

La politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille : développement et ambiguïtés d'une expérience pilote

• **Gwenola Le Naour** *

*Doctorante en Science Politique
Equipe en Science Politique et en Analyse Comparative
Institut d'Etudes Politiques d'Aix-en-Provence*

Cet article vise à analyser les conditions d'émergence d'une politique locale de réduction des risques liés à la toxicomanie dans l'agglomération marseillaise, ainsi que les transformations et les débats suscités par le développement de cette politique dont les principes et les modes d'action diffèrent radicalement de ceux des dispositifs précédemment mis en place.

Depuis le milieu des années 1980, l'épidémie de sida fait de nombreuses victimes, particulièrement parmi les homosexuels et les usagers de drogues par voie intraveineuse. La prise en compte du sida modifie considérablement les données de la politique de lutte contre la toxicomanie, notamment son volet sanitaire et social. En effet, depuis l'adoption de la loi du 31 Décembre 1970 interdisant et réprimant l'usage de substances classées illicites, l'objectif essentiel de toute action auprès des toxicomanes était de les encourager ou de les contraindre à arrêter leur consommation. Peu importait la méthode employée, "punir ou aider", l'objectif était le même : l'abstinence. Du fait de l'apparition et de la propagation du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) parmi les usagers de drogues, les priorités, les objectifs, et les croyances des intervenants évoluent considérablement dans le domaine de la toxicomanie. Des outils nouveaux sont mis en place : développement de la substitution,

programmes d'échange de seringues, ouverture de structures dites "bas seuil d'exigence" (boutiques ou Sleep – in). Le sevrage n'est plus, désormais, la seule priorité. La demande et le volontariat ne sont plus des conditions de prise en charge, il faut aller à la rencontre des toxicomanes, afin de stopper la propagation de la pandémie, même s'ils ne souhaitent aucunement arrêter leur consommation ou entamer une démarche de soins, dans le cadre d'une politique dite de "réduction des risques sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie".

L'agglomération marseillaise constitue, à bien des égards, un site d'observation privilégié de cette politique. La ville de Marseille est avec Paris, une ville dite "pilote" dans laquelle une politique de réduction des risques sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie s'est rapidement mise en place : de l'ouverture d'une structure d'accueil pour usagers

* *ESPACE*

IEP d'Aix-en-Provence

25, rue Gaston de Saporta, 13625 Aix-en-Provence cedex 01

gwenola.le-naour@wanadoo.fr

actifs en 1992, à la création d'une mission municipale (1996) et d'un centre prototype à l'hôpital Sainte-Marguerite (Centre Addiction Sud, 1997). La mise en place de ces nouveaux modes d'interventions soulève un certain nombre d'interrogations. Comment des actions nouvelles, non seulement radicalement différentes des précédentes, mais également susceptibles de rendre visibles des problèmes jusqu'ici restés dans l'ombre, sont-elles parvenues à se mettre en place? Dans la première partie de ce texte il sera question des conditions ayant permis l'émergence au niveau local d'une telle politique et du travail de définition opéré par les porteurs de la "politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues". Si avant la mise en place de ce nouveau dispositif les choses étaient

relativement claires (une intervention publique fondée sur un couple intervenants spécialisés/autorités sanitaires, animée par des principes communs, tels le sevrage et la prise en charge psychothérapeutique), l'entrée du sida sur la scène de l'intervention publique auprès des toxicomanes modifie le dispositif, les modalités et les principes de prise en charge des usagers de drogues. Dans une deuxième partie il s'agira d'élargir l'analyse pour s'intéresser à l'inscription territoriale de ces actions et aux réactions qu'elles suscitent, car la mise en place d'un dispositif visant à réduire les risques liés à l'usage de drogues ne se fait pas sans susciter un débat entre ceux qui mettent en place l'action publique – les professionnels – et ceux qui "subissent" ces actions – les riverains.

Chronologie de la politique de réduction des risques à Marseille

1987 : Autorisation de mise en vente libre de matériel injectable, peu suivi d'effet, excepté certains pharmaciens

1989 : Financement du Centre Puget Corderie pour mettre en place un programme d'échange de seringues

1992 : Ouverture de Transit, première boutique ouverte en France, boutique gérée par l'AMPT, Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies, créée à Marseille en 1984

1994 : Ouverture d'un bus échangeur de seringues, projet DDASS, prise en charge du projet par Médecins du Monde, deuxième expérience du genre après l'expérience pilote de l'unité mobile de Paris

1994 : Création d'ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogués et ex-Usagers de Drogués), association nationale, antenne marseillaise ouverte en 1994

1994 : Création du Tipi, association de santé communautaire

1994 : Dépôt du projet Prottox, dont l'idée est l'installation d'une boutique gérée par l'Assistance Publique

1995 : Autonomie d'Autres Regards, association de santé communautaire auprès des personnes prostituées, fondé en 1989 au sein d'Aides Provence

1996 : Ouverture de l'accueil d'Aides Provence aux usagers de drogues

1996 : Création de la mission Sida – Toxicomanie de la Ville de Marseille

1996 : Mise en place de huit automates échangeurs de seringues à l'initiative de la mission Sida – Toxicomanie de la Ville de Marseille

1996 : Ouverture du Sleep-in par SOS Drogue International, association d'origine parisienne implantée à Marseille en 1988

1997 : Mise en place de Prottox, puis du Centre Addiction SUD de l'Hôpital Sainte-Marguerite

1998 : Mise en place du projet « Renforcer le travail de proximité », par la mission Sida – Toxicomanie de la Ville de Marseille.

La construction d'un nouveau mode d'intervention auprès des usagers de drogues

La définition de la politique de réduction des risques résulte d'un processus — produit localement et nationalement — de conciliation et de médiation qui a permis de contenter l'ensemble des intervenants mobilisables sur les questions de sida et de toxicomanie. L'idée de la "réduction des risques" est portée par un certain nombre d'acteurs individuels et collectifs qui réussiront à faire admettre le principe de la "lutte contre le sida" aux spécialistes du soin aux toxicomanes. Elle s'impose, grâce à l'appui des autorités publiques locales, comme la cellule sida de la DDASS des Bouches du Rhône, la Mission SIDA – Toxicomanie de la Ville de Marseille, qui occupent des positions leur permettant de jouer les intermédiaires entre les différents groupes engagés dans le dispositif de soin et d'accueil des usagers de drogues sur le territoire marseillais.

Genèse et définition d'une action conjointe de lutte contre le sida en direction des usagers de drogues

En préalable, il convient d'aborder les conditions sociales qui ont permis l'émergence d'une politique locale. Si Marseille a su, finalement, se montrer pionnière en cette matière, cela tient essentiellement au contexte et à la mobilisation d'acteurs occupant des postes clés.

En 1993, le gouvernement Juppé prend la décision de diffuser les expériences menées en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues, à l'instar des expériences entreprises par Médecins du Monde et Aides à Paris. En outre, l'agglomération marseillaise est l'une des plus concernées en France par le phénomène de la toxicomanie et les Bouches-du-Rhône sont l'un des départements les plus touchés par l'épidémie de sida chez les usagers de drogues (Observatoire français des Drogues et Toxicomanie, 1999, p. 173-175). Mais le contexte national et les données épidémiologiques locales ne suffisent pas pour comprendre la mise en place rapide d'une politique locale hybride et novatrice dans ce secteur fortement profes-

sionnalisé (Camus, Corcuff, & Lafaye, 1993). Si tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut agir parmi les usagers de drogues pour enrayer l'épidémie de sida, les initiatives, contrairement à ce qui se passe à Paris à la même période, sont jusqu'en 1994 peu nombreuses, ce qui amène à examiner la question de la mobilisation des acteurs, de la particularité de celle-ci dans un contexte spécifique. La mise en place d'une politique "marseillaise" de réduction des risques tient, en effet, à la présence d'un certain nombre d'acteurs mobilisés sur ces questions qui attendaient le moment opportun pour agir.

A l'époque, mettre en place un programme d'échange de seringues signifie tenir tête aux acteurs traditionnels de la lutte contre la toxicomanie, car si aucun d'entre eux n'est hostile, sur le principe, à la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques, l'urgence du problème du sida étant ressentie par tous, la mise en place d'un programme massif d'échange de seringues rencontre des réticences fortes. Les acteurs traditionnels, qui jouissent d'une légitimité forte d'intervention dans ce domaine, mettent en cause son utilité, utilisant le fait, que depuis 1987 (décret Barzach), les seringues sont en vente libre en pharmacies.

En amont, le Groupe Interpartenarial de Recherche Action sur le Sida et les Toxicomanies (GIRAST) joue un rôle prépondérant : c'est autour de lui et par lui qu'une mobilisation autour de la réduction des risques a pu se mettre en place. Cette association est créée, en 1987 avec l'objectif d'organiser des rencontres et des réunions entre les différentes professions concernées par le problème du sida et des toxicomanies. Progressivement les réunions s'institutionnalisent, des commissions et des groupes de recherche se mettent en place. Le GIRAST devient une sorte de structure ad hoc, réfléchissant aux possibilités d'actions, notamment en faveur de la réduction des risques, rassemblant les différents intervenants impliqués, aidant les associations à se monter ou à monter des projets allant dans le sens des actions envisagées. Ainsi, le GIRAST se mobilise sur le programme d'échange de seringues et fonde un groupe de travail chargé de construire un argumentaire suffisamment consistant à opposer aux discours rôdés des acteurs traditionnels. Dans

le même temps, l'association Médecins du Monde, déjà mobilisée nationalement en faveur de la réduction des risques, est contactée et décide de s'investir localement. L'association Aides, autre association d'envergure nationale, déjà présente à Marseille depuis le milieu des années 1980, accepte elle aussi de rejoindre le groupe de recherche et d'adhérer au projet. C'est également grâce au soutien de cette association que verront le jour des groupes comme ASUD Mars Say Yeah ou le Tipi (voir encadré).

Le "plan triennal de lutte contre la drogue" du gouvernement Juppé de 1993 et la mobilisation d'acteurs locaux, notamment au sein du GIRAST, donneront l'impulsion définitive au développement d'une politique locale de réduction des risques liés à l'usage de drogues. L'intervention du député et adjoint au maire Jean-François Mattéi et la création, sous son égide, de la mission municipale sida Toxicomanie en 1996, vient renforcer et parachever les premières mesures prises par la DDASS — cellule sida des Bouches-du-Rhône. Une fois les décisions prises et les crédits alloués, l'ensemble des associations concernées par ces questions, y compris les acteurs traditionnels, finissent par prendre part aux nouveaux programmes.

De manière schématique, il reste possible d'isoler au sein des actions menées, et ce malgré ce ralliement, deux groupes tendant vers des objectifs différents : un groupe centré sur la "lutte contre le sida" et un groupe centré sur la "lutte contre la toxicomanie". Bien qu'en désaccord sur la définition du problème, puisque pour les uns la priorité est la drogue alors que pour les autres, c'est le sida, des zones d'accord apparaissent. L'objectif de "réduction des risques sanitaires liés à la toxicomanie" finit par recueillir un certain consensus, permettant à tous les acteurs de se rejoindre. Les objectifs des deux groupes finissent par être conciliés, mieux, rendus complémentaires par les textes définissant la politique de réduction des risques. «[...] La politique de réduction des risques ou des dommages, terme plus adapté, est bien plus qu'une simple distribution de matériel d'injection stérile. Aussi pragmatique qu'elle soit, cette politique de réduction des risques ne cherche en aucun cas à cautionner des pratiques toxicomaniques. [...] Au-delà de la prévention de la

contamination virale par les virus du sida et des hépatites B et C se profile donc la notion d'accompagnement vers les soins et d'aide à la réinsertion sociale des usagers avec l'ultime objectif de réduire la toxicomanie elle-même. Objectif qui devient réaliste avec la prise en compte institutionnelle des usagers à laquelle concourt l'ensemble du dispositif réduction des risques ("créer du lien"). » (Direction Générale de la Santé, 1997, p. 15).

Ce travail de traduction est le produit de médiateurs, « *catégorie d'acteurs placés non plus en relais ou à l'intersection de coalitions concurrentes, mais qui parviennent à gérer les croyances, les valeurs et les intérêts propres à un sous-système donné en liaison avec la société dans son ensemble* » (Bergeron, Surel, & Valluy, 1998, p. 209), qui jouent un rôle déterminant dans la recherche et la définition d'objectifs communs mettant en présence les deux groupes qui ne « *lutent pas contre la même chose* ». Dans le cas présent cette fonction de médiation et de construction d'un sens commun est le fait des acteurs institutionnels, c'est-à-dire la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), la DGS, au niveau national, la DDASS et la Ville au niveau local, et plus particulièrement la cellule sida de la DDASS des Bouches-du-Rhône et la mission Sida – Toxicomanie de la Ville de Marseille. La volonté de mettre en œuvre une action de réduction des risques manifestée par les autorités sanitaires et sociales et les crédits mis en place qu'elle suppose, contraignent les différents acteurs à se retrouver autour des mêmes tables, aux mêmes réunions de travail et Comités de Pilotage. Il a donc fallu trouver un accord minimum : la notion de lien social a permis de faire se rejoindre les deux groupes. Leurs représentations bien que différentes sont finalement rendues complémentaires, dans le discours des acteurs institutionnels, mais aussi dans les pratiques et l'organisation du dispositif. Les autorités publiques impliquées assurent ainsi un rôle de pilotage et de coordination, rôle délaissé depuis de nombreuses années dans le domaine du soin aux toxicomanes. L'interaction entre les deux groupes au départ concurrents (puisque touchant un même public : les usagers de drogues par voie intraveineuse) entraîne, une fois les objectifs harmonisés, la mise en place effective d'un dispositif de réduction des risques sanitaires et

sociaux liés à la toxicomanie conjuguant lutte contre le sida et lutte contre la toxicomanie. C'est autour de cette idée de "créer du lien" et de lutter contre l'exclusion que les différents acteurs se rejoignent, chaque intervenant pouvant se retrouver derrière l'idée de la réactivation du lien social. Pour chacun d'entre eux le don de seringues ou l'accueil d'usagers actifs permet avant tout de créer du lien, d'établir ou rétablir un contact avec une personne en rupture avec les institutions ou exclue du système de soins. La notion d'insertion et de réinsertion est toujours présente, mais au lieu d'être l'objectif à terme avec pour préalable l'arrêt de l'usage de drogues, elle devient le préalable avec pour objectif à terme l'arrêt de l'usage de drogues. Par conséquent en luttant contre les risques infectieux, le principe de "lutte contre les dépendances" peut être réaffirmé. Cette idée de lutte contre l'exclusion à travers les actions de réduction des risques est fortement fédératrice et ne fait pas question. Toutefois si cet objectif commun est acquis et les modalités pour l'atteindre harmonisées, les représentations de l'usage de drogues et la question de son traitement continuent de varier parmi les différents professionnels.

La mise en place d'actions de "réduction des risques": de nouvelles interventions organisées autour de structures préexistantes

Les actions de "réduction des risques" s'articulent autour des structures préexistantes. En amont des structures de soins traditionnelles, il s'agit d'aller à la rencontre des usagers de drogues et de leur donner les moyens de réintégrer le système de soins, une maladie contagieuse ayant la particularité de faire que l'attentisme n'est plus toléré; si le patient ne vient pas de lui-même, il faut aller à sa rencontre. Or, les usagers de drogues, parce que leurs pratiques les placent dans l'illégalité, ne se laissent pas facilement approcher, ni par les autorités policières, ni par les autorités sanitaires. Toutes les associations parties prenantes effectuent donc "un travail de rue", qui vise à instaurer un dialogue avec les usagers les plus marginalisés, afin de les mettre en confiance et les accompagner, lorsqu'ils en émettent le souhait, vers des structures de soins ou d'autres institutions.

La municipalité marseillaise crée en 1996 une mission Sida -Toxicomanie. Sa première action consiste à mettre en place un programme d'échange de seringues, reposant sur un partenariat entre ville, état et associations, permettant également de tisser des liens et d'instituer des relations fortes entre les différents partenaires, le pôle institutionnel DDASS-Mission municipale jouant un rôle fédérateur entre les différents partenaires. Le second programme mis en place par la mission Sida -Toxicomanie – « Renforcer le travail de proximité » – vise à coordonner l'ensemble des actions. Un travail de rue est ainsi institué.

Parallèlement à ces programmes en partenariat se mettent en place des structures dites "bas seuil d'exigence", qui sont des structures d'accueil pour usagers actifs (voir encadré ci-dessus et la contribution de Magali Migone, ci-après):

- la boutique Transit de l'AMPT
- le bus méthadone et l'unité mobile d'échange de seringues de Médecins du Monde
- l'accueil d'Aides Provence
- l'accueil d'ASUD
- l'accueil d'Autres Regards
- l'accueil du Tipi
- le Sleep-in
- la boutique Protox de l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille.

Toutes ces structures remplissent la même fonction: être des lieux-passerelles permettant de restaurer ou instaurer un lien entre les personnes – exclues du système de soins et de droit commun – et les institutions sanitaires et sociales. Tout est donc conçu pour faire en sorte que les usagers de drogues entrent en contact avec les institutions sanitaires et sociales soit par un "travail de rue", soit par les structures "bas seuil", conformément à une conception de la santé publique reposant plus sur l'idée de lutte contre l'exclusion que sur une gestion collective des risques. (Hassenteufel et al., 1998)

En quelques années une politique de réduction des risques a donc vu le jour à Marseille. Toutefois, les actions de "réduction des risques" suscitent conflits et débats.

Les retombées du succès de la politique de réduction des risques : ambiguïtés et débats autour d'une action publique

Les actions de réduction des risques s'inscrivent dans des lieux, des territoires sur lesquels elles se trouvent confrontées à d'autres acteurs (riverains, commerçants, habitants). Les acteurs, mobilisés autour de ces nouvelles problématiques de santé publique, entreprennent un travail d'explicitation des actions entreprises afin de parvenir, avec des succès divers, à faire accepter les dispositifs de réduction des risques, dispositifs qui suscitent de manière quasi systématique la polémique, compte tenu de leur double handicap : ils génèrent des nuisances et ils sont en contradiction apparente avec un certain nombre des principes posés par la loi du 31 décembre 1970.

Ainsi, non seulement la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques étend considérablement le groupe ciblé par l'action publique (des usagers demandeurs de sevrage à l'ensemble des usagers dont la consommation fait problème), mais elle oblige également à prendre en compte, sur le terrain, les non-usagers, les riverains des nouveaux outils (automates-échangeurs de seringues, centres d'accueil pour usagers actifs, travail de rue en direction des usagers sans hébergement), susceptibles, par leur mobilisation "contre" ou "en faveur", de faire aboutir ou échouer une action.

Une action ambiguë

Si un dispositif de réduction des risques liés à l'usage de drogues s'est effectivement mis en place, le cadre légal de ces actions demeure ambigu. Alors que les actions et les discours dédramatisant l'usage de drogues se multiplient, le cadre légal demeure, quant à lui, pratiquement inchangé. Les actions de réduction des risques sont régies par un outil juridique particulier : la circulaire offrant plus de souplesse que la loi ou le décret, mais ne faisant pas force de loi.

Toutefois, la multiplication des circulaires, si elle assure une légalité aux actions de réduction des risques, renforce les contradictions entre la loi pro-

hibant l'usage et les actions de réduction des risques le "tolérant". De ce fait, elles s'accompagnent sur le terrain d'opérations visant à justifier ces actions qui se donnent à voir. La plupart des associations œuvrant dans ce domaine militent d'ailleurs pour obtenir un cadre légal pour la réduction des risques et pour obtenir l'abrogation d'un certain nombre d'articles de la loi du 31 décembre 1970 relative aux stupéfiants, ceci afin de garantir une pérennité au dispositif "réduction des risques". En outre, les intervenants de rue (agents de proximité, animateurs de prévention, travailleurs de rue) sont également soumis à l'ambiguïté et à la précarité. Ils sont, ainsi, des acteurs-relais, chargés de rentrer en contact avec des individus exclus du système de soins, afin de les réinscrire, à terme, dans le système de droit commun. Mais ils doivent, dans le même temps, instaurer de bonnes relations avec le voisinage. Les interrogations sur le sens de leurs missions (Quels sont la légitimité et le but de notre intervention ? Quels effets produit-elle ?) se posent toujours pour certains d'entre eux (cf. la Table ronde du présent dossier). De plus, ils ont un statut qui, bien qu'en débat, demeure à ce jour précaire (la plupart sont sous Contrat Emploi Solidarité, et n'ont bénéficié que de peu de formation en ce domaine). Cette ambiguïté du cadre légal rend plus difficiles la mise en place et l'acceptation du dispositif, car, concernant les actions de réduction des risques, il n'est plus possible d'avoir recours à l'argument de l'application de la Loi pour répondre aux contestations. Or les usagers de drogues ne sont pas des voisins facilement acceptés et bien que les boutiques s'implantent dans les quartiers où ces usagers étaient déjà présents, il est vrai que ces lieux d'accueil et le travail de rue les donnent à voir et donnent l'impression que leur comportement est cautionné. Ainsi, le dispositif de réduction des risques connaît des controverses.

Une action en débats

Les actions de réduction des risques présentent la particularité d'être visibles. Elles ne peuvent donc pas échapper à la critique et aux interrogations des habitants des quartiers dans lesquels elles sont menées, car la loi prohibant l'usage est bien plus connue que les circulaires encadrant la "réduction des risques".

L'architecture des centres d'accueil est conçue de

telle sorte qu'ils n'attirent pas l'attention : en effet, ils sont soit dans des bâtiments quelconques, soit derrière des vitrines pour privilégier une certaine transparence. Ils se heurtent tout de même fréquemment à l'hostilité des habitants (Kübler, 2000). Sur le territoire marseillais, ces structures se sont implantées sans consultation préalable des habitants des différents quartiers. Lorsque des concertations ont été tentées, elles se sont soldées par des échecs. Par exemple, lorsque la boutique Transit a souhaité déménager dans un nouveau quartier, les habitants réunis en comités de quartier ont opposé une vive résistance, provoquant l'intervention du maire de secteur, ce qui a abouti à l'interruption du déménagement. En fait, les boutiques et différents centres d'accueil d'urgence se sont installés rapidement et les membres de ces structures ont ensuite entrepris un travail de pacification, en allant à la rencontre de leur voisinage pour leur expliquer le travail et les objectifs qu'ils souhaitaient accomplir. Leur travail ne consistait pas uniquement à "réduire les risques liés à l'usage de drogues", mais également à faciliter l'installation et l'acceptation des structures et des actions entreprises. De même le travail de rue ou de proximité, effectué par des équipes mobiles de deux ou trois personnes, essaie d'être fait dans la plus grande discrétion. Il s'effectue, toutefois, dans des lieux publics. Or les riverains de ces lieux sont généralement plutôt surpris que des seringues soient distribuées alors que l'usage de stupéfiants est interdit. Le discours tenu est alors le suivant : « *En donnant une seringue, il ne s'agit en aucun cas d'inciter ou de banaliser l'usage de drogues. Nous luttons d'abord contre une épidémie, la propagation du sida dont les usagers de drogues sont parmi les premières victimes* ». L'argument de la survie emporte généralement l'adhésion, car il est difficilement contestable, « *il se présente comme*

le préalable à toute norme, sa condition nécessaire : avant toute définition de la bonne vie, avant toute définition de la santé, il faut, au moins vivre » (De Munck, 1996, p. 95).

Grâce à ces arguments, l'incompréhension des habitants se transforme, dans le meilleur des cas, en admiration face au travail accompli, le plus souvent en acceptation sceptique. Le travail de rue s'adresse tout autant aux usagers de drogues qu'aux riverains dans un souci de compréhension et de partenariat. En outre, il est intéressant de constater, que sauf quelques cas marginaux, les riverains de ces actions ou structures ne contestent pas leurs fondements, ils se plaignent simplement des nuisances qui y sont associées, jugeant que ces interventions ne font souvent que dégrader l'image d'un site.

Le lieu semble jouer un rôle déterminant dans le succès ou la réussite d'une implantation, le lieu entendu dans son inscription physique (présence d'habitations, de commerces, passages fréquents, etc.) mais également dans sa mémoire (lieu stigmatisé ou non). Seconde variable, ensuite, la médiation politique : l'acteur politique, dans cet arbitrage entre les différents acteurs, a plus de poids qu'un autre pour faire accepter les dispositifs : intervenir au cours d'une réunion de quartier au nom de l'Etat ou de la municipalité n'a pas le même impact qu'intervenir au nom d'une association. Il joue, en effet, un rôle tactique, à la fois dans sa capacité à construire une stratégie qui "réduise les risques" de contestations, mais aussi dans sa capacité à redéfinir l'intérêt général.



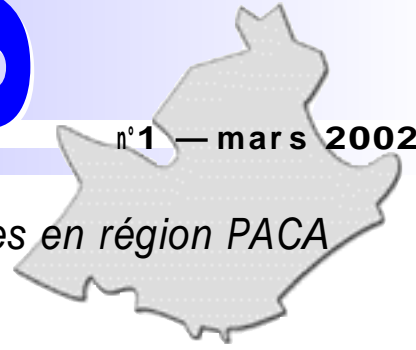
Références

- Bergeron, H., Surel, Y., & Valluy, J. (1998). «L'Advocacy Coalition Framework». Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques? *Politix*, n°41-42, 195-223.
- Camus, A., Corcuff, P., & Lafaye, C. (1993). Entre le local et le national: des cas d'innovation dans les services publics. *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, 17-47.
- De Munck, J. (1996). La consommation de drogues dans le conflit des normes. *Communications*, n°62 "Vivre avec les Drogues", 27-46.
- Direction Générale de la Santé (1997). *Guide méthodologique pour les communes. Organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération des seringues*. Paris: Comité Français d'Education pour la Santé.
- Hassenteufel, P., Le Bihan-Youinou, B., Loncle-Moriceau, P., & Vion, A. (1998). L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique, forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et Brest. In D. Fassin (Dir.) *Les Figures urbaines de la santé* (pp. 84-109). Paris: La Découverte.
- 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.
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (1999). *Drogues et Toxicomanies, indicateurs et tendances*. Paris: OFDT.

Faire Savoirs

n°1 — mars 2002

Sciences humaines et sociales en région PACA



Sciences Hommes Sociétés

Dossier Toxicomanies

Isabelle Feroni
Thémis Apostolidis

métiers
Journalisme
Scientifique

entretien
Samuel Johsua

travaux
- Feyerabend/relativisme
- République/ethnicité

lectures
- L'expérience sociale
- Marseille/identités

agenda