains espaces des cités où la rue a été investie de façon privative). Les exigences relationnelles (modalités de rencontre, forme et règles des interactions) qu'impliquent de tels lieux sont posées par celui qui reçoit ; dans cette situation, l'utilisateur a "l'avantage".

De ces lieux spécifiques découlent des modalités d'approches et de relations différentes entre l'utilisateur et l'intervenant. Le niveau d'exigence relationnelle et donc la construction de la relation est variable selon ces espaces. Le travail d'accessibilité de l'intervenant est alors différent et tributaire du lieu d'où il s'exerce. En outre, le lieu de relation avec l'utilisateur est aussi révélateur du profil d'utilisateur rencontré. Les lieux d'intervention sélectionnent d'eux-mêmes le type d'utilisateurs de drogues rencontrés.

3*) Lieux, méthodes d'accroche des utilisateurs et types d'utilisateurs

a) Dans les espaces publics ouverts et neutralisés

Sur ce qui constitue les bases du travail de rue pratiqué dans les espaces publics par les intervenants en toxicomanie, nous renvoyons au chapitre II. Accessibilité et travail de terrain : méthodes ethnographiques et ethnologiques.

Sur les grands boulevards : les utilisateurs prostituées

Une seule association rencontrée évolue sur les grands boulevards qui longent Paris, espaces frontières et de circulation, où l'on trouve principalement des femmes prostituées, venues tout aussi bien de Paris que des villes du département de la Seine-Saint-Denis ou des pays de l'Est. Beaucoup sont d'origine étrangère, quelques-unes s'expriment difficilement en français et l'on peut supposer qu'elles sont en situation d'immigration irrégulière, sans papiers et sans couverture sociale d'aucune sorte, très vulnérables et embrigadées dans un trafic de prostitution. Les intervenants en toxicomanie circulent en voiture, suivant un circuit toujours identique et régulier, effectué plusieurs fois d'affilée au cours d'une même tournée, de façon à s'adapter à la rotation de travail des prostituées. En équipe de deux, munis de préservatifs et de kits de seringues, les intervenants font des arrêts, le plus souvent très courts, auprès d'une prostituée à qui ils demandent ce dont elle a besoin, principalement des préservatifs. Peu de mots sont échangés, en général, juste des sourires et quelques plaisanteries d'usage : elles travaillent et n'ont pas le temps de bavarder. Il s'agit de ne pas se faire trop pressant, d'insister, de gêner, de s'imposer mais de savoir se montrer à l'écoute, de percevoir les attentes et les besoins, d'interpréter les signes, de saisir le moment où elles ont envie ou besoin d'engager une conversation plus poussée. Aussi, lorsque l'une d'entre elles se montre plus disponible, les intervenants en toxicomanie garent leur voiture pour discuter avec elle. L'entrée en relation relève de l'adaptation à la situation et à l'utilisateur. Les rencontres régulières permettent de créer des contacts avec les prostituées et parfois ces simples contacts

se transforment en relation. À force, les intervenants construisent ainsi "leur clientèle", ils sont reconnus et attendus, une forme de familiarisation se crée.

La population des femmes prostituées des grands boulevards périphériques ne fréquente pas la boutique. Elles représentent une catégorie d'usagers de drogues pour qui trop peu de choses sont mises en place et dont trop peu de structures s'occupent, hormis les rares associations de prostituées. Or, même si l'ensemble des acteurs de terrain constate de façon générale une baisse de l'échange de seringues, la proportion de femmes prostituées toxicomanes semble avoir augmenté²³⁸.

Dans les rues

Toutes les associations rencontrées pratiquent le travail de rue en alternance, soit avec la boutique, soit avec le bus, ou alors exclusivement si l'on y inclut le travail dans les espaces privés des usagers.

On peut distinguer le travail d'accroche des usagers qui se fait dans le centre d'une ville de celui qui se pratique dans les cités. En effet, dans un centre-ville, il est plus difficile de distinguer dans les passages incessants d'individus anonymes, ceux qui sont toxicomanes. En revanche, dans une cité, le phénomène d'interconnaissance sociale joue en faveur de la reconnaissance réciproque des toxicomanes et des intervenants en toxicomanie qui très vite se présentent comme tels. En effet, la plupart du temps, ce sont les intervenants qui vont vers les personnes dont ils se doutent qu'elles sont usagers, à partir d'indices physiques et situationnels tout autant clairs que diffus dont le point commun est qu'ils signifient que la personne est légèrement *borderline*. Ces indices ne sont qu'indicateurs, ils ne sont pas déterminants (une personne qui marche avec une cannette à la main, un attroupement sur le trottoir...), les intervenants pratiquent une forme "d'estimation", ce qui explique qu'ils peuvent parfois se tromper. La capacité de reconnaissance d'un usager de drogues et celle d'interprétation des situations s'acquièrent petit à petit, elles résultent de l'expérience. L'apparence et la tenue vestimentaire de l'intervenant en toxicomanie proches de celles des gens de la rue sont des outils favorisant sa pénétration du terrain et permettent une certaine proximité physique avec des supposés usagers dans la rue ; on ne les remarque pas, ils se fondent parmi les usagers, les yeux et les oreilles à l'affût. Ils circulent dans les lieux où ils savent trouver des usagers. Mais l'amorce de contact et les présentations ne sont pas aussi aisées que dans une cité. Une autre façon d'entrer en contact avec les usagers est de ramasser ostensiblement devant eux des seringues usagées sur les lieux de shoot ou de se balader avec des kits de seringues à la main pour se faire repérer et identifier comme intervenants en toxicomanie. Une autre manière encore d'engager la relation avec de nouveaux usagers est de se servir de la connaissance et de la médiation d'un usager déjà connu pour pouvoir aller vers le groupe qui s'est formé dans un lieu public. Celui-ci fait ainsi les présentations selon le processus de connaissance de la "boule de neige" (cf. chapitre II).

²³⁸ Cf. Pryen, 1999.

b) Dans les espaces publics d'accueil de l'utilisateur : des utilisateurs suivis

Les motivations de l'utilisateur pour venir dans une boutique sont multiples

- Lieu d'accueil communautaire, la boutique accueille toutes les personnes qui se présentent : utilisateurs actifs, utilisateurs en traitement de substitution, utilisateurs ayant "décroché" et en phase de réintégration sociale, parents ou proches d'utilisateurs, partenaires et acteurs de proximité. Les utilisateurs ont ainsi l'opportunité de rencontrer des personnes différentes que celles fréquentées habituellement, d'entendre d'autres discours et points de vue, d'élargir et d'ouvrir leur monde social.

- Les utilisateurs n'utilisent pas la boutique comme un simple moyen de réapprovisionnement en seringue propre ou préservatif. On y offre de nombreux services utilitaires gratuits qui font pour beaucoup son attrait et qu'elle est la seule à proposer : la possibilité de prendre une douche, de faire sa lessive et son repassage, de préparer son déjeuner, de prendre un café avec une madeleine en discutant avec les personnes présentes, selon son envie, on peut très bien s'asseoir, prendre un journal et ne rien dire. C'est avant tout un lieu de socialisation et de chaleur humaine, qui vise à produire l'effet de "comme à la maison".

- La boutique, de par son aménagement spatial, du fait de la disponibilité des intervenants en toxicomanie facilite la construction d'une relation intime, à caractère privé, entre l'utilisateur et l'intervenant en toxicomanie. Il est possible de s'isoler dans le bureau pour discuter tranquillement, face à face, sans craindre des oreilles indiscrettes. La réduction des risques à partir d'une boutique facilite le lien social collectif mais aussi inter-individuel.

- Les intervenants en toxicomanie travaillant dans une boutique proposent des services sociaux de type administratif doublés d'orientations et de suivis sanitaires et sociaux. Disposant à portée de mains de divers documents administratifs, juridiques..., ils sont en mesure de répondre rapidement aux demandes des utilisateurs et d'effectuer les démarches d'orientations sanitaires et sociales, voire juridiques, ainsi que leurs suivis.

Les motivations de l'utilisateur pour venir dans un bus

- Le bus stationnant à jour et heure fixes et réguliers, il fait office de rendez-vous libre avec l'utilisateur.

- De la même façon que pour la boutique, l'utilisateur vient s'approvisionner en matériel propre et préservatifs mais aussi il trouve auprès des intervenants en toxicomanie un accueil chaleureux, il peut s'asseoir, boire un café, une eau au sirop, bavarder, être écouté.

- L'utilisateur peut faire des demandes sanitaires et sociales, initier des démarches.

Les limites de l'accessibilité relationnelle et techniques à partir du bus

- L'espace réduit du bus et le temps limité de stationnement ne favorise pas les relations d'intimité et les conversations privées avec un usager (il y a deux intervenants, parfois un stagiaire et parfois l'équipe de rue qui suit le bus).

- Espace, temps disponible et logistique, ne permettent pas d'effectuer des démarches abouties dans un temps court et satisfaisant pour l'utilisateur. L'intervenant n'a pas à sa disposition les documents et informations nécessaires pour répondre aux demandes pressantes de l'utilisateur efficacement (par exemple : que faut-il faire pour obtenir la nationalité française ou renouveler une carte de résident ? Diverses demandes sur l'accès aux droits sociaux ou d'hébergement d'urgence...); l'intervenant ne peut utiliser que son téléphone portable ou donner rendez-vous à l'utilisateur lors du prochain passage ou au local de l'association dont cependant ce n'est pas la fonction.

On notera que ces limites ne sont pas spécifiques au travail à partir d'un bus, elles s'appliquent à tout travail hors d'un lieu et d'une logistique prévus à cet effet, que seule la boutique offre.

Des usagers engagés dans un processus de réduction des risques

Parmi les usagers fréquentant plus ou moins assidûment la boutique, on observe que les hommes sont très largement majoritaires, les femmes sont rares. Nombreux sont ceux bénéficiant du revenu minimum d'insertion. Ceci est un indicateur du niveau d'âge, les plus de 25 ans, du niveau de précarisation économique et sociale du public fréquentant ces lieux et du niveau d'insertion sociale. L'approche des usagers à partir de la boutique est une méthode adaptée à une certaine catégorie d'usagers : catégorie intermédiaire, celle qui a en partie franchi le pont, celle qui renoue bon gré mal gré avec la société officielle. Quelques-uns sont des "fidèles", souvent des usagers habitant le quartier, présents dès l'ouverture de la boutique jusque sa fermeture. Ils y prennent leurs habitudes journalières. D'autres fréquentent la boutique régulièrement pendant une période, disparaissent pendant un temps sans donner de nouvelles, ne serait-ce que téléphoniques ou postales, puis reviennent. Les taux de fréquentations sont variables (*cf. supra*). Il en va de même de la population fréquentant le bus dont on peut penser qu'elle viendrait dans une boutique, cependant, on observe que les usagers du bus rencontrés dans des quartiers relégués de villes éloignées de Paris, paraissent plus vulnérables et beaucoup plus atteints physiquement et socialement que ceux rencontrés dans la boutique.

Les freins à la fréquentation des lieux d'accueils pour usagers

En revanche, certains usagers ne viendront jamais dans une boutique située en banlieue parisienne, ils ne franchiront jamais le seuil d'un bus affiché pour toxicomanes. C'est dire que le travail de réduction des risques dans ces lieux n'est possible qu'avec les usagers qui veulent

bien y venir et qui font la démarche de s'y rendre. Ce n'est pas rien. En effet, l'ensemble des attraits cités ne fait pas mouche auprès de tous les usagers. Ce qui est la première limite à leur accessibilité. Schématiquement, parmi ceux qui ne viennent pas, on trouve deux grandes catégories de toxicomanes :

- *Les usagers qui subissent les effets pervers d'une trop forte intégration communautaire :*

La volonté de ne pas être appréhendés publiquement en tant qu'usagers de drogues, la peur d'être étiquetés "toxs" puis stigmatisés²³⁹ par leur voisins de quartier ou de cité au fonctionnement social communautaire (cf. I-2°)) expliquent cette attitude. On peut mentionner dans le même sens la contradiction, que certains usagers peuvent vivre, entre l'appartenance à une communauté religieuse et le non-respect des principes religieux. La protection de l'identité sociale et de l'intégration collective est ici plus forte que la protection de l'individu, qui touche ainsi la protection sanitaire. L'intérêt de ce type d'usager est avant tout de conserver l'appartenance à son groupe social primaire (famille et famille élargie), de ne pas subir l'exclusion qui risquerait de sanctionner publiquement sa déviance. C'est pourquoi, comme le mentionnait la psychosociologue Maria Cavalcanti, dans une intervention portant sur le travail communautaire de santé de l'association Espoir Goutte d'Or (EGO)²⁴⁰, le travail de réduction des risques liés à la toxicomanie ne comporte pas seulement une dimension sanitaire, il doit porter sur, d'une part, les logiques symboliques, autrement dit sur les représentations sociales relatives aux drogues et à leurs usages sur un territoire donné, et, sur les représentations que l'usager se fait de lui-même, lesquelles sont *étroitement liée(s) à la représentation du groupe auquel l'individu appartient*, et sur, d'autre part, les logiques sociales *il est indispensable d'offrir des alternatives de socialisation et d'intégration sociale à des populations marginalisées à travers des actions qui s'adressent à la fois à l'individu, son groupe d'appartenance et le tissu social dans lequel il vit.*

- *Les usagers en rupture totale des réseaux traditionnels :*

On peut citer les personnes en situation d'immigration clandestine les plus exposées (beaucoup de personnes de l'Europe de l'Est qui subissent de surcroît le handicap de la langue), des itinérants, des squatters, souvent des individus de moins de 25 ans (parfois mineurs), sans papiers, qui restent imperméables à tout ce qui ressemble de près ou de loin à une structure de soins, d'accueil ou d'hébergement (les échecs dans l'hébergement en sont un exemple significatif). Nous n'avons pas de données chiffrées sur le nombre d'usagers de drogue sans domicile fixe suivis, mais il nous semble, au vu des observations, qu'ils composent une part très importante des personnes les plus marginalisées n'ayant pas accès au système de soins traditionnels pour toxicomanes. Cela corrobore ce que F. Facy, dans un article de 1993, remarquait, à savoir une baisse marquante des "sans domicile fixe" parmi les usagers de drogues consultant les centres spécialisés²⁴¹. Les prostituées qui travaillent sur les boulevards extérieurs de Paris font partie des personnes qui ne fréquentent pas les lieux d'accueils pour toxicomanes en banlieue parisienne alors que des études montrent que les

²³⁹ Goffman, 1975 ; Becker, 1985.

²⁴⁰ Fondée en 1987 à la demande des usagers de drogue, de leur famille, des habitants et des travailleurs-sociaux du quartier, l'association EGO est un réseau d'entraide autour de la prévention du VIH et de la prise en charge des usagers, un lieu d'accueil mais également un lieu où tous les problèmes du quartier sont abordés (logement, santé, expulsions, échec scolaire...). Le travail se fait dans une logique d'approche communautaire des problèmes de santé, basée sur la participation des usagers, des habitants (ou de ses représentants) et sur un partenariat avec les autres associations et les institutions publiques, en reconnaissant à chacun des acteurs expertise et citoyenneté. Cavalcanti, 1994, 169. Cf également Cavalcanti, 1995 ; Debock, 1998.

²⁴¹ Facy, 1993.

usagers de drogue sont nombreux parmi cette population. Les représentations sociales et les "mentalités" concernant la prostitution sont différentes à Paris et en banlieue (cf. *supra*). Si à Paris, la prostitution est tolérée, en revanche, dans les villes de banlieue caractérisées par l'interconnaissance, la prostitution subit les effets de l'ostracisme et de l'hypocrisie sociale. Non seulement, la fréquentation de la boutique par les prostituées poserait des problèmes d'acceptabilité par les riverains mais aussi des problèmes de régulation des relations mixtes à l'intérieur de la boutique, difficiles à gérer, à moins de prévoir un quartier spécifique pour elles, aménagement spatial que certaines boutiques parisiennes ont adopté.

On peut dire que les réponses du travail de réduction des risques, à partir de lieux d'accueils, concernant les usagers en rupture totale des réseaux classiques, semblent aujourd'hui très incertaines parce qu'elles ne peuvent pas justement s'appuyer sur un groupe social structuré, fixe et basé territorialement, dans une logique de travail de santé communautaire. C'est pourquoi le travail de rue dans les espaces publics neutralisés, qui permet de toucher ces types d'usagers et de maintenir des liens sociaux avec eux, est fondamental.

"On a essayé aussi de ramener des filles du boulevard ici. Pourtant, on les prévient, on leur dit que c'est un petit quartier. [...] Mais je ne pense pas qu'il faudrait un lieu que pour les femmes. C'est vrai que les relations homme-femme, c'est pas facile... et en plus, il y a la mentalité aussi. Une mentalité 93 et Paris, ce n'est pas du tout la même. C'est-à-dire que dans le 75, il y a quand même une autre mentalité. La prostitution, même s'ils ne l'acceptent pas, ils connaissent la prostitution, ici c'est plus village, plus Province le 93, la prostitution pour eux, c'est hors de leur quartier. Ils n'accepteraient pas forcément cela. La boutique sur Paris, ils ont séparés, de même, ils ont des femmes parce qu'ils ont séparé. Ils ont quartier femme / quartier homme, mais plus pour des raisons de trafic. La prostitution là-bas est vue autrement. Dans le 93, la prostitution, je ne dis pas qu'il n'y en a pas, mais c'est plus en dessous. On n'en parle pas, ce sont des choses que l'on va savoir mais bon... On ne sait pas la réaction qu'auraient les gens qui viennent ici en sachant qu'il y a des prostituées, que ce sont des filles du boulevard, qui se shootent. Il faudrait contrôler toutes ces réactions aussi, ce ne serait pas forcément bien vu. C'est faisable, mais c'est tout un travail. Même si certaines viennent du 93, justement, elles n'ont pas envie de... elles préfèrent rester dans le 75"²⁴².

"Il y a des gens qui disent tout le temps "je passerai je passerai" mais qui ne passeront jamais. Ils ne bougeront jamais de leur endroit à eux. C'est à nous d'aller à eux et d'autres passeront une fois et ne reviendront pas parce que l'ambiance ne leur plaît pas ou le fait de rencontrer d'autres usagers ne leur plaît pas. Et puis il y a des gens qui ne veulent pas voir d'autres gens donc qui ne viendront pas, qui préfèrent qu'on les voit à l'extérieur. Il y a des gens qui préfèrent qu'on fasse des choses de l'extérieur que de les faire ici. Et puis, c'est par moment, certains vont venir longtemps, et puis ne vont pas revenir. C'est ça les gens. C'est comme une boîte de nuit, comme un restaurant, c'est par période. C'est le bouche à oreille, tout le monde va manger dans un endroit et puis à un moment donné, plus personne n'y va, ils vont ailleurs. Et c'est comme cela, c'est pareil pour moi"²⁴³.

²⁴² Intervenante en toxicomanie.

²⁴³ Intervenante en toxicomanie.

La complémentarité nécessaire du travail de rue

C'est pourquoi, le travail de rue est indissociable et complémentaire du travail dans les lieux d'accueils pour usagers (boutique et bus), l'un et l'autre fonctionnent à la manière des vases communicants. Le travail à l'extérieur est le vecteur dynamisant du travail à l'intérieur. Il est la méthode d'ouverture par excellence.

- Cette complémentarité permet de conserver l'esprit originel de la boutique comme un lieu nouveau, ouvert et relativement libre, autrement dit ne pas transformer la boutique en une institution, en un endroit qui ressemble aux autres endroits pour toxicomanes, sachant que les institutions sont les structures que les usagers les plus isolés fuient.

- Cette complémentarité permet aussi de retrouver à l'extérieur et de réactiver les liens avec les usagers qui boudent la boutique, soit parce qu'ils veulent éviter quelqu'un qui fréquente la boutique, soit parce qu'ils n'ont pas réussi à faire aboutir un projet qui leur tenait à cœur, ou encore se laissent aller et ne vont pas bien. Lorsque les intervenants les revoient au cours du travail de rue, ils peuvent réamorcer la relation, leur parler, les reconforter par des mots, leur présence et leur chaleur humaine.

- Cette complémentarité permet aux intervenants de rencontrer de nouveaux usagers et de les inviter à venir leur rendre visite à la boutique ou au bus. Le processus est double par rapport au travail de rue qui consiste à aller vers les usagers à l'extérieur et ne vise pas à les amener à l'intérieur. Le lien avec les usagers se construit à l'extérieur, dans les rues ou sur les grands boulevards. Pour qu'un usager de drogues rencontré à l'extérieur ait envie de venir dans la boutique ou le bus, il faut qu'il éprouve le désir de revoir les intervenants et d'avoir des contacts avec eux. Une des motivations essentielles de venir dans ces lieux réside dans ce désir de relation et d'échange, dans la volonté de "se bouger", d'entamer des démarches sanitaires ou sociales pour changer de situations ; c'est d'ailleurs ce que l'intervenant vise à éveiller chez l'utilisateur. Les premières fois que l'utilisateur vient dans une boutique ou un bus, il observe ce qui se passe, apprécie le type de relation proposé par les intervenants en toxicomanie, et juge sa sécurité personnelle : c'est l'étape de repérage et de mise en confiance. Ce n'est qu'après cette étape d'entrée rituelle que l'utilisateur, enhardi et apprivoisé, utilise les services matériels proposés par l'association. Le processus social est alors engagé dans la mesure où il accepte de recevoir.

- Cette complémentarité permet d'activer continuellement les démarches d'information-communication sur l'existence, la localisation et les horaires d'ouverture de la boutique ou de stationnement du bus.

"Le travail de dehors, en complément de la boutique, permet de ne pas faire de la boutique une institution, d'institutionnaliser un lieu qui devient un lieu comme un autre finalement et dans lequel ils ne viennent plus et de ramener de nouvelles personnes, de reprendre le fil avec des personnes qui ne reviennent plus pour x raisons ici parce qu'ils ne veulent pas rencontrer un tel, parce qu'ils vont mal et ne se donnent même plus la peine de revenir ici, pour plein de raisons : ils ont été mis en échec dans leur projet avec nous, ils se sentent mal alors qu'il suffit de bien parler et on réaccroche les choses. Du coup, tout cela se fait dehors, et cela permet de les faire revenir. Dans une période de creux, parfois on se pose des questions et parfois, on n'a pas d'explications, mais en accentuant dehors, cela permet de re-

dynamiser après ce qui se passe ici. C'est lié, on ne peut pas dissocier ce qui se passe ici. C'est comme les vases communicants"²⁴⁴.

c) Dans les espaces privés ou "privatisés" où l'utilisateur est "chez lui"

L'espace privé de l'utilisateur est celui où se rend l'intervenant en toxicomanie et où il est accueilli par l'utilisateur. Il s'agit du lieu d'habitation quotidien de l'utilisateur : soit son appartement, soit son squat. La situation est renversée par rapport au cas précédent et la relation se construit différemment. Il peut, dans des cas extrêmes, s'agir d'espaces publics "privatisés", tels certains espaces des cités qui ont été investis de façon privative par différents groupes. Nous n'intégrerons pas ici cette dimension que par ailleurs nous n'avons pas rencontrée au cours de l'enquête, mais qui peut expliquer les difficultés du travail en bus dans certaines cités reléguées socialement. Une seule association rencontrée pratique le travail de réduction des risques dans les squats et les appartements. Considérant les informations recueillies auprès de la coordinatrice de l'association, il serait préférable de rompre cette exclusivité.

Dans les squats : des usagers marginaux parmi les plus exclus socialement

Certains intervenants en toxicomanie, du fait de la topographie des villes sur lesquelles ils interviennent, ont développé une méthodologie de prévention en squat. Au vu d'une expérience de plusieurs années dans le champ de la réduction des risques liés à la toxicomanie, la coordinatrice d'une association constate que les squats sont les lieux où l'on trouve le plus souvent des usagers de drogues, qui plus est, ceux qui sont les plus désocialisés, les plus en marge des systèmes sociaux traditionnels. Leur monde social semble parallèle au monde social officiel qu'ils évitent, vivant repliés sur eux-mêmes et dans une culture déviante à partir de réseaux officieux, à l'intérieur de la société globale, voire parfois de façon transfrontalière. La notion de culture ne s'applique pas uniquement aux sociétés traditionnelles mais également à tous les sous-groupes qui composent la société, à partir du moment où le groupe se distingue des autres par "un ensemble organisé de significations"²⁴⁵. Un sociologue américain en donne la définition suivante : *Une culture se constitue chaque fois qu'un groupe de personnes mène une existence en partie commune, avec un minimum d'isolement par rapport aux autres, une même position dans la société et peut-être un ou deux ennemis en commun. Il en va ainsi pour ceux qui, s'adonnant à l'héroïne, partagent un plaisir interdit, une tragédie et une lutte contre le monde conventionnel ; ou bien pour les frères et les sœurs qui, affrontant la toute puissance et l'arbitraire de leurs parents, inventent un langage et un ensemble d'habitudes qui leur sont propres et qui persistent même lorsqu'ils sont devenus aussi grands et puissants que leurs parents ; ou encore pour les groupes d'étudiants en médecine qui doivent affronter les mêmes cadavres, les mêmes "colles", les mêmes malades difficiles, les mêmes professeurs et doyens*²⁴⁶. Les sociologues américains admettent que l'on puisse parler de culture à partir du moment où les membres d'un groupe donné partagent le même problème, se rencontrent et communiquent entre eux. Becker note

²⁴⁴ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

²⁴⁵ Becker, 1985 (1963).

²⁴⁶ Hugues, 1961, 28-29, cité par Becker, 1985, 104.

ainsi que *Ceux qui participent à des activités considérées comme déviantes rencontrent ainsi un problème typique : leur conception de ce qu'ils font n'est pas partagée par les autres membres de la société*²⁴⁷. Ce qui est le cas des usagers de drogues injecteurs. Par ailleurs, les ethnologues montrent, d'une part, que la mort sociale précède la mort physique, d'autre part, que la fermeture des cultures sur elles-mêmes est synonyme de mort²⁴⁸. Or, par réaction de protection face au monde officiel qui apparaît aux usagers, subjectivement et objectivement, ennemi, les usagers de drogues s'isolent et leur contacts sociaux se réduisent à ceux qu'ils ont avec leurs semblables qui partagent un même destin et une même solitude sociale. La difficulté du rôle des intervenants en toxicomanie est de forcer en douceur cette frontière socio-culturelle pour être plus ou moins acceptés par les usagers et créer un lien social autre, extérieur. Dans le cas de la prévention en squat, le passage de cette frontière se matérialise par le franchissement du seuil du squat (pour certains dont l'entrée principale est fermée à clé, de la même façon que pour chacun des "appartements" composant le squat), l'invitation à entrer et à s'asseoir sur ce qui fait office de canapé, et, la protection des autres personnes vivant dans le squat ou de leurs chiens.

*"Donc, on s'est implanté, on a fait le bus et on l'a supprimé en privilégiant le travail de terrain en même temps, en devenant un tout petit peu, je dis bien un tout petit peu parce qu'on a aussi développé une petite méthodologie particulière de prévention en squats. Les squats sont venus, et je le sais bien pour avoir pratiqué la rue plusieurs années de ma carrière, que **c'est dans les squats que sont les personnes les plus touchées par le phénomène peut-être mais surtout les plus déstructurées**, les autres se débrouillent mieux donc arrivent à avoir des contacts avec les gens. Donc, on s'est dit "on n'intervient pas sur les choses les plus faciles, on intervient sur les choses les plus difficiles, et les gens les plus dans la merde, ce sont les gens dans les squats, donc allons dans les squats"²⁴⁹.*

Des méthodes d'apprivoisement

On n'entre pas dans un squat n'importe comment. Le squat s'apparente à un lieu public "privatisé" dans le sens où des personnes l'ont investi pour y habiter. Le squat repéré et identifié (*cf. supra*), les intervenants en toxicomanie mettent en œuvre des méthodes d'approches des usagers particulières qui tiennent du travail d'apprivoisement en tant que tel et de l'information. À ce propos, on peut dire que dans le domaine de l'information et de la chasse aux idées fausses, l'apprivoisement est aux usagers ce que le travail de persuasion est aux riverains. Comment les intervenants en toxicomanie procèdent-ils ? Pour signaler leur passage dans le squat, ils déposent des kits avec leur carte de visite. Puis, ils repassent à plusieurs reprises, à deux jours d'intervalle à des heures différentes. Si les kits ont été pris, ils en déposent d'autres avec cette fois-ci un message écrit où figure le numéro de téléphone de l'association, précisant qui ils sont et les services matériels de prévention en toxicomanie qu'ils proposent selon les besoins des usagers. Au bout d'une troisième visite de ce type, les intervenants proposent aux usagers sur un message écrit, s'ils ne les ont pas encore rencontrés, un rendez-vous libre qui consiste à leur indiquer le moment de leur prochain passage. Selon les intervenants en toxicomanie, c'est une méthode qui généralement accroche l'intérêt des usagers qui se manifestent alors physiquement. Le contact engagé sur du moyen

²⁴⁷ Becker, 1985, 104-105.

²⁴⁸ Lévy-Strauss, 1987 (1952).

²⁴⁹ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

terme, sans obligation relationnelle, finit par vaincre la méfiance des usagers et se concrétise par la rencontre des usagers et des intervenants. Reste une règle relationnelle à respecter déjà mentionnée qui consiste à ne jamais prendre des engagements avec les usagers de drogue que l'on n'est pas en mesure d'honorer. Le risque est alors de voir la confiance difficilement construite se détruire et faire place à des sentiments de frustration et de violente déception, générés par l'impression de "s'être fait avoir" ou de ne pas avoir été pris en compte (cf. *supra*).

Lors de la première entrevue, les intervenants en toxicomanie expliquent aux squatters leur mission de réduction des risques sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie (créer un lien social avec les usagers de drogue et leur procurer du matériel d'injection propre pour éviter la transmission des maladies infectieuses). Afin de désamorcer les craintes des usagers squatters, ils présentent leur travail, dans un premier temps, par ce qu'il n'est pas, soit ce qui ferait fuir ce type d'usagers. Aussi ils précisent explicitement et clairement que leur travail n'a pas pour but de contrôler leur façon de consommer ou les produits consommés, ni d'avoir une approche morale de leurs activités et mode de vie, ni de les déloger du squat (se démarquant ainsi des autorités municipales). Ensuite, ils décrivent plus précisément ce qu'ils peuvent apporter aux usagers, exposant avec arguments l'intérêt manifeste que les usagers ont d'accepter de les rencontrer. Cette phase de présentation des intervenants en toxicomanie est déterminante dans la construction de la relation. Il s'agit pour eux de réussir à transformer le rapport habituel qu'ont les usagers de drogue avec les personnes du monde social officiel qui ne leur apporte, selon ce que l'on peut supposer de leur représentations, que des désavantages et qui dessert leur intérêt. Dans cette relation, il s'agit tout autant pour les intervenants que pour les usagers, de se débarrasser des idées préconçues et des représentations dominantes, idoles déformant la réalité. L'apprivoisement des usagers relève du travail de conviction : combattre leur méfiance, leurs pré-requis, pour pouvoir gagner leur confiance et les convaincre de l'intérêt des rencontres avec des intervenants en toxicomanie. Un intérêt matériel : obtenir gratuitement et facilement des seringues propres et des conseils de prévention sanitaire. Un intérêt social : avoir des échanges, sans obligation relationnelle, avec des personnes ordinaires qui sont en mesure de jouer le rôle de médiateur avec le monde officiel, pour les aider à faire des démarches de soins ou pour faire valoir des droits sociaux élémentaires. Puisque les intervenants en toxicomanie sont demandeurs de la relation, c'est à eux de s'adapter aux usagers et notamment à leur langage et à leur mode de communication, en utilisant les mots adaptés. Une fois les conditions de la relation posées, comprises et acceptées de part et d'autre, les rencontres ont alors lieu dans le squat selon le processus social classique de la visite à quelqu'un que l'on connaît, sur un rythme pluri-hebdomadaire en fonction des besoins en matériel ou en aide sociale des usagers. Autrement dit, les intervenants préviennent de leur venue, soit par téléphone portable, soit par l'intermédiaire d'un usager et sont ensuite attendus, accueillis et reçus. Par là même, ils contribuent à la resocialisation des usagers, à leur ré-ouverture au monde social officiel. Néanmoins, ils ne connaissent pas tous les "locataires" et ne possèdent pas les codes sociaux de la vie en squat qui se caractérisent par une certaine violence de vie, aussi doivent-ils respecter une règle de sécurité élémentaire en la matière qui est de ne jamais rendre visite aux usagers squatters, seul et de nuit. Le travail de prévention en squat est un mode d'approche des usagers relativement nouveau, c'est dire que les méthodes de prévention en squat sont expérimentales, s'élaborent à tâtons et ne sont objectivées dans aucun manuel méthodologique de référence.

Le temps d'existence d'un squat est par définition provisoire. On ne sait pas toujours combien de temps il sera toléré par la mairie ou ses propriétaires, ni quand l'ordre de sa destruction sera donné, ni si et quand son évacuation se fera. Si les intervenants en

toxicomanie ne sont pas avertis, ils risquent alors de perdre la trace et le contact avec les usagers de drogue qui y logeaient. C'est là un inconvénient majeur de l'intervention en squat.

Dans les appartements

La même association effectuant la réduction des risques dans les squats, parvient aussi à le faire dans les appartements de quelques rares usagers. Cette démarche est facilitée pour une part par le fait que l'association gère un hébergement dans un appartement (aide de la municipalité). Elle leur apporte à domicile des kits de seringues et des préservatifs et y entame les démarches sociales. Les prises de rendez-vous se font par téléphone selon la disponibilité de l'utilisateur. Les principes relationnels sont les mêmes que pour ceux en squats, basés sur le fait que c'est l'utilisateur qui reçoit et établit les modalités et les formes de la rencontre (notion d'intimité renforcée), la notion de sécurité étant moins marquée. On peut noter l'intérêt de ces visites à domicile pour les usagers souffrant d'un handicap physique et ne pouvant pas du tout se déplacer seuls ou pour les jeunes mamans tenues par la garde de leur enfant.

4°) Construire un réseau relais partenarial spécialisé pour optimiser les réponses aux usagers et favoriser l'accès à leurs droits

a) Les objectifs du partenariat

La construction d'un partenariat professionnel suit deux objectifs. Nous l'avons vu, le premier relève du processus d'acceptabilité et vise à se faire connaître et accepter des partenaires, le second relève du processus d'accessibilité et vise à se doter d'outils partenariaux pour pouvoir répondre efficacement aux différentes demandes des usagers, élément essentiel inhérent à l'accessibilité relationnelle et technique. La construction d'un partenariat professionnel se confond généralement avec la phase d'implantation de l'association de réduction des risques (cf. partie 1). Néanmoins, il ne se constitue réellement que dans le temps et au fil de l'expérience. Les équipes d'intervenants en toxicomanie doivent construire ou intégrer un large réseau de partenaires spécialisés pour les toxicomanes, un carnet d'adresses²⁵⁰, dans les domaines sanitaire, social et de la justice, pour pouvoir répondre, de façon la plus adéquate possible, aux demandes de tous ordres des usagers de drogues : demandes de nationalité française, de revenu minimum d'insertion ou d'hébergement d'urgence, conseils juridiques, et bien sûr demande de soins, et, pour être en mesure de les orienter, le plus rapidement possible, vers les acteurs et les structures compétents disponibles. Ainsi on constate que *Le recours des usagers de drogues aux structures sanitaires et sociales ont augmenté, à champ constant, de 10 % entre 1996 et 1997 [...]* ²⁵¹. *In fine*, il s'agit d'optimiser l'accès des usagers à leurs droits en tant que citoyen. Tel est le but de la construction d'un partenariat professionnel. Il permet de relayer et de poursuivre

²⁵⁰ À ce propos, nous mentionnons l'effort et le travail de la coordinatrice d'une association de réduction des risques, qui a recensé, dans un agenda, l'ensemble des partenaires et des structures du champ de la toxicomanie proposant de l'hébergement, en y incluant les adresses, le nombre de places et les critères d'admission.

²⁵¹ Rapport OFDT, 1999.

concrètement le travail relationnel engagé avec les usagers de drogues, il constitue les cartes d'atout de la relation. Le réseau partenarial d'une association de réduction des risques comprend principalement les acteurs de la ville, puis ceux du département et de Paris, dont :

- Les professionnels des autres associations de réduction des risques.
- Les professionnels des réseaux de structures sanitaires pour les toxicomanes (associations, centres d'accueil, de soins et d'hébergement).
- Les acteurs municipaux et locaux : élus santé, élus ou chargés de mission sécurité urbaine, police, acteurs des maisons de quartiers, des Centres Municipaux de Santé, des Services Communaux d'Hygiène et de Santé, des Centres Communaux d'Actions Sociales et Sanitaires, des services jeunesse...
- Les professionnels du monde de la justice : agents de probation, avocats...
- Les professionnels des services sociaux : les assistantes sociales locales...

b) Des méthodes

Chaque usager rencontré suivi par un acteur social ou sanitaire renseigne généralement l'association sur un nouveau partenaire (médecin, assistante sociale...) qu'elle contacte alors et qui vient grossir son agenda partenarial professionnel. De la même façon, chaque intervenant en toxicomanie qui intègre une association crédite celle-ci de son carnet d'adresses de partenaires.

Par ailleurs, la coordinatrice d'une association de réduction de risques a expérimenté une méthode consistant à construire un questionnaire destiné aux partenaires du champ de la toxicomanie pour obtenir les informations les plus exhaustives possibles sur les structures existantes, les services proposés et les critères requis, dans les villes couvertes par l'association, ainsi que sur les sites touchés plus particulièrement par la drogue. Il s'agit là d'une forme de recueil de données par effet boule de neige dont la taille s'épaissit en roulant. Le recoupement des noms récurrents recueillis signifie l'aboutissement du passage au crible des partenaires, aucun nom nouveau n'émergeant plus. L'intérêt manifeste d'une telle collecte est, ensuite, de pouvoir faire un bilan des partenaires, des structures et des services en place, qui soient directement utiles pour les usagers de drogues rencontrés. Par ailleurs, les réponses apportées au questionnaire ont également permis aux professionnels nouvellement implantés, de cibler les problèmes de toxicomanie sur chacune des villes, par quartier. La méthode du croisement des informations récoltées auprès de partenaires locaux a permis la construction d'une cartographie des villes signalant les points sensibles au niveau de la toxicomanie et donc des besoins manifestes d'échange de seringues. À la manière des ethnologues, les intervenants en toxicomanie ont fait abstraction de leurs connaissances antérieures de la toxicomanie, acquises dans des villes différentes, pour écouter et entendre ce que leurs informateurs locaux avaient à leur apprendre, se mettre à la portée de leurs discours et prendre en compte leurs opinions.

"On s'est situé plutôt comme des anthropologues qui arrivent dans une contrée inconnue. On laissait de côté nos connaissances antérieures en matière de toxicomanie, pour se mettre à l'écoute des gens qui pouvaient nous apprendre comment cela se passait là, dans cette région bien précise, dans cette ville, dans ce quartier, de façon à avoir une connaissance la plus

*fine possible. Les corrélations de tout ce que les gens nous ont dit nous ont appris beaucoup de choses, notamment à délimiter une cartographie*²⁵².

c) *Le sens du partenariat*

Appartenir à un partenariat ne consiste pas à avoir l'autorité pour pouvoir en exiger la résolution *illico presto* de toute demande, notamment en matière d'hébergement. Optimiser un partenariat consiste à savoir ce que le partenaire peut offrir, ce que l'on peut en attendre et lui demander. Il s'agit de s'adapter aux services "conditionnés" qu'il est mesure de proposer. La solidité et la crédibilité d'un partenariat professionnel dépend de chacun des partenaires. Les uns et les autres forment un groupe professionnel dont la relative unité est nécessaire au travail et à la qualité des services. Discréditer l'un des partenaires auprès d'un usager comporte deux conséquences néfastes :

- discréditer le partenariat, ce qui implique indirectement le discrédit de son propre travail ;
- saper le travail d'accessibilité relationnel engagé avec l'utilisateur puisque la critique du partenaire ne permet pas à l'utilisateur d'entamer une relation positive avec celui-ci, aussi la relation risque de mourir là où elle aurait dû permettre d'aller plus loin avec l'utilisateur.

*"Le partenariat vise de répondre au mieux aux demandes des usagers, de façon la plus adaptée possible, c'est-à-dire que nous avons un principe : de ne pas demander aux gens des choses qu'ils ne peuvent pas faire. Râler, hurler après les centres d'hébergement classiques en disant "vous ne prenez pas les toxicomanes", je trouve que c'est un faux combat, c'est un combat stérile et nul. Il vaut mieux essayer de trouver des combines pour, soit monter des hébergements adaptés, soit faire travailler des gens qui sont employés pour cela, plutôt que de demander à un CHRS de prendre un toxico alors qu'ils ont un veilleur de nuit pour 150 personnes. Le partenariat, c'est comprendre ce que peut l'autre et s'inscrire dedans et non pas lui demander, au partenaire, de s'inscrire dans notre demande à nous. C'est donc cela pour moi le partenariat. Je respecte les partenaires pour ce qu'ils font et je ne les disqualifie jamais, parce que disqualifier devant un usager un partenaire, c'est tout de suite mettre en échec la tentative pour aller vers lui. Dire qu'on ne va pas l'amener vers une assistante sociale parce que ce sont toutes des connes, c'est foutu mais au contraire il faut dire "tu vas voir, elle est super". C'est vrai, on en connaît quelques-unes qui se défoncent vraiment pour les gens. Elles essaient de sortir les gens de leur merde, à débrouiller des dossiers très compliqués, en qualifiant le travail des autres partenaires, c'est aussi donner une chance à l'utilisateur de créer un lien positif avec cette personne ou cette structure. C'est cela pour nous, le partenariat. On connaît pas mal de partenaires"*²⁵³.

"Le personnel de l'association est venu régulièrement nous informer, nous présenter les nouveaux collègues... Le partenariat est très long à mettre en place. Faire connaissance avec des partenaires ne se fait pas du jour au lendemain. C'est vrai que plus cela va, mieux on se connaît et plus on sait ce que l'on peut attendre l'un envers l'autre et donc, on ne va pas se tromper

²⁵² Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

²⁵³ *Ibid.*

*après quand on va travailler ensemble sur telle initiative autour de la toxicomanie. Ne pas attendre des choses que l'association ne peut pas donner et puis, on saura bien dans quoi cela s'inscrit. Je trouve que c'est vraiment intéressant pour le quartier*²⁵⁴.

5*) Réduction des risques : accès à la connaissance, accès aux droits

Les intervenants en toxicomanie ont un rôle d'éducation à la santé, un rôle de transmission, dans le champ de la prévention des risques sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie, auprès des usagers de drogues. Cette éducation s'appuie sur des supports d'information écrite, sur la transmission de messages généraux de prévention sanitaire et sociale par le biais des discussions préventives avec les usagers sur les pratiques à risques, transmission orale qui est ensuite diffusée par les usagers eux-mêmes dans le cadre de ce que l'on appelle l'éducation par les pairs.

a) La réduction des risques sanitaires

- *Transmettre la notion d'échange de seringues aux usagers*, diffuser de nouvelles normes d'usage, apprendre aux usagers à utiliser une seringue propre lors de chaque shoot ou, à défaut, la nettoyer avec de l'eau de javel et la garder sur eux, ne pas la jeter par terre, n'importe où.

- *Transmettre la notion de relations sexuelles protégées*, l'utilisation systématique de préservatifs. Il semblerait que le principe de l'utilisation systématique d'une seringue propre et d'un préservatif soit intégré par les usagers de drogues. Cependant, l'éducation passe par la répétition des mêmes choses inlassablement ; par ailleurs, de nouvelles générations arrivent encore vierges de messages de prévention classiques élémentaires. L'éducation à la santé, notamment la réduction des risques, n'est par définition jamais acquise, c'est un processus toujours en cours. D'autant plus qu'apparaissent de nouvelles drogues, de nouvelles pratiques de consommation à travers des expériences de mélanges de drogues, par l'introduction et l'éventuel partage d'objets (cuillère) lors de la préparation du shoot²⁵⁵. Aussi, l'échange et les discussions des intervenants avec les usagers de drogues sur les pratiques à risques est essentiel pour prendre connaissance de l'évolution des façons de consommer les drogues et des nouveaux produits sur le marché illégal de la drogue, pour ensuite adapter et cibler leurs messages de prévention sanitaire par rapport à ces pratiques innovantes. Les intervenants ont autant à apprendre des usagers sur la drogue que les usagers des intervenants : c'est le propre d'une éducation interactive.

- *Favoriser l'accès des usagers de drogues aux soins et aux produits de substitution*. Informer les usagers de leurs droits sanitaires.

²⁵⁴ Employée municipale de maison de quartier.

²⁵⁵ Des auteurs montrent que la mise en commun du produit peut, par contact avec des seringues, des cupules ou de l'eau de dilution contaminées, constituer un mode de transmission indirecte du VIH et du VHC, cf. CDC, HRSA, NIDA, SAMSHA, 1997. Ou plus rare, l'utilisation du sang d'un des usagers participant à une injection collective afin de préparer une solution d'opium artisanale, cf. Galybin *et al.*, 1997.

b) La réduction des risques sociaux

La réduction des risques liés à la toxicomanie part de l'acceptabilité de la consommation de produits prohibés par l'usager et déborde le seul versant sanitaire pour s'engager vers la réduction des risques sociaux que la toxicomanie entraîne le plus souvent. Ces risques sont connus : "désaffiliation sociale"²⁵⁶, exclusion sociale, problèmes sociaux et administratifs (logement, revenu minimum d'insertion), familiaux, problèmes avec la justice... La réduction des risques sociaux a pour objectif d'éviter que les usagers de drogue ne pâtissent socialement de leur dépendance aux produits prohibés et de leur statut social de toxicomane, éviter qu'ils ne deviennent des exclus de la société perçus comme socialement inutiles, renégats méprisés et abandonnés, seulement assimilés au sida et à la drogue ; la réduction des risques sociaux consiste à aider les usagers à se "bagarrer" pour éviter qu'ils ne perdent leur place dans la société, cela d'autant plus que les places s'y gagnent chèrement et que cette intégration n'est pas toujours la volonté prioritaire de l'usager²⁵⁷. Pour cela, les intervenants en toxicomanie veillent à ce que les usagers puissent faire valoir leurs droits sociaux élémentaires (logement décent, revenu minimum d'insertion, papiers en règles, allocations sociales diverses) comme tout citoyen.

Conclusion sur l'accessibilité des PES

1°) Des éléments sur l'accessibilité géographique et temporelle des PES

L'accessibilité des PES aux usagers de drogues injecteurs dépend d'un ensemble d'éléments généraux : l'hétérogénéité des usagers de drogues et les évolutions de la toxicomanie, le fonctionnement social et les représentations sociales associées à un territoire de vie donné, et enfin les caractéristiques de l'association de réduction des risques. On observe qu'une équipe de taille moyenne, composée d'intervenants en toxicomanie dotés de compétences variées, complémentaires et polyvalentes, couvrant un territoire restreint géographiquement, optimise l'efficacité des échanges de seringues et de la prévention sociale.

Les méthodes du travail de réduction des risques correspondent aux méthodes ethnographique et ethnologique. Elles impliquent une exploration minutieuse du terrain permettant d'établir une cartographie des lieux du travail de rue, l'utilisation du relais d'informateurs et de médiateurs de proximité, un travail de prises de notes, enfin la synthèse et

²⁵⁶ Cf. Castel, 1995.

²⁵⁷ Cf. De Gaulejac, Taboada Léonetti, 1994, 44-45. Ces auteurs notent ainsi : *Le manager et le RMiste (comme le chômeur) sont deux figures identitaires qui ne dépendent ni du nom de famille, ni de sa place dans une lignée, mais d'un statut conféré par l'entreprise pour l'un, par une commission locale d'insertion pour l'autre. Pour l'un, il s'agit d'une reconnaissance positive, pour l'autre négative ; mais pour les deux, il s'agit d'une reconnaissance institutionnelle qui nécessite de leur part une volonté d'intégration. C'est dire que la place n'est pas donnée a priori et qu'elle n'est jamais acquise définitivement. Il faut se battre pour l'obtenir et la conserver. Cette lutte des places a plusieurs visages selon que l'on est à l'intérieur ou à l'extérieur du système. [...] À l'extérieur, il s'agit moins de lutter pour améliorer ou conserver sa place que d'essayer d'en avoir une. [...] C'est une lutte pour l'existence qui est en jeu. [...] Pour la majorité des travailleurs, cette reconnaissance passe par le contrat de travail. Pour ceux qui ne travaillent pas, c'est l'inscription institutionnelle qui donne un statut social : comme écolier, étudiant, chômeur, handicapé, retraité, malade, prisonnier...*

l'analyse des données de terrain. Sur le même registre, elles rappellent les méthodes de travail des éducateurs spécialisés de rue.

Par ailleurs, on a vu que l'élaboration d'une information sur l'existence, la localisation des lieux et les modalités des échanges de seringues aux usagers de drogues, spécifiquement ciblée vers cette population, favorise fortement l'accessibilité des PES. Cette information est produite au cours de la campagne de sensibilisation et du travail de persuasion des habitants, puis, ensuite, elle se fait lors du travail de terrain, circule notamment par le bouche à oreille qui fonctionne relativement bien entre les usagers, transite par les partenaires relais, s'appuie sur des affichages ou des messages glissés dans les kits, ou encore les intervenants déposent leur carte de visite dans les lieux nouvellement repérés.

Nous avons vu également que l'accessibilité géographique des lieux d'échange de seringues se construit différemment selon les formes de distribution de seringues : boutiques, distributeurs automatiques de seringues, stationnements de bus, travail de rue. L'implantation des boutiques en zone urbaine, près des lieux de vie des usagers et à proximité des transports en commun favorise grandement leur accessibilité. Idéalement, on pourrait envisager l'implantation de plusieurs boutiques sur tout le département, notamment dans des villes éloignées de Paris. À défaut, et dans l'idée d'un lieu d'accueil pour les usagers, le bus peut pallier le manque de structures d'accueil pour les usagers ; ceci dit, il n'offre pas les mêmes qualités de services d'un point de vue relationnel et technique. L'accessibilité optimale des actions de réduction de risques pour les usagers les plus marginalisés, qui ne sont reliés à aucune structure institutionnelle sanitaire ou sociale et qui sont réfractaires à ce genre de prise en charge pour des raisons telles que leur situation administrative illégale, leur nomadisme ou la peur d'une stigmatisation sociale, semble s'appuyer principalement sur le travail de rue, essentiellement à pied, dans les quartiers, ou en voiture, sur les périphériques. Les lieux à investir par ce travail de terrain sont les zones situées à proximité des lieux de vie des usagers, les villes vierges de toute structure destinée aux usagers ou les lieux mal desservis par les transports en commun. Autant qu'il est possible, il faut essayer d'associer le fait de varier les sites de stationnements pour approcher des usagers nouveaux et le fait de fidéliser les anciens par une présence régulière.

Enfin, pour être efficace, l'accessibilité temporelle des équipes de réduction des risques doit s'adapter aux temporalités de vie des différents types d'usagers et aux différents temps de sociabilités des quartiers.

2*) Des composants de l'accessibilité relationnelle des intervenants en toxicomanie

L'accessibilité relationnelle des intervenants en toxicomanie se construit sur la base d'un corpus de règles relationnelles, telles que le respect de la personne, l'absence de jugement moral, la recherche d'un équilibre entre l'empathie et la distance, la construction de la confiance, la crédibilité de l'intervenant en toxicomanie et la chaleur humaine que dispense l'équipe. Le travail relationnel contribue à l'élaboration d'une relation privilégiée entre un usager et un intervenant qui peut devenir son référent principal. Néanmoins, une exclusivité relationnelle trop forte dessert le travail de réduction des risques si elle oblitère les autres membres de l'équipe, d'où l'importance d'une équipe complémentaire et polyvalente. Le but de la relation est de servir de tremplin et d'écrin à la demande de l'usager, qu'elle soit d'ordre sanitaire ou social. Par la relation, l'intervenant peut inciter l'usager à prendre des précautions

sanitaires, à limiter les risques de transmission des virus VHI et VHC, il peut susciter chez l'utilisateur le désir thérapeutique. Le rôle de l'intervenant est alors de savoir y répondre dans des délais jugés satisfaisants par l'utilisateur.

On notera que les lieux à partir desquels se font les échanges de seringues conditionnent le degré d'exigence relationnelle, donc la relation qui existe entre l'intervenant en toxicomanie et l'utilisateur, et l'accessibilité de l'intervenant. On distingue trois types de lieux, trois modalités de relations :

- dans les espaces publics ouverts et neutralisés où les exigences relationnelles sont réduites au minimum,
- dans les espaces publics d'accueil des utilisateurs où les intervenants posent des "bas seuils" d'exigence,
- dans les espaces privés ou privatisés où l'utilisateur pose ses exigences relationnelles.

Dans tous les cas, celui qui ne se fait pas aux exigences relationnelles explicites ou implicites, s'en va, stoppant la relation. Ceci dit, on a vu que le niveau d'exigence relationnelle ne définit pas seul ce qui fonde l'accessibilité relationnelle de l'intervenant en toxicomanie, il n'en est qu'un élément mais un élément important dans la mesure où la population ciblée est celle qui fuit toute forme d'exigence sociale, "préférant" la rue ou le squat à un lit d'hôtel.

De la même façon les trois types de lieux des échanges de seringues modélisés impliquent des méthodes d'accroche des utilisateurs spécifiques et sélectionnent d'eux-mêmes les types d'utilisateurs rencontrés.

Le travail de rue, à pied, sur un territoire réduit privilégiant l'approche locale et le contact direct entre l'intervenant en toxicomanie et l'utilisateur de drogue, et comportant les exigences relationnelles les plus faibles pour l'un et l'autre, semble la méthode la plus adaptée pour accrocher les utilisateurs les plus marginalisés de la banlieue parisienne. Par ailleurs, plusieurs raisons favorisent l'utilisation de cette méthode de travail :

- Le distributeur automatique de seringues, machine impersonnelle, ne permet pas de recréer du lien social, voire peut le desservir, or les services de réduction des risques visent secondairement la resocialisation des utilisateurs les plus marginalisés.

- Le bus exige des modulations et des équilibres d'horaires qui donnent parfois le vertige quand il s'agit de couvrir plusieurs communes espacées sur le département. Par ailleurs, les critères d'implantation des stationnements du bus sont relativement sélectifs. Enfin, en banlieue, l'effet stigmatisant de la fréquentation d'un bus pour toxicomanes, difficilement contournable dans des cités ou des quartiers communautaires, ne favorise pas son accessibilité. Déjà en 1994, dans un entretien, Nelly Boullenger remarquait : *Le bus nous sert plus à changer les mentalités qu'à faire de la prévention du sida proprement dite : il faut être un vieux toxicomane aguerrri pour monter dedans aux yeux de tous, pour ne pas s'inquiéter de se sentir étiqueté par les habitants ou surveillé par la police*²⁵⁸.

"À partir de cette cartographie, on a émis des critères très sélectifs pour l'implantation du bus. On s'est dit "de deux choses l'une : on a envie que l'association dure ou on a envie que cela "se casse la gueule" tout de suite. Si on est là, c'est pour que cela dure et donc, il faut s'en donner les moyens". Et les moyens, c'était entre autres de trouver un moyen pour poser le bus, qui ne soit pas devant un édifice public, qui ne soit pas sous le regard des habitants, qui ne soit pas dans une cité, qui soit accessible aux

²⁵⁸ Boullenger, 1994b, 38.

toxicomanes, c'est-à-dire pas dans une impasse. Et on est allé voir la police, pour négocier avec la police des trois villes, la non-intervention policière aux lieux et heures de circulation du bus. [...] Donc, on a commencé à faire les tournées du bus. On a fait 140 tournées de bus de deux heures chacune pour ne rencontrer que huit personnes. On a tenu le choc pendant deux à trois mois, à le faire de façon systématique et de façon régulière, y compris quand il n'y avait pas de chauffage dans le bus et que c'était l'hiver. Donc, on a fait cela, et ce que l'on fait d'habitude quand on commence à se dire "on va faire ci ou ça", c'est quelque chose qui fait toujours l'objet d'une concertation d'équipe"²⁵⁹.

- Le travail en boutique ne permet pas *stricto sensu* d'aller vers les usagers, du moins géographiquement : la boutique permet seulement de les recevoir dans un lieu. La démarche est tout autre que celle du travail de rue.

- Dans le même sens, nous avons vu que le fonctionnement d'un espace public d'accueil des usagers (boutique ou bus) ne paraît pas adapté aux jeunes de 18 à 25 ans qui sont les plus marginalisés. Par effet pervers, le travail en boutique, tend, en quelque sorte, à "s'institutionnaliser" dans la mesure où il ne permet de toucher, pour la majorité, que des usagers de drogues déjà en partie engagés dans un processus de prise en charge sanitaire et/ou sociale. Cette marque informelle d'institutionnalisation ferait obstacle à la fréquentation des plus jeunes et des plus marginalisés²⁶⁰. En revanche, pour les autres, qui ont une trentaine d'années et sont déjà intégrés dans un processus d'insertion sociale par les mesures du revenu minimum d'insertion ou dans un processus de prise en charge sanitaire, ces lieux d'accueil sont nécessaires pour les soutenir et les encourager à maintenir leurs actions de réduction des risques (utilisation de seringue propre et de préservatif), et à poursuivre leurs efforts d'intégration sociale. Lieu de socialisation par excellence, les lieux d'accueils permettent de lutter contre la solitude morale et la détresse de ces usagers.

- Les méthodes traditionnelles d'approche des usagers ne semblent plus adaptées aux nouvelles pratiques de *deals* et de consommation des drogues qui tendent à investir l'espace privé, abandonnant l'espace public.

"Je crois que c'est un travail de fourmis à faire localement [...] le totem est visiblement utile mais en fait d'ailleurs l'équipe s'est aperçue en arrivant sur la ville que le travail en banlieue très très proche est plus adapté. [...] Il a fallu qu'ils apprennent à travailler autrement, parce que ce sont toutes des personnes qui ont appris à travailler dans ce milieu dans Paris et au début le travail ici, au début on n'a pas parlé de l'association, tout le monde voyait un bus "Échange de seringue", en fait il y a eu bus, minibus et vous me parlez d'implantation, le travail des points de stationnements du bus sur les trois communes, demande un travail fou avec des tranches horaires. Il fallait que cela ne soit pas dans une cité, mais dans un endroit, pas dans une impasse... et finalement, on en est arrivé à la conclusion que cela ne sert à rien parce qu'il n'y avait pas de fréquentation, les gens ne veulent pas se faire stigmatiser. Cette ville est un énorme village, celle-ci pareil, celle-là pareil, où tout le monde se connaît et où aucun jeune, je dis jeune parce que ce sont souvent des jeunes toxicomanes, ne va avoir

²⁵⁹ Coordinatrice d'une association de réduction des risques.

²⁶⁰ Dans le même sens, F. Facy (1993) notait déjà un vieillissement des personnes consultant les centre de soins pour toxicomanes.

envie qu'on le voit entrer dans un bus et ainsi de suite. [...] On en est arrivé à la conclusion que le bus était une très mauvaise idée et on l'a retiré. [...] En fait, le travail se fait sur le terrain, à pied, par contact direct. Le bus était finalement une mauvaise idée"²⁶¹.

On peut noter un élément important, mentionné par plusieurs intervenants, qui dessert en partie leur accessibilité relationnelle, quelle que soit la méthode employée. Nous avons pointé le caractère d'exclusivité qui régit la relation entre un usager et son référent. Par réaction de protection de cette relation et pour en conserver le monopole, il peut arriver que certains usagers ne transmettent pas volontairement à d'autres usagers non-renseignés les informations concernant les lieux, les moments et les modalités relationnelles des échanges de seringues. Ce qui renforce la conclusion de privilégier le travail de terrain pour aller au-devant de nouveaux usagers et activer la diffusion de l'information.

Aussi, au terme de cette enquête, nous estimons que c'est essentiellement par le travail de réduction des risques, de rue, à pied (dans les cités les plus isolées géographiquement et reléguées socialement) ou en voiture (sur les périphériques où travaillent les prostituées), par le travail dans les lieux privés ou privatisés des usagers (notamment dans les squats), que les équipes parviennent à atteindre ceux qui sont les plus en marge du système social (*borderline*), les plus vulnérables d'un point de vue sanitaire, les exclus des services sanitaires et sociaux, les plus rebelles à toute emprise sous la forme de structures et d'obligations sociales, fussent-elles minimales. C'est dire que l'ensemble de ces facteurs fait qu'il existe un décalage entre l'offre de services et la demande de certains usagers de drogues.

L'accessibilité relationnelle des intervenants en toxicomanie ne se résume pas au seul travail de terrain dans tous ses composants comme nous venons de le voir. Elle tient également à leur capacité d'analyse des situations et des problématiques des usagers de drogues suivis, elle comprend une part importante de travail administratif et s'appuie sur du travail partenarial. Aussi, dépend-elle de leur aptitude à construire et à mobiliser un réseau partenarial spécialisé qui puisse leur servir de relais pour répondre aux demandes des usagers et favoriser leur accès aux soins et aux droits sociaux (hébergement, revenu minimum d'insertion, allocations diverses...). Leur crédibilité professionnelle dépend en effet également de leur capacité et moyens de réponses. Peut-on dire que le travail relationnel de l'intervenant en toxicomanie dans le cadre de la réduction des risques touche un point d'aboutissement lorsque l'utilisateur rencontré dans un squat est mis en relation avec une structure ou un professionnel du champ sanitaire et social ?

3*) Du processus de professionnalisation des intervenants en toxicomanie

On ne peut pas conclure cette seconde partie relative à l'accessibilité des intervenants en toxicomanie, sans mentionner la question du processus de professionnalisation des intervenants en toxicomanie, qui nous semble une piste d'analyse importante. Ces acteurs sont engagés dans un processus de professionnalisation, au sens où l'entend le sociologue américain Hugues²⁶², autrement dit dans un processus de lutte pour obtenir une reconnaissance sociale et une légitimation sociale, soit un statut professionnel avec tout ce que cela

²⁶¹ Président d'une association de réduction des risques.

²⁶² Cf. le chapitre I ("*L'étude du travail et des métiers*") de Hugues, 1996, 60-135.

comporte : un organisme de formation et un diplôme d'État, une formation continue, une grille de salaire, des perspectives de carrière et des équivalences professionnelles. Les enjeux de cette entreprise concernent notre étude dans la mesure où ils touchent la question du processus d'implantation des PES. À titre d'hypothèses, on peut en effet se demander si les démarches d'acceptabilité d'un PES mises en œuvre par les intervenants ne seraient pas facilitées par la reconnaissance et la légitimation de leur statut professionnel. Par exemple, dotés d'une carte de professionnel, les intervenants n'auraient-ils pas plus de poids et d'influence dans les négociations et le travail de persuasion qu'implique l'implantation d'un PES, face aux politiques, aux partenaires locaux et aux autres usagers de la ville (habitants, commerçants, acteurs associatifs) ? Ils ne se présenteraient pas alors comme une personne "lambda" qui travaille dans une association inconnue œuvrant pour les toxicomanes, mandatée par la DDASS.

Les difficultés de la professionnalisation des intervenants en toxicomanie, dont la réussite paraît aujourd'hui aléatoire, sont peut-être liées à quatre facteurs :

- Les activités propres à la réduction des risques (l'échange de seringues aux usagers de drogue les plus marginalisés, l'activation du lien social, et l'orientation sociale et sanitaire de ces derniers) rappellent les actions philanthropiques du début du siècle, destinées aux plus miséreux de la société, aux laissés pour compte, actions dénoncées par certains auteurs comme étant des formes de contrôle social plus que des modes d'amélioration sociale de la vie de ces populations (le bras de l'État policier dans les cités). La structure associative existant par la tutelle financière et de responsabilité de l'État (qui délègue certaines de ses attributions à des associations²⁶³) ne favorise pas la reconnaissance de la professionnalité des personnes qui y travaillent. Surtout, si les intervenants sont salariés, certains ont travaillé pendant un certain temps de façon bénévole, d'autres le font encore ; le bénévolat fait partie de la réduction des risques.

- Les acteurs de terrain constatent globalement une baisse de la demande d'échanges de seringues. Ils avancent des hypothèses explicatives de cette baisse telles que le "succès" des distributeurs automatiques de seringues, les effets dissuadant de l'épidémie de sida pour les usagers de drogues injecteurs, ou encore les conséquences des produits de substitution²⁶⁴. Ces faits peuvent modifier pour partie le contenu du travail des intervenants en toxicomanie. Aussi, l'évolution du champ même de la toxicomanie implique-t-elle la révision des modes de prévention secondaire traditionnelle et, en conséquence, la négociation de l'évolution du travail des intervenants en toxicomanie est inhérent à leur travail.

- Enfin, de façon générale, on voit aujourd'hui se perdre l'idée de l'État social et la notion de service public au profit de l'État libéral et de l'entreprise privée. Or, le travail de l'intervenant en toxicomanie participe néanmoins du service public. Les intervenants interrogés mentionnent tous l'idée classique et fondatrice du service public, soit de servir à quelque chose et d'être utile aux autres.

"Même si c'est un mot obsolète, il faut de la vocation. Il faut avoir, il faut y croire, il faut en vouloir, il faut y croire. Il faut quelque chose en toi qui fait que tu te retrouves dans ce job et il ne faut pas négliger ta carrière et

²⁶³ Comme dans la plupart des autres pays, les initiatives (nous précisons : de lutte contre la toxicomanie dans les domaines de la prévention de la prévention, du soin et de la réduction des risques) sont venues de bénévoles ou de professionnels, en marge du système de soins. Le dispositif français reste ainsi marqué par un très large recours au secteur associatif puisque 70 % des centres du dispositif spécialisé sont gérés par des associations, in Cour des Comptes, 1998, 110.

²⁶⁴ Le rapport de la Cour des Comptes (1998, 111) note ainsi : Ce mouvement initial en faveur des associations est aujourd'hui remis en cause : la mise en œuvre récente des programmes de substitution par la méthadone entraîne une certaine mobilisation des structures publiques.

tout le reste, mais en même temps, en presque dix ans, je n'ai pas couru après ma carrière, j'aurais pu faire plein de choses et devenir... À la rigueur, je préfère arrêter si je le fais dans cet esprit. Je le fais parce que j'ai une mission, non pas une mission qu'on m'a ordonnée mais j'avais envie de faire des choses pour les gens, des gens qui sont dans un cas, qui ont des problèmes. Maintenant peut-être qu'au bout d'un certain temps, je vais faire autre chose. En tout cas, tu ne fais pas ce boulot pour devenir riche, alors que j'aurais pu avoir d'autres places, gagner plus mais je me mets à faire ce qui m'intéresse, ce qui me plaît, je me lève le matin, je sais qu'il y a des gens qui comptent sur moi, j'aime bien. Je viens quelque part, on a plaisir de me voir, à mon niveau. Je rencontre des gens qui me connaissent depuis longtemps, qui savent ce que je fais, qui disent "c'est grâce à untel" mais il y a des gens qui me disent, j'ai bien été content de t'avoir rencontré, pas forcément "grâce à toi" mais cela me fait plaisir, j'ai bien avancé. Voilà, c'est comme cela. Le jour où on ne me dira plus "j'ai avancé", cela veut dire que je ne sers plus à rien, alors j'arrête, ou si les gens sont dégoûtés de moi alors j'arrête"²⁶⁵.

²⁶⁵ Intervenant en toxicomanie.

Conclusion générale

Le seul fonctionnement des PES²⁶⁶ ne rend pas compte de leur efficacité qui dépend aussi d'une combinaison de facteurs environnementaux. Ainsi, *En ce qui concerne les facteurs environnementaux pouvant contribuer à atténuer, voire inverser l'effet des PES sur l'incidence du VIH, certains auteurs ont souligné le rôle du contexte d'implantation du PES comme la proximité d'une zone de prostitution ou l'absence d'une alternative locale au PES (pharmacies, distributeurs)*²⁶⁷.

Or, l'implantation d'un PES est une 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 l'avons déjà dit, l'adoption d'une voie médiane et d'un compromis "territorialisé" entre l'acceptabilité par l'environnement et l'accessibilité pour les usagers de drogues constitue le point crucial de la problématique d'implantation et du choix de la nature du PES.

Légitimités des usagers de la ville et droit à l'espace urbain

Cette voie médiane repose sur la reconnaissance et le traitement des besoins recensés en matière de prévention secondaire des toxicomanies sur le territoire d'implantation, mais aussi sur la reconnaissance et la prise en compte des difficultés qui peuvent naître de la cohabitation

²⁶⁶ Parmi les limites intrinsèquement liées au fonctionnement des PES, certains auteurs évoquent l'insuffisance quantitative de l'offre en seringues qui peut en masquer les éventuels effets protecteurs. Cf. Lurie, 1997. D'autres auteurs parlent de "marketing social" pour illustrer la nécessité pour les intervenants en toxicomanie de constamment anticiper le nombre théorique d'injections et atteindre ou sensibiliser tous les sous-groupes de populations concernés (détenus, usagers issus de minorités sociales, raciales ou ethniques). Cf. Drucker, Lurie, Wodak, Alcabas, 1998. À cet égard, les jeunes usagers et les nouveaux injecteurs polarisent particulièrement l'inquiétude des auteurs au regard des taux d'incidence souvent élevés du VIH (et du VHC) au sein de ces groupes auprès desquels il est difficile d'agir : ils n'éprouvent pas les problèmes qui poussent leurs aînés à consulter ou à entrer en contact avec les structures de prévention, et, de surcroît, ne se considérant pas comme toxicomanes, ils ne se reconnaissent sans doute même pas dans les messages de réduction des risques. Cf. Bruneau, Lamothe, Franco *et al.*, 1997, 146. D'autres auteurs notent qu'en cas de pic épidémique de séroconversions VIH chez les usagers de drogues injecteurs, les PES ne semblent pas constituer une réponse à court terme, sans doute parce que la seule accessibilité au matériel d'injection stérile n'est pas en soi le déterminant exclusif du non-partage de seringues : transmission indirecte du VIH et du VHC par la mise en commun du produit par contact avec des seringues, d'autres matériels ou de l'eau de dilution contaminés, vente de seringues remplies de drogue prêtes à l'emploi par les dealers. Ces résultats sont tirés de la synthèse d'Emmanuelli, 1999, 16. À partir de l'idée qu'il existe des configurations structurelles et organisationnelles particulières des PES pouvant plus ou moins participer à réduire les risques, Vlahov a proposé une grille d'évaluation mettant en relation l'efficacité des PES, le niveau de risque (haut-bas) des usagers qu'ils drainent et le degré de leur motivation (veulent-ils vraiment changer leur comportement ?). Schématiquement, les PES qui attirent les usagers à haut risque (et à forte prévalence VIH) seraient au mieux, inefficaces, au pire contre-productifs alors qu'à l'opposé, ceux qui drainent les UDIV désirant maintenir des comportements à bas niveau de risque (et à faible prévalence VIH) réduiraient l'incidence de VIH chez leurs clients. La plupart du temps, Vlahov admet qu'il s'agit de cas de figures intermédiaires pour lesquels il est moins aisé de trancher mais que le recueil d'indicateurs complémentaires (site d'implantation, taille, activités de distribution, heures de fonctionnement, autres services proposés, état des relations avec les partenaires locaux...) peut contribuer utilement à évaluer en terme d'efficacité. Vlahov, 1994. Extrait de la synthèse d'Emmanuelli, 1999, 19.

²⁶⁷ Emmanuelli, 1999, 18-19.

entre une population marginalisée de toxicomanes et le reste de la population. Le point d'équilibre entre ces deux pôles est une affaire de négociations autour des différentes légitimités des usagers de la ville, y compris celles des usagers de drogue. Ce qui explique aussi pourquoi la recherche de l'acceptabilité d'un PES est un processus continu qui s'étend tant que dure le programme et nécessite un travail de persuasion constant auprès des élus, des partenaires locaux et de la population environnante.

Les conflits de voisinage qui peuvent naître ponctuellement entre les résidents et les promoteurs de services de réduction des risques relèvent en effet et, avant tout, du droit à l'espace urbain. Les lieux d'accueils pour les usagers, boutique mais aussi bus (et plus globalement les services de réduction des risques), incarnent les symboles de la lutte pour "le droit à la ville" pour les usagers de drogue. Ils signifient "une nouvelle conception de la place légitime des toxicomanes dans la ville"²⁶⁸, ce qui n'était pas le cas auparavant lorsque les forces de police avaient pour mission de les déloger de la voie publique, en vertu du paradigme de l'abstinence.

Des implantations toujours expérimentales

Par ailleurs, la variété des lieux et des modalités d'échanges de seringues (boutique, bus, travail de rue, espaces privés de l'utilisateur) implique des processus d'acceptabilité différents et sont tributaires du contexte d'implantation (topo-géographique, social, économique, partenarial, socio-sanitaire) mais aussi des conjonctures politiques. C'est pourquoi les processus et les démarches d'implantation d'un PES ne sont pas encadrés de règles précises, ils se font à tâtons et relèvent avant tout d'actions expérimentales. Il n'existe pas de modèle unique de recherche d'acceptation d'un PES qui soit généralisable.

Enjeux politiques et implantation

L'étude de la mise à l'ordre du jour et de la recevabilité d'un service d'échange de seringues dans une commune, *in fine*, renvoie l'implantation d'un PES à la question originelle de la légitimité de certaines interventions publiques qui ne s'inscrivent pas dans le cadre de l'abstinence, et montre clairement les enjeux touchant aux choix politiques dont découle la création des services de réduction des risques.

Des éléments du processus d'accessibilité

Le processus d'accessibilité des PES se caractérise par deux éléments :

- *la construction d'un effet d'attraction des services de réduction des risques* dirigé vers les usagers les plus marginalisés : l'information sur les lieux, les moments et les modalités

²⁶⁸ Kübler, 2000, 141.

relationnelles de l'échange de seringues (exigences à bas seuils et mise en évidence de l'intérêt de l'usager de drogues à utiliser les services de réduction des risques).

- la mise en relation²⁶⁹ des fournisseurs de services de réduction des risques et des consommateurs de drogues, ce qui équivaut à faire communiquer ainsi deux univers dont l'intégration ne va pas forcément de soi. [...] À ce niveau-là, les services de réduction des risques correspondent à une mise en relation des pratiques et valeurs liées à l'univers de la consommation de drogues avec celles liées à l'univers du travail social et à la médecine préventive²⁷⁰. Mais aussi, les services de réduction des risques mettent en relation deux autres univers : celui de la vie "normale" et celui de la vie "déviant". Ces mises en relation impliquent pour les intervenants en toxicomanie de se rendre accessibles aux usagers en privilégiant des méthodes de rapprochement social (règles relationnelles) et de rapprochement spatial des consommateurs de drogue (aller où se trouvent les usagers, soit considérant l'évolution de la toxicomanie, investir les espaces publics neutralisés mais aussi les espaces privés – squats –).

L'enquête montre que l'accessibilité des PES se construit en fonction de plusieurs facteurs :

- les invariants qui caractérisent les usagers de drogues (exclusion sociale, attitude d'isolement et de retrait, stigmatisation sociale et attitude d'évitement du stigmaté),
- la volatilité permanente des comportements (lieux et modes de consommation),
- la diversité des contextes géographiques, sociaux et politiques.

Ces facteurs impliquent la diversité nécessaire des PES et la remise en cause permanente de leur efficacité, qui demandent de replacer ce mode de travail de réduction des risques dans une approche plus large et intégrée. Les PES ne constituent en effet qu'un mode d'action parmi d'autres. D'où la nécessité d'une professionnalisation des intervenants en toxicomanie, avec toute la difficulté pour les intervenants qui consiste à ne pas se couper des compétences issues de pratiques illégales. Emmanuelli conclut ainsi la discussion sur l'efficacité des PES : *Une approche intégrée des conditions et des limites d'efficacité peut amener à penser que, même protecteurs vis-à-vis du VIH, les PES doivent ne constituer localement qu'une alternative possible à la réduction des risques pour s'appuyer sur d'autres formes d'intervention communautaire (travail des pairs pour informer et sensibiliser les jeunes udvi)*²⁷¹. Il préconise également d'effectuer la prévention de l'injection elle-même et d'augmenter les traitements de la toxicomanie et les produits de substitution.

²⁶⁹ Il s'agit du troisième élément constitutif du service de proximité, modélisé par Amphoux, Jaccoud, 1998.

²⁷⁰ Kübler, 2000, 142.

²⁷¹ Emmanuelli, 1999, 19.

Annexes

ANNEXE I :

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINÉ AUX INTERVENANTS EN TOXICOMANIE

1°) Pouvez-vous présenter votre profession, ses missions, voire votre rôle dans la PRR ?

2°) Quelle est votre perception de la ville ? Y a-t-il des quartiers dits "sensibles" (délinquance, toxicomanie) ? Quelle réputation ou image a-t-il ? (résidentiels, de retraités, lieu de passage) ?

Le processus d'acceptabilité

1°) Comment s'y prend-on pour implanter une boutique, un local et/ou une équipe de PES ? Quelle est la méthodologie à employer ?

2°) De quelle manière s'est construite la demande du PES s'il y en a eu une ? Ou alors, comment s'est construite l'offre et sa recevabilité puis sa mise en œuvre pratique ?

3°) Existe-t-il un partenariat ? Avec quels partenaires ? Selon quelles modalités est-il établi ? Que vise ce partenariat ? Si non, pour quelles raisons ?

4°) Le lieu des actions d'échanges de seringues et les horaires de fonctionnement des équipes ont-ils fait l'objet de négociations avec les résidents ou les élus ?

5°) Y a-t-il eu une démarche d'explication et d'information relative à l'implantation des PES (avant, après, aujourd'hui) ? Sous quelles formes ? Dirigée vers quelle population ? Si non, pour quelles raisons ?

6°) Quelles ont été les réactions des populations environnantes et des éventuels partenaires ? Et aujourd'hui ?

Les processus d'accessibilité

1°) Le choix de l'implantation géographique d'une équipe et des lieux d'actions d'un PES sur un territoire donné est-il important ? Pour quelles raisons ?

2°) D'où viennent les usagers ? Quelles sont leurs caractéristiques (sexe, âge, origine ethnique) ?

3°) Considérez-vous le choix d'implantation de la boutique ou du local comme adapté ? Que pensez-vous d'une implantation centrale ou périphérique ? Sinon, quel lieu, vous paraîtrait le plus adapté et pour quelles raisons (accessibilité géographique : informations en

direction des UD sur l'existence des PES et des lieux, transports et notion de garantie de sécurité pour les UD) ?

4°) Comment sont déterminés les lieux d'intervention du PES (bus, travail de rue, voiture) ? Selon quels critères (accessibilité géographique : informations en direction des UD sur l'existence des PES et des lieux, transports et notion de garantie de sécurité pour les UD) ? Selon quelles modalités (boutique, travail de rue, bus) ? Qui décide (fonctionnement interne de l'association) ?

Accessibilité temporelle

1°) Comment sont fixés la durée et les horaires de fonctionnement des actions PES (boutique, travail de rue, bus) ? Selon quels critères ? Selon quelles modalités ?

Accessibilité relationnelle

1°) Déontologie (confiance, secret, éthique, durée, liens, engagement) et exigences par rapport aux UD ?

2°) Quelle population d'UD touchez-vous ? A-t-elle un profil particulier ?

3°) Le fait que le département ne soit pas uniformément couvert est-il un écueil à l'efficacité de la PRR ?

4°) Pensez-vous que l'implantation des PES est tributaire de stratégie politique communale (repousser le problème de la toxicomanie au delà de sa commune) ?

5°) Quels sont à votre avis les facteurs favorisant l'implantation d'un PES ?

6°) Quels sont à votre avis les facteurs freinant l'implantation d'un PES ?

7°) Avez-vous autre chose à rajouter concernant l'implantation d'un PES ?

ANNEXE II :

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINÉ AUX PARTENAIRES

- 1°) Pouvez-vous présenter votre profession, ses missions, voire votre rôle dans la PRR ?
- 2°) Quelle est votre perception de la ville ? Y a-t-il des quartiers dits "sensibles" (délinquance, toxicomanie) ? Quelle réputation ou image ont-ils (résidentiels, de retraités, lieu de passage) ?
- 3°) Connaissez-vous l'existence de la politique de réduction des risques destinée aux usagers de drogue par voie intraveineuse et les programmes d'échanges de seringues ? Que pouvez-vous me dire concernant les PES ?
- 4°) Connaissez-vous les acteurs associatifs chargés de la mise en œuvre d'un PES, le fonctionnement d'un PES, les lieux d'interventions, les horaires ?
- 5°) De quelle manière s'est construite la demande de PES s'il y en a eu une ? Ou alors comment s'est construite l'offre de PES, sa recevabilité et sa mise en œuvre ?
- 6°) Existe-t-il un partenariat ? Avec quels partenaires ? Selon quelles modalités est-il établi ? Que vise ce partenariat ? Si non, pour quelles raisons ?
- 7°) Y a-t-il eu une démarche d'explication et d'information sur l'implantation des PES (avant, après, aujourd'hui) ? Sous quelles formes ? Dirigée vers quelle population ? Si non, pour quelles raisons ?
- 8°) Quelles ont été les réactions des populations environnantes et des éventuels partenaires ? Et aujourd'hui ?
- 9°) Qu'est-ce qui peut justifier de l'implantation d'une boutique, d'un local, du lieu d'un travail de rue (PES) ? Quels seraient les critères d'implantation ?
- 10°) Quels sont à votre avis les facteurs favorisant l'implantation d'un PES ?
- 11°) Quels sont à votre avis les facteurs freinant l'implantation d'un PES ?
- 12°) Pensez-vous que l'implantation des PES est tributaire de stratégie politique communale (repousser le problème de la toxicomanie au delà de sa commune) ?
- 13°) Le fait que le département ne soit pas uniformément couvert est-il un écueil à l'efficacité de la PRR ?
- 14°) Avez-vous autre chose à rajouter concernant l'implantation d'un PES ?
- 15°) (au pharmacien) Quel type d'usagers de drogue fréquentent votre officine ? D'où viennent-ils ? Quels sont leurs besoins ?

BIBLIOGRAPHIE

- Amphoux P., Jaccoud C., 1998, *Des services pour habiter : orientations de recherche et expérimentations*, Lausanne, IREC-DA/EPFL.
- AMPT/SAFE, coll. Ferenczi A., Imbert C., Thoret K., 1997, *État de la distribution automatique de seringues dans quelques pays européens et éléments de compréhension des politiques nationales*.
- Avril E., Edwige A., Lhomme J.P., Stambul B., 1997, *Projet Bus Méthadone. Un programme expérimental de rue à bas niveau d'exigences sur deux sites, Paris et Marseille*, Paris-Marseille, Médecins du Monde.
- Bailleau F., Castel R., Joubert M., 1995, La réduction des risques, peau de chagrin des politiques sociales ?, *Le Journal du Sida*, mai, 73, 32-36.
- Bardoulat M., 1996, Les usagers de drogue font de la prévention, *Interdépendances*, mai-juin, 23, 33.
- Barré M.D., 1996, Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts, *Déviance et Société*, 20, 4, 299-315.
- Barrow S.M., 1999, *Usages de drogues et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines*, GDR "Psychotropes, Politique et Société", octobre-décembre, 3.
- Bassand M., 1982, *Villes, régions et société*, Lausanne, Presses polytechniques romandes.
- Becker H.S., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions A.M. Métailié.
- Bergeron H., 1999, *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.
- Bernat de Celis J., 1996, *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970*, Paris, l'Harmattan.
- Bertau P., Bello P., Favrot-Laurens G., 1995, *Évaluation de la première année d'activité du Bus Échange de Seringues de Toulouse (BEST)*, Toulouse, AIDES-AFSL-BEST.
- Bertolotto, 1997, *Évaluation du forum départemental de prévention des toxicomanies (11-12 décembre 1996)*, RESSCOM-MDPT, février.
- Bertolotto F., JOUBERT M., 1998, *Évaluation de la politique de la ville dans le champ de la santé en Île-de-France. Le domaine des toxicomanies*, RESSCOM-Préfecture de Région-Mission Ville, octobre.
- Bouhnik P., 1994, *Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé*, Thèse de sociologie (sous la direction de Robert Castel), Université Paris VIII.
- Bouhnik P., Joubert M., (Dir.), 1991, *La toxicomanie en Seine-Saint-Denis. État des lieux, populations, interventions*, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, Direction de l'enfance et de la famille, août.
- Bouhnik P., Touzé S., 1996, *Héroïne, Sida, Prison, trajectoire, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés, Marseille, Seine-Saint-Denis*, ANRS.
- Boullenger N., Coppel A., Weinberger M., 1992, Les recherches françaises de terrain sur les toxicomanies, in Ehrenberg A., (ed.), *Penser la drogue, penser les drogues. État des lieux*, Paris, Descartes, 87-131.
- Boullenger N., 1994a, Une expérience d'ethnographie d'intervention, in Ogien A., Mignon P., (eds.), *La demande sociale de drogue*, Paris, la Documentation Française, 145-149.

- Boullenger N., 1994b, Sur le terrain, une longue suite de négociations, *Le Journal du Sida*, novembre-décembre, 67-68, 36-37.
- Bourgeois Ph., 1999, *La caricature américaine : apartheid culturel et luttes identitaires*, intervention lors du Colloque international " Normes, Déviances, Contrôle Social. Nouveaux Enjeux, Nouvelles Approches" organisé à l'occasion du XXX^{ème} anniversaire du CESDIP, 14-16 octobre.
- Bruneau J., Lamothe F., Franco E., *et al.*, 1997, High rates of HIV infections among IDUs participating in needle exchange programs in Montreal : results of a cohort study, *American Journal of Epidemiology*, 146, 994-1002.
- Burgess E.W., Park R.E., 1925, *The City*, Chicago, University of Chicago Press.
- Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, Collection "L'espace du politique".
- Cavalcanti L.T., 1994, Réduction des risques. Une expérience d'approche communautaire, in Guffens J.M., (ed.), *Toxicomanie, hépatites, sida. Premier colloque européen (16-17 octobre 1993)*, Saint-Tropez, Éditions Les Empêcheurs de Tourner en Rond, 167-171.
- Cavalcanti L.T., 1995, Le travail communautaire : historique, méthodes et perspectives dans le domaine des drogues, in Colle F.X., (ed.), *Drogues, actes et paroles*, Montpellier, Colle et Associés, pp. 23-26.
- CDC, HRSA, NIDA, SAMSHA, 1997, *HIV Prevention Bulletin : Medical Advice for Persons who Inject Illicit Drugs*, Baltimore, US Department of Health and Human Services.
- Cellule SIDA-Toxicomanie de la DDASS de Seine-Saint-Denis, 1996, *Politique de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Dossier d'information*, novembre.
- Circulaire du 11 juillet 1996 du Premier ministre relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental.
- Circulaire du 17 juin 1999 du Garde des Sceaux, ministre de la Justice, *Les réponses judiciaires aux toxicomanies*, NOR JUS À 9900148 C.
- Collectif, 1994, Limiter la casse, *Deux ans de lutte pour la réduction des risques toxicomanie-sida*.
- Collectif, 1997, *En marge de la ville, au cœur de la société : ces quartiers dont on parle*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.
- Conseil Scientifique de l'Évaluation, 1996, *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, Paris, la Documentation Française, mai.
- Coppel A., 1996a, Histoire naturelle de la toxicomanie et politique de réduction des risques, *Neuro-psy*, janvier, 11, 1, 32-38.
- Coppel A., 1996b, Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France, in Ehrenberg A., (ed.), *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages, communications*, Paris, Seuil, ÉHESS-CÉTSAH, 62, 75-108.
- Coppel A., Lamien E., 1993, Limiter la casse, *Agora*, 26-27, 183-186.
- Costes J.M., 1999, *Tendances. Usages de drogues et dispositifs publics. Indicateurs et tendances en 1999*, Paris, OFDT, septembre, 2.
- Cour des Comptes, 1998, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations, collectivités et organismes intéressés*, Paris, Les Éditions du Journal Officiel, juillet.
- De gaulejac V., Taboada Léonetti I., 1994, *La lutte des places*, Paris, Éditions Hommes et Perspectives, Collection "Reconnaisances".

- Debock C., 1998, Intérêts et limites de l'approche communautaire, *Santé de l'homme*, 1^{er} semestre, 334, pp. 37-38.
- Division SIDA de la Direction Générale de la Santé, 1998, *Acceptabilité des boutiques et des programmes d'échange de seringues par leur environnement*, avril.
- Doherty M., Garfein R.S., Vlahov D., Junge B., Rathouz P.J., Galai N., Anthony J.C., Beilenson P., 1997, Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program, *American Journal of Epidemiology*, 145, 8, pp. 730-737.
- Drucker E., Lurie P., Wodak A., Alcabes P., 1998, *Measuring Harm Reduction : the Effects of Needle and Syringe Exchange Programs and Methadone Maintenance on the Ecology of HIV, AIDS*, 12, suppl. A : S217-S230.
- Dubet F., Lapeyronnie D., 1992, *Les quartiers d'exil*, Paris, Seuil.
- Duprez D., 1999, *L'ethnisation de la question sociale en France*, Commentaire du texte de Bourgois Ph. : *La caricature américaine : Apartheid culturel et lutte identitaire*, interventions au Colloque international "Normes, Déviances, Contrôle Social. Nouveaux Enjeux, Nouvelles Approches" organisé à l'occasion du XXX^{ème} anniversaire du CESDIP, 14-16 octobre.
- Duprez D., Kokoreff M., 2000, Usages et trafics de drogues en milieux populaires, *Déviance et Société*, juin, 24, 2, 143-166.
- Ehrenberg A., 1991, *Le culte de la performance*, Paris, Éditions Calman-Lévy.
- Ehrenberg A., (dir.), 1998, *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Éditions Esprit, Collection "Société".
- Emmanuelli J., 1999, *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*, Paris, Institut de Veille Sanitaire, octobre.
- Emmanuelli J., Guillot A., 1999, *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques*, SIAMOIS, BEA, 12, 175-178.
- Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M., 1999, *Caractéristiques sociales, consommation et risques des usagers de drogue fréquentant les programmes d'échanges de seringues en France*, Rapport pour l'OFDT, Paris, IVS-INSERM, novembre.
- Fabre C., Ortholan N., 1999, *Évaluation du programme de réduction des risques liés à la pratique de la toxicomanie par voie intraveineuse sur les villes d'Aulnay et de Sevran*, GRES MÉDIATION SANTÉ, Toulouse, novembre.
- Facy F., 1993, Toxicomanes traités, *Drogues et Toxicomanies*, Dossier documentaire, Paris, INSERM-Nathan.
- Facy F., Rabaud M., 1999, Gestes suicidaires et conduites de dépendance (alcool, héroïne), *Annales Médico-Psychologiques*, 157, 8, 537-543.
- Fassin D., (dir.), 2000, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, Collection "La Découverte".
- Fischer R., Ury W., Patton B., 1982, *Comment réussir une négociation*, Paris, Seuil.
- Fournier L., Muller J.F., 1994, Villes et État : le délicat partage des responsabilités, *Le Journal du Sida*, novembre-décembre, 67-68, 35-36.
- Galybin, et al., 1997, *The First Moscow Exchange Program*, VIIth International Conference on the Reduction on Drug Related Harm, Paris.
- Gill F., 1994, Les limites d'une volonté politique, *Le Journal du Sida*, novembre-décembre, 67-68, 34.
- Glantz L.H., Mariner W.K., 1996, Annotation : Needle Exchange Programs and the Law. Time for a Change, *American Journal Public Health*, 86, 1077-1078.

- Goffman E., 1974, *Perdre la face ou faire bonne figure ? Analyse des éléments rituels inhérents aux interactions sociales*, *Les rites d'interaction*, Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman E., 1975, *Stigmates*, Paris, Éditions de Minuit.
- Guydish J., Bucardo J., Young M., Woods W., Grinstead O., Clark W., 1993, Evaluating needle exchange : are there negative effects ?, *AIDS*, 7, 871-876.
- Hiemer R., Khoshnood K., Bigg D., Guydish J., Junge B., 1998, Syringe use and reuse : effects on syringe exchange programs in four cities, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, July, 18, 1, 37-43.
- Hugues E.C., 1961, *Students' Culture and Perspectives : Lectures on Medical and General Education*, Lawrence (Kansas), University of Kansas Law School.
- Hugues E.C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'ÉHESS.
- Imbert, et al., 1993, *Usage de drogues intraveineuse et conduites à risques. Le pharmacien peut-il freiner la propagation du sida ?*, Évry-sur-Seine, Apothicom et Centre de santé municipal.
- Ingold F.R., et al., 1992, *La transmission du VIH chez les toxicomanes. Pratiques, attitudes et représentations*, Paris, Direction Générale de la Santé-IREP, mars.
- Ingold F.R., Ingold S., 1988, *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues. Rapport d'évaluation*, Paris, Direction Générale de la Santé-IREP.
- Ingold F.R., Ingold S., 1989, The effect of the liberalization of syringes sales on the behaviour of intravenous drug users in France, *Bulletin of Narcotic*, 41, 1-2, 67-81.
- Jacob E., 1996, *Capter les usagers de drogues. Analyse des transformations des modes d'intervention en matière de toxicomanie au travers de l'expérience de quatre dispositifs d'accueil dits à "bas seuils"*, Mémoire de DEA sous la direction de Michel Joubert, Université Paris VIII.
- Jacob E., 1997, Les structures à "bas seuils", nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion à minima des "populations à risque" ?, *Prévenir*, 32, 1, 103-113.
- Jauffret M., 2000, *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et d'intérêt*, Documents du GDR "Psychotropes, Politiques et Société", juillet-septembre, 6.
- Joubert M., 1999, Politiques locales, santé et toxicomanies : les termes d'une recomposition, in Faugeron C., (ed.), *Les drogues en France, politiques, marchés, usages*, Genève, Georg Éditeur, 213-223.
- Joubert M., Weinberger M., 1994, *Les toxicomanies sur le département de la Seine-Saint-Denis, état des lieux : données, politiques locales, dispositifs départementaux*, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, juillet.
- Joubert M., Alfonsi G., Jacob E., Mougine C., Weinberger M., 1998, *Villes et toxicomanies. Les réseaux de politique publique dans l'action locale sur les problèmes liés aux drogues*, Paris, GRASS.
- Korf D.J., Riper H., Freeman M., Lewis R., Grant I., Jacob E., Mougine C., Nilson M., 1999, *Outreach work among drugs users in Europe*, OEDT, EMCDDA, june, insights 2. (traduction française : *Le travail de proximité auprès des usagers de drogues en Europe. Concepts, pratiques et terminologies*).
- Kübler D., 2000, *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.
- Lacoste M., (dir.), Daubagna D., Musset M., Sabatie J., 1996, *Les boutiques et leur environnement*, Association Clémence Isaure, Division SIDA, Graphiti, 2^{ème} séminaire national de réflexion.
- Lecomte J., 1998, Pour en finir avec les conflits, *Sciences Humaines. Médiations et négociations*, juin, 84, 22-26.

- Lettre du Premier Ministre du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances, 4.692/SG.
- Lévy-Strauss C., 1987 (1952), *Race et histoire*, Paris, Folio, Collection Essais.
- Lowenstein W., 1993, Nécessité du débat, *Les Temps modernes*, 567, 247-251.
- Lurie P., 1997, Invited commentary : le mystère de Montréal, *American Journal of Epidemiology*, 146, 12, 1003-1006.
- Lurie P., Reingold A.L., Bowser B., 1993, *The Public Health Impact of Needles Exchange Programs in the United States and Abroad*, San Francisco, University of California.
- Mair A., 1986, The homeless and the post-industrial city, *Political Geography Quarterly*, 5, 4, 351-368.
- Martineau H., 2001, Les nuisances liées aux drogues : la politique néerlandaise, *Questions Pénales*, janvier, XIV.1.
- Mauss M., 1985, Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, Collection Quadrige, 2^{ème} partie, 145-279.
- Meyer L., Wade A., Persoz A., Boué F., Dellemonica P., Caroli-Bosc C., Carré N., le Groupe SEROCO, 1998, Réduction des risques et arrêt de la prise de drogues intraveineuses chez les sujets infectés par le VIH, *Revue Épidémiologique et Santé Publique*, 46, 34-39.
- MILDT-DGS, 1999, *Organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération de seringues. Une action efficace pour la prévention du sida et des hépatites chez les usagers de drogue par voie intraveineuse*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé et à l'Action Sociale, Collection VIH-SIDA, juin.
- Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Direction Générale de la Santé, Division SIDA, 1997, *Les actes des Journées des boutiques*, 13-14 octobre.
- Mino A., 1990, *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*, Genève, Office Fédéral de la Santé Publique, septembre.
- Mino A., 1994, Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques, in Guffens J.M., (ed.), *Toxicomanie, hépatites, sida, Premier colloque européen 16-17 octobre 1993*, Saint-Tropez, Éditions Les Empêcheurs de Tourner en Rond, 131-152.
- Monjardet D., 1987, Compétence et qualification comme principes d'analyse de l'action policière, *Sociologie du travail*, 1, 47-56.
- Montaucieux Ch., 1994, Politiques de la ville : idéologies et pratiques, *Le Journal du Sida*, novembre-décembre, 67-68, 29-30.
- Nicolosi A., Correa Leite M.L., Molinari S., Musicco M., Saracco A., Lazzarin A., 1992, Incidence and prevalence trends of HIV infection in intravenous drug users attending treatment centers in Milan and Northern Italy, 1986-1990, *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 5, 365-373.
- Noël J.Y., 1994, L'introduction du Stéribox dans les Hauts-de-Seine, *Revue de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie*, juillet, 45, 34-41.
- Note de la MILDT du 12 février 1999 et Note d'accompagnement de la Chancellerie du 22 avril 1999.
- Oliver K.J., Friedman S.R., Maynard H., et al., 1992, Impact of a needle exchange programs on potentially infectious syringes in public spaces, *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 5, 534-535.
- Pelletier M., 1978, *Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue*, Paris, la Documentation Française, janvier.

- Pryen S., 1999, *Stigmate et métier. Une approche sociologique de la prostitution de rue à Lille*, Rennes, PUR.
- Ralet O., 1992, Pays-Bas : le toxicomane citoyen, in Caballero F., (ed.), *Drogues et droits de l'homme*, Paris, Éditions Les Empêcheurs de Tourner en Rond, pp. 93-109.
- Rapport d'évaluation du programme d'échanges de seringues de l'association EGO. Bilan de la première année d'activité*, 1996, Paris, Association EGO.
- Rapport d'évaluation du programme d'échanges de seringues de l'association EGO. Bilan de la première année d'activité*, 1997, Paris, Association EGO.
- Rapport de l'OFDT, 1999, *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT.
- Rapport Trauttmann, 1990, *Lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*. Rapport au Premier ministre, Paris, la Documentation Française.
- Richard D., Senon J.L., 1999, *Dictionnaire des Drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse-Bordas.
- Robertson J.R., Bucknall A.B.V., et al., 1986, Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers, *British Medical Journal*, 292, pp. 527-529.
- Serfaty A., 1996, *Politique de réduction des risques envers les usagers de drogues. Étude de cas en Île-de-France*, ministère du Travail et des affaires sociales-DRASS d'Île-de-France- Inspection régionale de la santé, octobre.
- Setbon M., 1995, Drogue, facteur de délinquance ? D'une image à son usage, *Revue Française de Science Politique*, 45, 5, 747-774.
- Spreyermann C., Flückiger M., 1990, *Évaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle*, Lausanne, IUMSP.
- STEP, 1998, *Rapport d'évaluation du programme d'échanges de seringues de l'Association Espoir goutte d'or*, Paris.
- Toussignant M., Payette T., 1997, *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*, Québec, CPLT.
- Van den Hoek J., Van Haastrecht H.J.A., Countinho R.A., 1989, Risk reduction among intravenous drug users in Amsterdam under the influence of AIDS, *American Journal of Public Health*, 79, 1355-1357.
- Vilarrubla D., 2000, Répertoire départemental VIH, drogues et dépendances 93, *Le Bulletin des Acteurs de la Prévention des Toxicomanie en Seine-Saint-Denis*, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, Mission Départementale de Prévention des Toxicomanies-Centre d'Information et de Ressources, septembre, 10, 10.
- Vlahov D., 1994, The evaluation of needle exchange programs, *American Journal of Public Health*, 84, 12, 1889-1891.
- Wyvekens A., 1997, *L'insertion locale de la justice pénale*, Paris, l'Harmattan.
- Zauberman R., Robert Ph., 1995, *Du côté des victimes : un autre regard sur la délinquance*, Paris, l'Harmattan.

LISTE DE LA COLLECTION "ÉTUDES & DONNÉES PÉNALES"

- 1 – ROBERT (Ph.), *Vagabondage et mendicité, schéma de base*, Paris, SEPC, 1968, épuisé.
- 2 – ROBERT (Ph.), SAUDINOS (D.), *La médecine légale en France*, Paris, SEPC, 1968, épuisé.
- 3 – ROBERT (Ph.), *La réforme de la justice criminelle*, Paris, SEPC, 1969, épuisé.
- 4 – ROBERT (Ph.), *L'emprisonnement dans le système français de justice pénale*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 5 – ROBERT (Ph.), *Recherche criminologique et réforme du code pénal*, Note n° 1, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 6 – ROBERT (Ph.), GABET-SABATIER (C.), *Le statut des jeunes adultes délinquants*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 7 – ROBERT (Ph.), FAUGERON (C.), KELLENS (G.), *Les attitudes des juges à propos des prises de décision, (pré-recherche exploratoire)*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 8 – ROBERT (Ph.), *L'avenir en milieu ouvert*, Paris, SEPC, 1972, épuisé.
- 9 – FAUGERON (C.), *Recherche criminologique et casier judiciaire*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 10 – LASCOUMES (P.), *Langage et justice*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 11 – FAUGERON (C.), *Note sur la diversification des sentences*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 12 – ROBERT (Ph.), *Note de politique criminelle*, Paris, SEPC, 1973, épuisé.
- 13 – LAMBERT (Th.), AUBUSSON de CAVARLAY (B.), ROBERT (Ph.), *La justice pénale et sa "clientèle", quelques données statistiques succinctes*, Paris, SEPC, 1974, épuisé.
- 14 – ROBERT (Ph.), LASCOUMES (P.), *La crise de la justice pénale et sa réforme*, Paris, SEPC, 1974, épuisé.
- 15 – AUBUSSON de CAVARLAY (B.), *La prévision de l'évolution des condamnations à partir des différences géographiques*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 16 – GODEFROY (Th.), *Le coût du crime en France*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 17 – GODEFROY (Th.), *Alcoolisme et coût du crime*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 18 – WEINBERGER (J.C.), *La perception de la gravité relative à des infractions dans la population française*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 19 – FAUGERON (C.), *L'image de la justice pénale dans la société*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 20 – ROBERT (Ph.), MOREAU (G.), *La presse française et la justice pénale*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 21 – FAUGERON (C.), *Les femmes, les infractions, la justice pénale : une analyse d'attitudes*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 22 – LASCOUMES (P.), MOREAU (G.), *L'image de la justice pénale dans la presse*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 23 – GODEFROY (Th.), *Une analyse programmatique du système de justice pénale dans un arrondissement judiciaire*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 24 – AUBUSSON de CAVARLAY (B.), LAMBERT (Th.), *Condamnations, âges et catégories socio-professionnelles, analyse et prévision*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 25 – WEINBERGER (J.C.), *La perception de la gravité des infractions. Une étude des divergences dans la population française*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 26 – HURÉ (M.S.), AUBUSSON de CAVARLAY (B.), *Évolution des condamnations par nationalités et par professions*, Paris, SEPC, 1975, épuisé.
- 27 – GODEFROY (Th.), *Le coût du crime en France en 1972 et 1973*, Paris, SEPC, 1976, épuisé.
- 28 – WEINBERGER (J.C.), *La perception de la gravité des infractions. Une étude du consensus dans la population française*, Paris, SEPC, 1976, épuisé.
- 29 – LAMBERT (Th.), *Sélection et orientation des affaires pénales*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 30 – GODEFROY (Th.), *Le coût du crime en France en 1974 et 1975*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 31 – LAFFARGUE (B.), *L'image de la justice criminelle dans la société. Le système pénal vu par ses "clients"*, Paris, SEPC, 1977, épuisé.

- 32 – ROBERT (Ph.), *Mémoire présenté à la Commission de révision du code pénal* (document réservé), Paris, SEPC, 1977, épuisé.
- 33 – ROBERT (Ph.), *Mémoire sur l'état de la justice pénale* (document destiné et réservé au Comité national de prévention), Paris, SEPC, 1978, épuisé.
- 34 – ROBERT (Ph.), *Les tendances lourdes du système pénal* (document destiné et réservé à la Commission de pré-planification Justice-VIII^{ème} Plan), Paris, SEPC, 1978, épuisé.
- 35 – AUBUSSON de CAVARLAY (B.), *Note sur les condamnations par défaut*, Paris, SEPC, 1979, non publié.
- 36 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Le coût du crime en France en 1976-1977*, Paris, SEPC, 1980, épuisé.
- 37 – LAFFARGUE (B.), *La détention provisoire et le contrôle judiciaire au cours de ces dix dernières années*, Paris, SEPC, 1980, non publié.
- 38 – LASCOUMES (P.), MOREAU-CAPDEVIELLE (G.), *Délinquance d'affaires et justice pénale*, Paris, SEPC, 1980, épuisé.
- 39 – GODEFROY (Th.), HURÉ (M.S.), LAFFARGUE (B.), *Statistiques sur les morts violentes*, Paris, SEPC, 1981, épuisé.
- 40 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Le droit de grâce et la justice pénale*, Paris, SEPC, 1981.
- 41 – FAUGERON (C.), *Femmes victimes, femmes délinquantes. État des données*, Paris, SEPC, 1981.
- 42 – LÉVY (R.), ZAUBERMAN (R.), *La pratique du sursis en France depuis 1960. Données juridiques et approche statistique*, Paris, SEPC, 1982, épuisé.
- 43 – GORTAIS (J.), PÉREZ-DIAZ (C.), *Stupéfiants et justice pénale ; enquête pour l'année 1981*, Paris, SEPC, 1983.
- 44 – GORTAIS (J.), *La médecine légale en France*, Paris, SEPC, 1983.
- 45 – LOMBARD (F.), *Les systèmes d'indemnisation des victimes d'actes de violence*, Paris, SEPC, 1983.
- 46 – TOURNIER (P.), *La population carcérale. Dimension, structure et mouvements*, Paris, CESDIP, 1984, épuisé.
- 47 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Les coûts du crime en France. Données 1980, 1981 et 1982*, Paris, CESDIP, 1984.
- 48 – LÉVY (R.), *Du flagrant délit à la comparution immédiate : la procédure d'urgence d'après les statistiques judiciaires (1977-1984)*, Paris, CESDIP, 1985.
- 49 – TOURNIER (P.), LECONTE (B.), MEURS (D.), *L'érosion des peines : analyse de la cohorte des condamnés à une peine de trois ans et plus, libérés en 1982*, Paris, CESDIP, 1985.
- 50 – BARRÉ (M.D.), TOURNIER (P.), Coll. LECONTE (B.), *Le travail d'intérêt général. Analyse statistique des pratiques*, Paris, CESDIP, 1986, épuisé.
- 51 – LÉVY (R.), PÉREZ-DIAZ (C.), ROBERT (Ph.), ZAUBERMAN (R.), *Profils sociaux de victimes d'infractions ; premiers résultats d'une enquête nationale*, Paris, CESDIP, 1986, épuisé.
- 52 – HERTRICH (V.), FAUGERON (C.), *Les élèves-surveillants de 1969 à 1985, données statistiques*, Paris, CESDIP, 1987.
- 53 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Justice pénale et contentieux du travail*, Paris, CESDIP, 1987.
- 54 – OCQUETEAU (F.), PÉREZ-DIAZ (C.), *L'évolution des attitudes des Français sur la justice pénale (rapport intérimaire)*, Paris, CESDIP, 1988.
- 55 – BARRÉ (M.D.), *Fréquence du recours à des peines privatives de liberté dans les pays du Conseil de l'Europe*, Paris, CESDIP, 1988, épuisé.
- 56 – TOURNIER (P.), *Réflexion méthodologique sur l'évaluation de la récidive*, Paris, CESDIP, 1988, épuisé.
- 57 – FAUGERON (C.), Le BOULAIRE (J.M.), *La création du service social des prisons et l'évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958*, Paris, CESDIP, 1988.
- 58 – CHEVALIER (G.), *Consensus et clientèles : les politiques socio-préventives locales en 1985 et 1986*, Paris, CESDIP, 1989.
- 59 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Les coûts du crime en France. Données 1984, 1985, 1986, 1987*, Paris, CESDIP, 1989.
- 60 – SEYLER (M.), *L'isolement en prison. L'un et le multiple*, Paris, CESDIP, 1990.
- 61 – FAUGERON (C.), Le BOULAIRE (J.M.), *Prisons et peines de prison : éléments de construction d'une théorie*, Paris, CESDIP, 1991.

- 62 – TOURNIER (P.), *La détention des mineurs : observation suivie d'une cohorte d'entrants*, Paris, CESDIP, 1991, épuisé.
- 63 – MACIOSZEK (J.), TOURNIER (P.), *Base de données "SEPT", représentations graphiques*, Paris, CESDIP, 1991, épuisé.
- 64 – TOURNIER (P.), *Démographie des prisons françaises ; toujours plus ?*, Paris, CESDIP, 1992, épuisé.
- 65 – FAUGERON (C.), Le BOULAIRE (J.M.), *Quelques remarques à propos de la récidive*, Paris, CESDIP, 1992.
- 66 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Les coûts du crime en France, les dépenses de sécurité. Données pour 1988 à 1991*, Paris, CESDIP, 1993.
- 67 – TOURNIER (P.), *Jeunes en prison. Données statistiques sur la détention des moins de 21 ans, en France métropolitaine*, Paris, CESDIP, 1993, épuisé.
- 68 – LOMBARD (F.), GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Les "coûts du crime", prévention et répression, une approche locale*, Paris, CESDIP, 1993.
- 69 – KENSEY (A.), TOURNIER (P.), *Libération sans retour ? Devenir judiciaire d'une cohorte de sortants de prisons condamnés à une peine à temps de 3 ans ou plus*, Paris, CESDIP, 1994, épuisé.
- 70 – BARRÉ (M.D.), coll. FROMENT (B.), AUBUSSON de CAVARLAY (B.), *Toxicomanie et délinquance, du bon usage de l'usager de produit illicite*, Paris, CESDIP, 1994, épuisé.
- 71 – GODEFROY (Th.), LAFFARGUE (B.), *Les coûts du crime en France. Estimation monétaire des criminalités données pour 1988 à 1991*, Paris, CESDIP, 1995.
- 72 – AUBUSSON de CAVARLAY (B.), HURÉ (M.S.), avec la collaboration de AILLET (V.), BARRÉ (M.D.), *Arrestations, classements, défèremments, jugements, suivi d'une cohorte d'affaires pénales de la police à la justice*, Guyancourt, CESDIP, 1995, épuisé.
- 73 – ALLAIN (E.), *Le référé-liberté, genèse et mise en œuvre de la loi du 24 août 1993*, Guyancourt, CESDIP, 1996, épuisé.
- 74 – SECONDI-NIX (M.), *Lutte contre le racisme et justice pénale. Rôle des associations*, Guyancourt, CESDIP, 1996.
- 75 – MARY (F.L.), *Femmes, délinquances et contrôle pénal, Analyse socio-démographique des statistiques administratives françaises*, Guyancourt, CESDIP, 1996.
- 76 – TOURNIER (P.), MARY (F.L.), PORTAS (C.), *Au delà de la libération. Observation suivie d'une cohorte d'entrants en prison*, Guyancourt, CESDIP, 1997.
- 77 – SIMMAT-DURAND (L.), CESONI (M.L.), KLETZLEN (A.), GOYAUX (N.), MARTINEAU (H.), *L'usager de stupéfiants entre répression et soins : la mise en œuvre de la loi de 1970*, Guyancourt, CESDIP, 1998 (2 volumes).
- 78 – PALLE (Ch.), GODEFROY (Th.), *Les dépenses de sécurité. 1992-1996*, Guyancourt, CESDIP, 1998.
- 79 – PALLE (Ch.), GODEFROY (Th.), *Coûts du crime. Une estimation monétaire des délinquances*, Guyancourt, CESDIP, 1998.
- 80 – SIMMAT-DURAND (L.), TOUTAIN (S.), *Les obligations de soins aux toxicomanes dans le cadre du sursis probatoire*, Guyancourt, CESDIP, 1999.
- 81 – LAGRANGE (H.), PERETTI (P.), POTTIER (M.L.), ROBERT (Ph.), ZAUBERMAN (R.), *Une enquête sur les risques urbains. Étude de préfiguration*, Guyancourt, CESDIP, 2000.
- 82 – BARRÉ (M.D.), GODEFROY (Th.), CHAPOT (Ch.), *Le consommateur de produits illicites et l'enquête de police judiciaire. Étude exploratoire à partir des procédures de police judiciaire*, Guyancourt-Paris, CESDIP-OFDT, 2000.
- 83 – GODEFROY (Th.), KLETZLEN (A.), *Blanchiment et confiscation. La situation française vue à travers l'analyse de dossiers*, Guyancourt, CESDIP, 2000.
- 84 – KENSEY (A.), TOURNIER (P.), *Placement à l'extérieur, semi-liberté, libération conditionnelle... Des aménagements d'exception*, Guyancourt-Paris, CESDIP-Direction de l'Administration pénitentiaire/PMJ1, 2000 (2 tomes).
- 85 – KLETZLEN (A.), *Évaluation du risque et prévention de la criminalité dans le processus législatif en France*, Guyancourt, CESDIP, 2000.
- 86 – MUCCHIELLI (L.), *Familles et délinquances. Un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*, Guyancourt, CESDIP, 2000.
- 87 – BARRÉ (M.D.), POTTIER (M.L.), DELAÎTRE (S.), *Toxicomanie, police, justice : trajectoires*, Paris-Guyancourt, OFDT-CESDIP, 2001.

88 – BENECH-LE ROUX (P.), *L'implantation des programmes d'échanges de seringues : entre acceptabilité et accessibilité*, Guyancourt, CESDIP, 2001.

Hors-Série

MARTINEAU (H.), GOMART (É.), *Politiques et expérimentations récentes sur les drogues aux Pays-Bas – Rapport de synthèse*, Paris-Guyancourt, OFDT-CESDIP, 2001.

ISBN : 2-907370-51-0