

## **Mission Sida Toxicomanies et Prévention des Conduites à Risques**

### **Conférence débat du 21 juin 2002 à la Maison des Associations « Politiques locales et Santé Publique : Le cas de la toxicomanie »**

#### **Pierre Toubiana**

Si vous le voulez bien, nous allons commencer cette 5ème conférence-débat. Je dois tout d'abord excuser madame Françoise GAUNET-ESCARRAS, Adjointe au Maire chargée des questions de Santé, de Sida, et de Toxicomanies, qui ne pourra nous rejoindre qu'en fin de matinée.

Merci à tous d'avoir répondu nombreux à notre invitation qui, comme vous le savez, s'inscrit dans un cycle de rencontres que nous proposons depuis maintenant deux ans aux professionnels, cliniciens et chercheurs, décideurs et experts, institutionnels et intervenants de terrain, tous impliqués dans la mise en œuvre de réponses à des problèmes de santé publique, voire de société. Ces moments d'échanges ont pour objectif de mieux cerner la réalité, d'améliorer les dispositifs existants, les mesures prises, les actions entreprises, en adéquation avec l'évolution de cette réalité.

Le thème que nous avons choisi aujourd'hui d'aborder nous a peut-être été inspiré par le contexte général très politique de ces dernières semaines « Politiques locales et santé publique le cas de la toxicomanie ».

En prenant comme illustration possible de la mise en œuvre d'une politique locale en matière de santé publique l'exemple de la toxicomanie, nous essaierons d'aborder un certain nombre de questions, qui, bien entendu, n'ont pas de réponses définitives ou exclusives

\* Quelle est la place, quels sont les enjeux, quel peut être l'intérêt d'une politique publique locale

\* Qu'est-ce qu'une politique publique locale Est-ce une politique nationale territorialisée, c'est-à-dire appliquée à un territoire Est-ce un éventuel champ d'expérience, d'innovation, voire de modélisation d'une politique publique

\* En faisant l'hypothèse de l'existence d'une politique publique locale, quelle articulation peut-on alors voir entre celle-ci et une politique publique nationale ou d'Etat Quelle peut être la place des collectivités territoriales, d'une ville par exemple Quels peuvent être les apports respectifs et spécifiques de ces acteurs locaux dont nous sommes (chercheurs, intervenants de terrain, cliniciens,...), au processus d'aide à la décision publique, à l'élaboration d'une politique

Henri Bergeron nous a éclairés quelque peu sur ce thème par son analyse historique de la mise en œuvre des politiques de réduction des risques en direction des usagers de drogue en France, mais il l'a fait essentiellement, me semble-t-il, en évoquant la politique de l'Etat.

Peut-on extrapoler et tirer de cela quelques enseignements sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique publique concernant d'autres questions de santé publique, environnement et santé par exemple, ou bien accès aux soins en général ? Évidemment, nous n'épuiserons aujourd'hui ni la liste des questions, ni, encore moins, celle des réponses, mais nous avons demandé à deux chercheurs de nous apporter leurs éclairages respectifs, de nous faire part de leurs propres expériences, de leurs observations.

Le premier de ces chercheurs, honneur aux étrangers, est Patrick LAUDOYER, directeur du CERSA, Cabinet d'Etudes et de Recherches Sociologiques d'Aquitaine, chargé d'enseignement à l'université de Bordeaux III. Patrick LAUDOYER a notamment participé à un ouvrage collectif qui s'intitule « La santé publique, un enjeu de politique municipale », sous la direction de Jean-Claude GUYOT et de Bruno HERAUT, édité sous l'égide de la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. Il en a notamment rédigé la partie intitulée « Toxicomanie et politique locale ». C'est à ce titre que nous l'avons invité aujourd'hui. Son intervention aura pour titre « Toxicomanie des politiques territoriales sans véritable conduite locale ».

Notre deuxième intervenante, Isabelle FERONI, est sociologue, Maître de Conférence à Sophia Antipolis et travaille aussi à l'INSERM, Unité 379, à Marseille. Elle a mené et mène toujours un certain nombre de recherches dans notre région. Le titre de son intervention est : « Le local comme instance de genèse et d'action en santé publique. Réduction des risques et prévention des toxicomanies à Marseille ».

Isabelle FERONI a participé aux côtés de Thémis APOSTOLIDIS et de Gwenola LE NAOUR à la rédaction du dossier « Toxicomanie » du numéro 1 de la revue « Faire Savoirs », revue éditée par l'Association Méditerranéenne d'Animation et de Rencontres en Sciences de l'Homme et de la Société, dont le rédacteur en chef est Jean-René PENDARIÈS, que je salue. Cette revue est disponible parmi les documents présentés à l'entrée par le CIRDD (Centre d'Informations et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances de la Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur) qui a, par ailleurs, élaboré le dossier documentaire et bibliographique qui vous a été distribué tout à l'heure (dossier d'excellente qualité, pour lequel je remercie tout particulièrement les documentalistes qui l'ont réalisé).

Etienne ZURBACH, responsable du CIRDD, assurera les débats.

Je voudrais aussi remercier PROMOSCIENCES qui gère régulièrement toute la partie logistique de nos initiatives.

Enfin, je tiens à saluer le travail de toute l'équipe de la Mission Sida-Toxicomanies que j'ai le plaisir d'accompagner depuis quelques années. Je veux aussi, puisqu'il m'en est donné la possibilité, remercier et féliciter publiquement Laurence LEVY qui a décidé de partir pour de nouvelles aventures et dont c'est probablement aujourd'hui la dernière « apparition publique ». Je vous remercie et je cède tout de suite la parole à Patrick LAUDOYER.

**Patrick Laudoyer**☐

Bonjour à tous et à toutes.

Je vais préciser quelques points☐

Comme les immigrés, j'ai une double appartenance, voire peut-être une double absence☐ je suis sociologue et politologue, diplômé de l' Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux.

Cela fait à peu près dix ans que je m'intéresse au problème des toxicomanies. J'ai commencé par m'intéresser aux toxicomanes eux-mêmes, en étudiant leurs modes de vie dans le cadre d'un programme de recherche piloté par Alain EHRENBURG, que vous connaissez certainement. J'ai ensuite analysé comparativement l'évolution des politiques publiques française et italienne en matière de toxicomanie. Depuis cinq ans maintenant, je travaille sur la question des politiques locales.

Mon intérêt pour ce sujet vient de ma participation à un programme de recherche sur la municipalisation des questions de santé conduit par la Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. Nous avons constaté que sur les vingt dernières années, les villes avaient effectivement acquis en France une marge de manœuvre indéniable dans ce domaine même si, il faut bien le préciser, l'implication sanitaire de ces dernières ne semble ni évidente, ni généralisée, ni légitimée. Rappelons que la santé est une compétence de l'Etat.

La question des toxicomanies n'a pas échappé à cette évolution, et on peut distinguer plusieurs étapes dans le processus d'intégration de ces questions au niveau local☐

1°/ La mise en place des politiques de santé publique et de prévention de la délinquance☐ certaines municipalités vont inscrire la prévention de la toxicomanie dans le cadre de la redéfinition de leur politique de santé à travers notamment la création d'un réseau ville-santé ou des expériences de santé communautaire.

2°/ Le rôle déclencheur de l'épidémie de sida au milieu des années 80 qui va contraindre l'Etat à réviser sa position☐il ne peut plus gérer le problème comme par le passé et la capacité d'action d'une société se jouant au plus près du terrain, il va, à travers la mise en place de dispositifs incitatifs, lancer un appel en direction des collectivités locales pour qu'elles se mobilisent. Marseille et Bordeaux deviendront ainsi des sites pilotes.

3°/ Le rôle joué par la politique de la ville qui va constituer un cadre privilégié pour la réflexion et le partenariat, facilitant la mise en place de réseaux.

Au croisement de ces trois éléments que je viens d'énumérer, le problème de la toxicomanie ne cesse d'être un défi lancé aux villes moyennes et aux grandes cités urbaines. Mais cela suffit-il pour autant à en faire un objet de politique locale☐ C'est à cette question que mes collègues et moi-même avons cherché à répondre, au travers de recherches et d'études qui ont porté sur la grande région sud-ouest (Aquitaine et deux départements de la région Poitou Charente Maritimes), sur la région parisienne (Ivry) et sur Alès, dans le Gard.

Qu'entend-on par politique locale? Pour moi, cette notion recouvre plusieurs choses☐

\* Tout d'abord, les programmes des autorités communales possèdent des spécificités qui se différencient clairement des programmes d'autres collectivités publiques, en particulier du gouvernement central□

\* Ensuite, ces programmes de politiques publiques correspondent à un ensemble stable, homogène et interdépendant d'objectifs commandant des moyens rationnellement mobilisés sur le moyen ou le long terme pour atteindre des objectifs relativement bien définis.

C'est sur la base de ces deux principaux points que je vais en fin de compte développer mon analyse à partir d'exemples concrets, d'études de cas, en essayant de montrer qu'en fait de politique municipale, nous avons plutôt affaire à de simples modèles d'actions, et plus précisément encore, que l'action publique aujourd'hui correspond plus à un modèle que nous pourrions qualifier de gestion sans véritable politique.

Vous voyez que mon propos s'inscrit en complète opposition à celui de ma collègue et confrère Isabelle FERONI, ce qui fait évidemment tout l'intérêt de notre rencontre.

Je vais donc partir de la politique de réduction des risques, et notamment du cas concret de la ville d'Ivry et du Kit Stéribox®, tout à fait emblématique de mon point de vue, en illustrant mon propos par l'analyse des conditions de sa conception.

Vous savez que la politique de réduction des risques est l'occasion pour certaines municipalités de faire preuve d'originalité et de ne pas se restreindre aux cadres d'application d'une politique décidée nationalement. Je vais ainsi montrer que la municipalité d'Ivry a tenu là une position tout à fait novatrice, comme d'ailleurs deux autres communes à la même époque□Marseille et Bordeaux.

Dès 1987, la Ville d'Ivry décide d'intervenir sur la question du sida et de créer une consultation anonyme et gratuite au sein du centre municipal de santé. Trois ans plus tard, en 1990, le Bureau Municipal prend la décision de mettre en place un plan d'action Toxicomanie-Sida, sous la responsabilité d'un maire adjoint communiste, et de créer une mission technique Toxicomanie-Sida rattachée au centre municipal de santé. La municipalité se donne les moyens de recruter un médecin chargé de coordonner et d'impulser les actions, en particulier la mise en œuvre en 1991 du premier kit de prévention que l'on a appelé «Кepa□, du terme verlan qui veut dire paquet, à destination bien évidemment des usagers de drogues par voie intraveineuse. En raison des résultats positifs de cette première expérience, l'initiative locale sera, en 1993, coordonnée et financée par l'Agence Française de Lutte contre le Sida dans le cadre d'une expérimentation nationale. En 1994, le «Кepa□ d'Ivry deviendra au plan national le Stéribox®.

Il est intéressant de noter ici que le rôle de la municipalité et des acteurs de terrain ne s'est pas limité à la phase de conception du projet□ pendant plus de trois ans, les associations, avec le soutien financier de la municipalité, vont se charger de gérer les stocks de Stéribox® et d'approvisionner directement les pharmaciens et ce, en l'absence de toute législation en la matière.

Cette démarche a pu dans un premier temps apparaître comme un facteur d'émancipation pour les collectivités locales acquérant par là une certaine autonomie dans la conception et la conduite de leur programme, de leur politique. Mais on constate dans un deuxième temps un retour en force de l'Etat, un processus de «Кentralisation□, illustré par une controverse et

un conflit entre la Direction Générale de la Santé et la municipalité. Aujourd'hui ce n'est plus la ville d'Ivry mais l'Etat qui gère cette action. Selon les propres termes du concepteur du Stéribox®, c'est sous la pression de l'Etat ( la DGS menaçait en effet de développer en cas de refus le même projet, sous une appellation différente) et de certains laboratoires pharmaceutiques qu'il a été obligé de céder à titre gratuit la fabrication et la distribution de cet outil, avec l'assurance toutefois d'être étroitement associé au suivi et à l'évaluation de l'action. La DGS acquiert donc ce programme en juillet 1994 et, dans une optique de diffusion et d'extension rapides et massives, décide unilatéralement d'en modifier en partie le contenu. C'est ainsi qu'elle a procédé au remplacement des seringues initiales par des seringues de moins bonne qualité, et supprimé tous les messages de prévention et les adresses d'associations locales qui figuraient sur le paquet. Le projet perdant ainsi son accroche locale, perd à la fois son originalité et son efficacité.

Cet exemple est révélateur de la capacité des collectivités locales à être le lieu d'émergence de procédures innovantes dans le domaine des toxicomanies, mais témoigne également de la situation dans laquelle se retrouvent aujourd'hui ces mêmes collectivités, à la fois incitées à se mobiliser et à faire preuve d'originalité et d'innovation, et dépossédées de leur qualité de fournisseurs autonomes de services dès lors que l'Etat exerce son emprise et son arbitrage.

Et quand il ne s'agit pas, comme précédemment, d'un retour en force de l'Etat, on va voir que l'initiative locale, pourtant libérée par le cadre offert par la politique de la ville, se trouve prise au piège de l'action contractuelle. Je citerais ici deux exemples parmi tant d'autres.

Le premier est tiré d'une étude que nous avons réalisée sur l'évaluation des conseils communaux de prévention de la délinquance du département de la Gironde. Comme vous le savez certainement, la lutte contre la toxicomanie constitue l'un des axes prioritaires de la plupart des conseils communaux de prévention de la délinquance. Pour autant, lorsque l'on scrute leur fonctionnement et les actions concrètes qui sont portées, on s'aperçoit que l'objet toxicomanie est dans la plupart des cas très mal cerné, et qu'il est construit en référence aux grandes cités urbaines comme Paris ou Marseille alors que l'on sait pertinemment que le problème de la toxicomanie ne se pose pas partout de la même manière.

De plus, ces instances de CCPD restent la plupart du temps des lieux de discussions incantatoires où, en fin de compte, peu de choses se décident et peu de choses se font réellement. Des réunions petits-fours la plupart du temps et ... (réactions dans la salle)... Je parle de la Gironde.

Le second exemple est tiré d'une étude réalisée sur une commune de l'agglomération bordelaise. Cette commune est connue pour cristalliser de gros problèmes sociaux. Près de 50% de sa population habite le parc social, elle connaît un taux de chômage record (plus de 15%) et concentre une forte population immigrée. En bref, c'est ce qu'on appelle une zone sensible, d'autant plus sensible que les problèmes de délinquance et de toxicomanie sont importants.

Sur la base de ces difficultés, la municipalité décide notamment de lancer un projet d'automates échangeurs-distributeur de seringues sur la commune. Pour ce faire, elle va mobiliser l'ensemble des partenaires locaux : les associations, l'administration départementale (DDASS), mais également les habitants. La municipalité va s'engager dans une vaste campagne de publicité au sens strict du terme en essayant de lever tous les tabous associés à cette question. Il faudra en tout un an de discussion, un an de travail partenarial, un an de

travail en réseau pour monter le projet. Tout le monde est très fortement mobilisé et décide l'inscription de cette action dans le cadre du Contrat de Ville. Résultat de l'action rien. Le projet n'a finalement pas été financé par l'Etat qui a jugé que la réalité du problème, vue à travers certains indicateurs particuliers, n'était pas suffisamment préoccupante pour justifier la mise en place de distributeurs de seringues. La municipalité ne voulant pas être seule à financer, le projet a donc été abandonné. Vous m'arrêtez si je suis un peu trop long...

Je crois que cette situation est exemplaire, même si on la retrouve dans d'autres communes comme Angoulême en Charente par exemple, et qu'elle doit s'analyser en référence à la redéfinition des missions de services de l'Etat. Aujourd'hui l'Etat n'est plus à proprement parler un prestataire de services mais plutôt celui qui organise le marché des services, qui agence la mise en rapport des offres et des demandes. Nous sommes dans une économie libérale et dans la recherche d'un nouveau positionnement de l'Etat et de ses différentes administrations déconcentrées. On est passé d'un Etat centralisateur, planificateur, à un Etat régulateur d'un marché concurrentiel. La question de la toxicomanie n'a pas échappé à cette nouvelle donne. La politique en la matière est moins le fait des autorités locales elles-mêmes que du gouvernement central qui développe une action incitatrice en proposant, via le marché des subventions, des produits aux collectivités locales comme par exemple la création d'un réseau ville-hôpital ou d'un programme d'échanges de seringues...

Un tel système dirigé par l'offre aboutit à une transformation profonde du mode de gestion publique. Les municipalités se voient proposer des opportunités mais, paradoxalement, celles-ci réduisent considérablement la possibilité pour les collectivités locales de développer leurs propres projets. Elles sont plus victimes que bénéficiaires de cette culture du contrat dans la mesure où elles sont obligées de rentrer dans le circuit de la compétition des appels d'offre, dont les critères sont établis unilatéralement par l'Etat.

A cela, il faut ajouter que l'analyse des pratiques contractuelles qui se développent, surtout dans le cadre de la politique de la ville, trace les limites du pouvoir local

Tout d'abord, la plupart des élus que nous avons pu rencontrer (plus d'une centaine) dénoncent la lourdeur des procédures, la complexité des circuits et la multiplicité des partenaires à mobiliser. Un élu m'a dit quelque chose que je trouve très significatif « Cette procédure mange le projet et nous transforme en bureaucrates ».

Il faut ajouter que si on revendique le partenariat, la coopération horizontale, l'approche en réseau, le territorial, en rupture avec une approche sectorielle du problème, il n'en demeure pas moins que la mise en pratique de ce partenariat ne saurait se substituer dans les faits aux logiques d'organisation et professionnelles. L'Etat a beaucoup de mal à mettre en place l'interministérialité, mais pose cependant l'exigence de cette démarche transversale aux collectivités locales. Faire travailler l'Education Nationale avec la DASS, avec les services de Police ou de gendarmerie, n'est pas une mince affaire...

De plus, les élus locaux dénoncent leur faible autonomie dans le déroulement de la négociation avec l'Etat ou ses représentants locaux. Dans la pratique, il semble en fait que le pouvoir central garde la maîtrise du jeu dont il fixe les règles. On observe ainsi que les actions développées sur le terrain révèlent de nombreuses similitudes et que les initiatives originales des villes n'occupent plus qu'une place marginale. Pour tout dire, on retrouve dans l'application de telles procédures le souci constant de fonder l'attribution des concours de l'Etat sur la soumission des projets locaux à des objectifs définis nationalement.

Le constat que nous avons finalement fait au cours de nos différentes recherches est que pouvoir local et politiques nationales s'inscrivent en fin de compte en négatif : c'est quand la

municipalité refuse d'appliquer les directives nationales que le pouvoir local et la politique locale deviennent les plus visibles. J'ai en tête une commune suburbaine de l'agglomération bordelaise dont la tradition est d'être constamment en opposition aux directives nationales. Il a été question par exemple d'implanter un centre de distribution de méthadone. La municipalité a refusé. Il a été question de faire circuler un bus d'échanges de seringues avec l'appui d'une association d'auto-support. La municipalité s'y est opposée, prétextant qu'il n'y avait pas de toxicomanes sur la commune...

Pour conclure, je dirai qu'à l'issue de nos recherches il semble évident qu'à défaut de politiques locales, la plupart des collectivités se contentent d'appliquer localement des programmes gouvernementaux.

La responsabilité communale reste effectivement très marginale, qualitativement et quantitativement. Les observations que l'on a pu réaliser ne font le plus souvent apparaître que des juxtapositions d'actions peu coordonnées, surtout en matière de prévention primaire, et dont la plupart ne font même pas l'objet d'un débat municipal. Ces actions n'entrent pas, dans la plupart des cas, dans une programmation très structurée d'initiatives s'inscrivant sur un agenda politique. On n'a pas de construction de l'activité publique au niveau local.

En fait, le rôle des municipalités s'exerce surtout dans leur aptitude à mobiliser l'ensemble des partenaires susceptibles d'intervenir dans la lutte contre la toxicomanie. Face à un problème dont la nature tend à être de plus en plus transversale, la fonction des collectivités locales se réduit à un indice de compétences techniques au sens où il s'agit pour les élus d'assumer une fonction d'intermédiaires, de médiateurs, d'assembleurs de projets qui sont prédéterminés par des contenus conformes au répertoire central d'actions publiques.

On voit mal comment il pourrait en être autrement si l'on considère la nature du problème à traiter. Le problème de la toxicomanie ne se réduit pas à ses seules dimensions sanitaires, préventives ou sécuritaires. Il est d'abord et avant tout une question de normes, de valeurs, qui engagent une réflexion sur un choix de société.

Dans ces conditions, il apparaît évident que le problème de la toxicomanie ne peut pas être simplement un problème de gouvernement local. Mais il est extrêmement difficile de prétendre définir avec précision le niveau optimal d'allocation d'une compétence en ce domaine. En effet, la question de la toxicomanie renvoie à des optiques macro-sociologique et macro-économique qui relèvent d'une préoccupation nationale voire internationale, mais dans le même temps elle s'inscrit aussi dans une réalité locale dont les élus ne peuvent se désintéresser totalement.

On voit alors se dessiner ce que l'on pourrait appeler le «paradoxe français». L'Etat incite le local à assumer des missions qui relèvent pleinement de sa compétence, perdant ainsi la possibilité de mener une politique propre en ce domaine. Tout est ainsi tributaire de la seule volonté politique locale laquelle, il faut le reconnaître, est aussi difficile à apprécier que délicate à mettre en route. Le paysage qui se dévoile est celui d'un Etat ayant pour seul horizon de devenir une boîte à outils, finançant un peu de tout un peu partout, selon un principe d'action publique qui fait à l'évidence obstacle à toute visibilité d'une politique nationale.

Est-ce à dire qu'il n'existe plus de politique publique en France? C'est effectivement la conclusion à laquelle on peut aboutir, conforté dans ce sens par le rapport «Indicateurs et

Tendances 1999» de l'OFDT qui comporte un chapitre consacré à l'évolution des politiques publiques de lutte contre la drogue dans lequel les auteurs précisent : « Par politique publique nous entendons des signes d'actions coordonnées et volontaires en vue d'atteindre un objectif bien défini avec des moyens répertoriés ».

### **Etienne Zurbach**

Avant de passer la parole à Isabelle Feroni, j'aimerais saluer la présence de Mme Françoise Gaunet-Escarras qui nous a rejoint. Peut-être souhaitez-vous réagir par la suite au travers d'un certain nombre de questions qui concernent bien évidemment le local et la ville. Je passe la parole immédiatement à Isabelle Feroni.

### **Isabelle Feroni**

Je vais faire une analyse diamétralement opposée et contradictoire par rapport à celle qui vient d'être développée. C'était la règle du jeu, nous en étions convenus d'avance.

Juste un mot de présentation. Pierre est parti du principe que beaucoup de gens ici me connaissaient, mais je crois que ce n'est quand même pas le cas de tout le monde. J'ai travaillé à partir de 1995 à Marseille à l'Unité 379 de l'Inserm et, dans ce cadre-là, j'ai pu observer, en collaboration avec Anne Lovell notamment, la mise en place d'actions publiques de prévention autour du sida et de la toxicomanie.

A partir de 1996 pour être très précis, on a connu à Marseille un contexte extrêmement riche en termes d'expériences associatives : mise en place d'un bus d'échanges de seringues, du programme d'automates, initiatives en termes de prévention et d'information de rue... ; c'est par ailleurs l'époque où a été créée la Mission Sida-Toxicomanie.

Pendant cette période, nous avons eu la chance de pouvoir observer, pratiquement en situation directe, c'est-à-dire de manière simultanée avec le déroulement des événements, un certain nombre d'initiatives, et d'assister aux débats qui ont entouré ces prises de décision. Nous avons une approche dont je vais développer l'analyse, qui s'appuie donc sur un travail de terrain relativement long et qui découle des observations faites sur le site marseillais.

Je propose de questionner le statut du local à la fois comme genèse d'initiatives sanitaires mais aussi comme enjeu de connaissances et d'actions de l'action publique locale. Contrairement à Mr Laudoyer, je montrerai que la question du local ne peut se réduire à celle d'un espace d'actions défini par défaut, c'est-à-dire défini de façon négative par rapport à une guidance ou à partir d'une marge d'action laissée ou conseillée aux différentes collectivités territoriales, mais qu'elle se présente bien comme un lieu d'innovation, de traitement pertinent des problématiques sanitaires liés aux toxicomanies, de mise en œuvre d'une action publique concertée, dotée d'objectifs à moyen et court termes, et éventuellement objet de débats publics. Je précise que cette orientation est liée à l'analyse de l'expérience marseillaise et qu'elle n'est en aucun cas extrapolable à la situation nationale.

Je poserai plusieurs questions pour commencer :

Le local comme acteur problématique de la santé publique.



Pourquoi un facteur problématique ? Parce qu'il ne peut pas faire l'objet d'une interprétation univoque, homogène il peut être à la fois un lieu de genèse, d'initiatives et de mise en œuvre de politiques publiques, et instance expérimentatrice, d'application. Ces différentes perspectives ne sont pas contradictoires. Elles sont éventuellement simultanées, c'est-à-dire que l'on peut lire simultanément plusieurs problématiques autour de la question du local.

La toxicomanie est-elle une bonne thématique pour aborder la question de l'initiative locale en matière de santé publique ?

La toxicomanie est un objet particulier qui n'est pas forcément représentatif des enjeux de santé publique en général. Parler de santé publique autour de la toxicomanie est un pari un peu risqué car le problème de la toxicomanie a d'abord été défini dans l'action publique nationale à partir des questions de sécurité et de gestion de l'ordre public. C'est le cadre de la loi de 1970 qui reste prégnant en France. La question de la toxicomanie est principalement abordée à travers cela. Ce n'est que dans un second temps, et de manière mineure dans l'appareil juridique français, que la toxicomanie a été abordée à travers la santé des usagers et principalement à partir des risques sanitaires encourus par la population générale.

On se trouve, du point de vue du droit, face à deux types de lecture ou deux types d'approche de la toxicomanie :

1/ une approche classique qui fait de la toxicomanie, de l'usage de substances prohibées, un délit passible du pénal et dont découlent un type de traitement curatif institutionnalisé individuel et un type de politique appliquée dans le cadre de la politique de la ville, orientée vers la gestion de la sécurité ;

2/ à partir du début des années 90, une approche centrée sur la réduction des risques, moins solide d'un point de vue juridique, ne reposant que sur des circulaires ou des recommandations potentiellement contradictoires avec le cadre précédent. La plupart des acteurs de terrain qui ont été à l'initiative d'actions sanitaires auprès des usagers de drogue se sont heurtés à ce système bancal.

La toxicomanie est bien un objet polysémique se situant à la frontière des questions de sécurité, de désaffiliation, et de prévention sanitaire épidémique, le terme sécuritaire demeurant quand même dominant.

Pour ces raisons, appréhender la toxicomanie à partir de préoccupations de santé publique n'est pas une évidence. Cela ne fait d'ailleurs pas l'objet d'un consensus social ou politique. C'est pour ça que le cas marseillais est intéressant à interroger puisqu'on a vu à travers la mise en place de la Mission Sida-Toxicomanie une traduction sanitaire de la toxicomanie dans les termes de l'intérêt général, ce qui est assez original.

J'ai dit qu'il était risqué de parler de la toxicomanie en tant qu'objet de santé publique. C'est certes risqué mais tout de même intéressant ; on pourra ainsi éventuellement aborder les nouvelles orientations que la Mildt développe depuis quelques années...

Avant de détailler le cas marseillais, je ferai quelques remarques importantes pour bien situer le problème.

La réduction des risques (c'est-à-dire l'ensemble des mesures concourant à la diminution de la prise de risques liée à l'injection de drogues chez les usagers comme par exemple les

programmes d'échanges de seringues, les lieux d'accueil spécifiques, les programmes de prévention ciblés) permet de poser d'une façon originale la question du local. Dans l'approche issue de la loi de 70, la question du local était présente en termes sécuritaires mais pas en termes sanitaires parce que les dispositifs thérapeutiques qui existaient alors étaient des dispositifs institutionnalisés qui prévoyaient le traitement individuel des usagers et non une approche contextuelle des populations d'usagers de drogue.

La réduction des risques va amener de nouveaux paradigmes □ nouvelle problématisation des usagers (on parle dorénavant de populations), nouvelle approche des pratiques, ... Les acteurs qui sont dans la salle se souviennent des discussions sur l'approche des usagers de drogue, autour des notions de communauté, de communautarisme, qui ont entouré les débats en matière de réduction des risques ... L'objectif sanitaire n'est plus simplement l'abstinence □ mais c'est aussi l'usage à moindres risques.

Or, l'usage est situé □ il se décline de façon différente selon les divers points du territoire, en rapport notamment avec l'économie de la drogue qui ne présente pas les mêmes caractéristiques à Lille, à Paris ou à Marseille. On pressent donc que des interventions pertinentes en matière de réduction des risques nécessitent un travail de connaissance extrêmement fin et précis des pratiques d'usage de la drogue, un véritable diagnostic du territoire. Je pense ici aux travaux qui ont précédé la municipalisation de la question de la prévention de la toxicomanie, fin des années 80 et début des années 90, qui portaient une réflexion sur l'approche territorialisée de la toxicomanie.

Par ailleurs, la philosophie de la réduction des risques repose sur une approche des usagers de drogue en situation naturelle, c'est-à-dire in-situ, dans leur milieu de vie, et non pas à partir d'une intervention institutionnelle, ceci amenant à donner au local une importance majeure. Mais jusqu'à maintenant le local est juste posé en termes d'enjeux de connaissance et éventuellement en tant que cadre pertinent d'intervention. Il n'est pas le lieu d'une définition politique. Mais le local est quand même posé, ce qui est une nouveauté par rapport aux approches antérieures.

Cette problématisation du local va amener un travail de constitution de savoirs locaux sur le local. Je vous rappelle que dans les années 90 les connaissances disponibles sur les phénomènes de toxicomanie au plan national étaient relativement pauvres □ la Mildt n'existait pas dans sa formule actuelle □ On avait quelques données de l'OFDT qui étaient avant tout des données judiciaires qui portaient donc sur les interpellations pour usages de stupéfiants et sur les quantités de drogues saisies □ On disposait, enfin, de statistiques sanitaires qui portaient sur le nombre de personnes accueillies dans les centres de soins. On n'avait pas vraiment de connaissances situées de l'usage. Il y a eu, depuis, un travail assez important d'approche sur le terrain, qui a développé de véritables compétences et a permis de reposer la question de la définition de l'usage de drogue.

Au moment où se développe cette expertise, on voit naître dans le même mouvement des initiatives et des expériences comme celles qui ont été rappelées tout à l'heure par le premier intervenant, souvent situées localement et tout à fait originales. Comment et pourquoi sont-elles originales □ Rappelons que les incitations publiques à la mise en place de la réduction des risques sont, dans les années 90, extrêmement vagues □ il existe bien des recommandations, des préconisations, mais qui sont mal spécifiées. En effet, l'initiative publique en matière de réduction de risques a été, à la fin des années 80, largement dépendante des pressions exercées par le monde associatif du sida notamment, par le travail

de lobbying mené par les grandes associations et les mouvements mobilisés autour de la question d'usages de drogue. Ceci expliquant le très grand retard pris en France en matière d'initiatives publiques, d'Etat, concernant la réduction des risques, en comparaison aux pays anglo-saxons et même latins, qui présentent des structures politiques offrant beaucoup plus de latitude aussi bien à l'action municipale que régionale.

On est donc dans un contexte où la force publique exerce un faible guidage, ou en tous cas un guidage très peu spécifié, qui laisse effectivement une marge d'autonomie et d'interprétation importante. A partir de 1993, une injonction va être adressée aux communes, leur demandant d'installer des programmes d'échanges de seringues. Mais il s'agit encore une fois d'une recommandation extrêmement vague, qui prend la forme d'une circulaire, ne spécifiant ni les objectifs, ni les modalités d'application, ni les formes, ni les procédures. Ce paysage institutionnel est le même pour toutes les villes françaises.

A partir de maintenant, je ferai référence à l'expérience de Marseille, en montrant comment ce contexte particulier a pu donner lieu dans cette ville à des initiatives originales, comment a été posé là le problème de la gestion du local, mais aussi celui de l'initiative locale dans les termes utilisés précédemment par M. Laudoyer, c'est à dire une initiative stabilisée, avec des objectifs à moyen et long termes, et faisant l'objet d'un débat public.

Je vais prendre un premier cas, que je connais bien ☐ celui du dispositif d'automates échangeurs de seringues. Je ne suis peut-être pas très objective dans mon analyse, je laisserai éventuellement la place tout à l'heure pour modérer mon interprétation. Un petit rappel ☐ l'histoire des automates a des origines anciennes à Marseille. Bien avant la création d'une Mission municipale Sida-Toxicomanie, il existait dans les cartons d'une des associations majeures de la ville, un projet d'automate avec une possibilité de financement étatique. On retrouve effectivement le rôle de l'Etat mais pour des raisons diverses, conjoncturelles ... Cet automate n'avait pu voir le jour, mais le projet existait. Les associations qui composent le paysage marseillais de la réduction des risques, issues au début des années 90 du monde institutionnel classique de la prévention, mais aussi du monde humanitaire et des associations mobilisées autour du sida, ont généré leurs propres initiatives particulières autour de la réduction des risques et de l'échange de seringues.

L'originalité du dispositif automate marseillais tient à plusieurs aspects ☐

La création de la Mission Sida-Toxicomanie va permettre de diffuser l'information sur ce projet à l'ensemble du territoire communal, et, selon un dispositif très original, va conduire à implanter huit automates sur l'ensemble du territoire et ce, non pas à partir de préoccupations de ciblage de la toxicomanie ou de ciblage sanitaire, mais à partir d'un souci politique qui était celui de la gestion équitable des différents secteurs de la ville.

Ainsi, ce projet qui était un projet sanitaire décliné dans les termes spécifiques de la réduction des risques, en partie initié par l'Etat, a été transformé, amplifié, étroitement mêlé par la ville au souci de gérer le territoire non pas seulement comme un territoire problématique mais comme un territoire politique, c'est-à-dire dans un souci de parité entre les différents arrondissements qui composent la ville de Marseille. Chaque secteur de la ville s'est vu doté de son automate.

La mise en place du dispositif a été précédée d'un travail d'évaluation du territoire, d'expertises, de débats avec les habitants, travail porté par un collectif d'associations. C'est

d'ailleurs ce collectif qui s'est vu déléguer la gestion du dispositif, sa maintenance et son évaluation.

Cette opération a certes vu une participation importante de l'Etat, mais elle a été l'objet d'une guidance urbaine véritable dans laquelle a pu aussi se construire une expertise collective autour de la toxicomanie marseillaise. Cette expertise est née notamment de la confrontation des points de vue entre des associations «classiques» du champ de la toxicomanie d'une part, et des associations issues de l'humanitaire d'autre part, porteuses pour leur part de lectures différentes de la réduction des risques, et de méthodes de travail spécifiques.

De plus, ce dispositif partenarial a fonctionné comme un espace public de débats, avec obligation de mettre en œuvre des référentiels communs, c'est-à-dire de trouver un dénominateur qui, dans certains cas, était le plus petit commun dénominateur et dans d'autres, le plus grand.

Ce premier exemple est intéressant car il décrit la mise en œuvre d'une dynamique d'initiatives singulières, intéressantes, riches, mais dispersées sur l'ensemble du territoire, on a abouti à un projet unique. La municipalité n'avait pas fixé un programme précis mais le projet est devenu un projet urbain.

J'en arrive à présent au deuxième exemple.

L'espace urbain de débats et d'action constitué à l'occasion du travail d'élaboration du dispositif d'automate a évidemment permis d'échanger sur les questions de toxicomanie et d'identifier de nouveaux problèmes liés à la mise en œuvre de la réduction des risques. Un de ces problèmes a été la question du travail de prévention en milieu urbain et notamment du travail auprès des populations dites cachées.

Ce problème des populations dites cachées est lié à l'essence même de la réduction des risques. Le but est notamment d'atteindre des usagers qui soit ne se reconnaissent pas comme usagers, soit n'identifient pas leurs propres pratiques à risques, soit encore ne souhaitent pas fréquenter des institutions identifiées autour des problèmes de toxicomanie. Très rapidement se pose le problème du contact avec ces populations. Or, la compétence de travail en milieu ouvert n'est pas constituée comme telle. Elle l'est à titre expérimental, individuel. Chaque association impliquée dans ce dispositif va essayer de répondre d'une manière différente, avec ses techniques et ses approches. Mais la compétence liée à cette professionnalité particulière n'existe pas. Elle ne peut pas non plus se décliner à partir du champ du travail social en milieu ouvert la toxicomanie étant une compétence d'Etat, cela exclut toute possibilité de croisement avec le travail que des éducateurs accomplissent par exemple dans les quartiers. Cette problématique se développe d'une manière relativement autonome en dehors des institutions classiques. Ces nouveaux acteurs de la réduction des risques sont amenés à élaborer et à définir collectivement des compétences et une profession nouvelle, à fixer des cadres d'intervention. Ils vont ainsi être amenés à définir les contenus d'une formation, en partenariat avec une institution spécialisée. Ce travail a, depuis, obtenu une reconnaissance locale et nationale dans le cadre des programmes nouveaux emplois- nouveaux services, mais sert également de référence dans le cadre des débats qui se tiennent actuellement sur les nouveaux métiers du travail social et notamment ceux du travail social auprès des populations précarisées.

L'exemple marseillais fait référence. D'autres villes françaises mais également étrangères nous ont souvent demandé des documents expliquant cette expérience collective de prévention.

Ces deux expériences ne suffisent pas à dire ou à affirmer qu'il existe une politique de santé publique en matière de toxicomanie mais en même temps elles montrent qu'il existe un espace public relativement homogène, capable de définir des pratiques, des objectifs à moyen terme et un programme relativement autonome vis à vis des préconisations nationales.

Peut-on identifier des facteurs conjoncturels ou des facteurs locaux qui justifieraient cette particularité marseillaise ?

Le premier facteur qui explique cela est la conjonction à Marseille dans les années 80 d'un double contexte épidémique : l'épidémie à VIH bien sûr, mais surtout la très forte prévalence de la toxicomanie intraveineuse. Marseille est, avant d'être une ville touchée par le sida, une ville fortement touchée par la toxicomanie. C'est d'ailleurs un stigmata qui est attaché à la ville et que l'on perçoit dans les descriptions qui sont faites de Marseille dans les années 80 quand on étudie la presse et qu'on s'intéresse à la manière dont les problèmes de Marseille sont évoqués. La question de la toxicomanie, que ce soit en termes de trafic, de mortalité, d'insécurité, est largement abordée.

Marseille est une ville qui a été très fortement touchée par l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues. La région PACA est la deuxième région touchée après l'Ile-de-France. L'épidémie à VIH constitue donc un problème majeur, un problème de gestion épidémique qui dépasse le cadre de la toxicomanie parce qu'il a inévitablement des répercussions en termes de santé publique pour l'ensemble de la population.

Le deuxième facteur est la richesse associative de la ville. Marseille est une ville qui a une tradition associative très importante, une tradition d'expérimentation. C'est un lieu de croisements très important avec Paris et Lyon : beaucoup d'acteurs majeurs de la scène marseillaise sont des acteurs qui bougent, qui importent et exportent donc des expériences. Marseille est également un bassin d'emploi.

Autre facteur : la municipalisation de la prévention. L'épidémie de VIH chez les usagers de drogues va permettre de traduire la question de la toxicomanie en un problème de santé générale. Avant le VIH, avant la construction du problème VIH et toxicomanie, la toxicomanie était un problème de sécurité, un problème catégoriel. Avec le VIH, le discours qui commence à s'organiser montre que la santé des toxicomanes est un problème qui doit être géré collectivement parce qu'il relève de la santé de la population. Beaucoup d'analyses ont montré que cette notion est consensuelle, en tous cas beaucoup plus consensuelle que la toxicomanie, et qu'elle permet l'inclusion de ces questions dans les politiques publiques.

C'est en ces termes que Jean François Mattei a, au moment de la création de la Mission Sida-Toxicomanie, justifié la création par la ville de Marseille d'un service spécifique autour de l'enjeu sanitaire pour la population et non autour de l'enjeu catégoriel pour les usagers de drogues. Ce déplacement de la pratique spécifique à la santé du plus grand nombre permet effectivement de rentrer dans le registre du politique ou en tous cas de la gestion des intérêts collectifs.

En conclusion, je voulais dire que cette analyse n'est pas rétroactive en ce sens qu'un certain nombre d'éléments donnés sont issus d'une étude qui a été faite en 1998, en cours d'action . Il ne s'agit pas d'une relecture. Je voulais dire aussi que l'analyse, peut-être contrairement à ce qui a été exposé tout à l'heure, est une analyse inductive, c'est-à-dire qu'elle s'est appuyée sur des expériences, qu'elle a essayé de prendre en compte le contexte local et qu'elle ne s'est pas intéressée à la manière dont les directives nationales avaient été appliquées localement.

**Etienne Zurbach** ☐

Merci. Sans plus attendre je vais passer la parole à Mme Françoise Gaunet-Escarras qui souhaite réagir à ces différents propos.

**Mme Gaunet-Escarras** ☐

Si je suis arrivée en retard, et je vous prie de m'en excuser, c'est parce que j'étais avec le professeur Mattei, fondateur de la Mission Sida-Toxicomanie, présent à Marseille à l'occasion de l'extension des Samu et des centres d'urgence.

Vous rappeliez l'originalité marseillaise à divers points de vue. Effectivement, et tous les intervenants l'ont souligné, c'est bien d'une action collective dont il s'agit. Les associations sont entrées dans un espace public, ont permis que de cet espace public de discussions, de concertations, naissent des propositions, des actions, que nous portons tous maintenant ensemble, dans une interaction entre action associative, action municipale et action d'autres institutions. Tout le monde est partie prenante.

Quand l'année dernière on arrivait au terme de deux ans d'évaluation, une de mes premières questions était ☐ qu'est ce qui se fait ailleurs ☐ L'expérience qui se rapprochait le plus de la notre était celle conduite à Paris dans le XVIII ème arrondissement mais il semblait que l'action marseillaise se distinguait par sa créativité, la diversité des acteurs impliqués, la capacité des décideurs politiques à entendre et à réagir aux interpellations. Il semblait que nous ayons créé un modèle, certes perfectible.

Soyons toutefois modestes ☐ nous sommes partis de très bas... Il y avait vraiment beaucoup de problèmes à Marseille... Mais nous posons aujourd'hui à l'Etat un certain nombre de questions, dont celle de son désengagement qui nous interpelle tous beaucoup. Tout n'est pas fait ☐ on observe des résurgences conséquentes de toxicomanie, de comportements à risques en matière de Vih, notamment chez les populations hétérosexuelles...

Je n'ai pas grand chose de plus à ajouter, si ce n'est rappeler que c'est la municipalité qui organise les rassemblements tels que celui-ci, tous les deux ou trois mois, afin de permettre échanges, questionnements, liens, et perspectives de nouveaux projets. La ville est fortement engagée sur ces questions. Par ailleurs, ces moments (trop rares) de réflexion nous amènent à prendre le recul nécessaire à une véritable réflexion politique ☐ quelle politique de territoire doit-on construire ☐ quels modes de participation ☐ doit-on développer en direction des associations, des habitants, des usagers, des malades ☐

**Etienne Zurbach** ☐

Merci. Nous allons passer maintenant au débat dont je rappelle certaines règles □ lorsque vous intervenez, vous vous présentez □ (nom, institution) sachant que les débats sont enregistrés et que bien évidemment vous serez destinataires de l'intégralité des échanges qui auront eu lieu durant cette conférence.

En matière d'introduction à ce débat, je poserai une première question qui me tient à cœur parce qu'elle me semble en phase avec ce qui est en œuvre actuellement dans la politique publique au travers du Plan Triennal et des mesures qui lui sont liées.

J'aimerais vous faire part de ma réflexion à partir d'un document que j'ai trouvé sur les pages internet du site de la Mildt, document à destination des chefs de projets et des partenaires, et concernant l'élaboration du plan départemental. Il s'agit en fait d'une recommandation dont je vais vous lire un extrait qui me paraît important □ □ □ l'élaboration du plan départemental requiert une démarche concertée et programmée, adaptée aux objectifs nationaux et aux besoins locaux évalués. Ce qui n'est pas habituel dans une démarche de santé publique où la définition des besoins locaux est à l'origine de tout projet. En effet, dans le domaine de la prévention des toxicomanies, il a été nécessaire de préciser au niveau national, un certain nombre de concepts et d'orientations compte tenu des messages, des actions et des acteurs de prévention d'une part, des évolutions nombreuses qui marquent les consommations de substances psycho-actives d'autre part. Une définition consensuelle des objectifs nationaux constitue la garantie d'une plus grande cohérence des actions menées □.

Nous sommes là face à une situation où l'Etat, par l'intermédiaire de la Mildt et de son Plan Triennal, a joué un rôle moteur fondamental dans le déblocage d'un certain nombre de situations locales, en particulier pour des municipalités qui pouvaient être relativement frileuses. J'aimerais, à ce propos, avoir l'avis de M. Laudoyer ou de Mme Feroni.

### **Patrick Laudoyer □**

Oui, l'Etat est en train de réviser progressivement sa position. Mais le discours que vous venez de citer n'est pas novateur en lui même. Déjà, au début des années 80, avec la mise en place des conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance, l'Etat tenait à peu près le même discours, incitant les municipalités à élaborer du partenariat, à rassembler, à mobiliser, etc... On peut même remonter en 1971, époque à laquelle l'Etat avait créé, si je me souviens bien, les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie, qui, dès l'année suivante, ont complètement disparu parce que ça n'avait pas du tout marché. On voit par là qu'il existe une histoire sur la volonté de l'Etat de mobiliser le local ... Mais ce qui m'interpelle dans le positionnement de l'Etat, c'est qu'il met en porte-à-faux les municipalités. Quand j'interroge les politiques locales, (nous allons trouver là un point d'entente) j'interroge effectivement le niveau politique en tant que tel, et effectivement le local se montre novateur. J'en veux pour preuve Marseille, Ivry, Bordeaux, qui ont été porteuses de projets innovants qui se sont par la suite développés au niveau national. Mais c'est justement ce mode de développement au plan national qui me gêne un peu □ on aboutit à une standardisation complète des problématiques locales stricto sensu, au placage de dispositifs correspondants à des réalités issues des grandes cités urbaines. Il est vrai que les choses commencent à évoluer parce que les municipalités, voire les administrations déconcentrées de l'Etat, commencent à s'engager de plus en plus dans des démarches de diagnostics, de connaissances précises des problèmes, dont vont dépendre les actions dans lesquelles elles souhaitent s'impliquer. Mais le paradoxe français est, je le répète, que l'Etat, qui a compétence en matière de toxicomanies, renvoie au local la gestion de ce problème sans

pour autant et forcément lui en donner les moyens, le laissant donc à la charge des municipalités, qu'il y ait ou pas volonté politique de s'en saisir.

Ceci est un problème d'autant plus critique que la question des toxicomanies cristallise beaucoup de représentations, de stéréotypes, d'images, et qu'il n'est pas facile pour une collectivité locale de se saisir de ce problème, d'autant que d'un point de vue électoraliste, cela peut s'avérer très dangereux.

### **Isabelle Feroni**

Je voulais juste ajouter quelque chose. Je pense à une analyse développée par Henri Bergeron dans son livre «**L'Etat et la toxicomanie**» dans lequel il parle effectivement de la genèse du dispositif contemporain de prise en charge thérapeutique. Il développe dans un passage qui est assez court la question de l'ambiguïté de l'Etat vis-à-vis du local, en rappelant qu'au début de la mise en œuvre de la loi de 70, entre 70 et 80, l'Etat était très réticent à la décentralisation des questions de toxicomanie pour des raisons de sécurité et de risques de stigmatisation de certaines populations sur les territoires. La relative méfiance vis-à-vis du local qui présenterait le risque de mal poser le problème de la toxicomanie, est une constante des politiques.

Nous avons repris la problématique du local dans le dossier «**Toxicomanies**» de la revue «**Faire Savoirs**», revue régionale interdisciplinaire de sciences sociales. Nous y développons l'idée selon laquelle «**Savoir plus, Risquer moins**» est une philosophie nouvelle qui, pour sa part, procède d'une relative déterritorialisation de la question des usages de drogues puisqu'elle renvoie à la double question de la gestion des risques et de l'acquisition de connaissances par les individus. On peut donc y voir une espèce d'évacuation du territoire, à la fois comme cadre pertinent d'action et comme élément moteur de la mise en œuvre de ces politiques.

### **Didier Febvrel, Médecins du Monde**

Je voulais simplement souligner une chose. Les associations qui ont participé au projet, dont Médecins du Monde, avaient en tête une stratégie politique de changement et je voudrais que cela soit assez clair. Il s'agissait de saisir une opportunité technique, j'allais presque dire technocratique, offerte par un engagement municipal se situant à côté de celui de l'Etat, et portant sur des projets concernant l'offre de soins ou l'offre de services. Profitant de cette opportunité, portant les débats dans un cadre partenarial de confrontation extrêmement intéressant et riche, nous avons fait surgir des problématiques et des questions d'ordre politique, que je vais énumérer rapidement.

Comment intégrer l'enjeu de citoyenneté des personnes malades et délinquantes dans la société? Comment peut-on légiférer sur les comportements et les risques acceptables en matière de consommation et d'approvisionnement en drogues? Comment accompagner et suivre les évolutions culturelles, prendre en compte le travail sur les représentations, mesurer l'impact du travail de socialisation conduit auprès des jeunes et moins jeunes, connaître au mieux les évolutions des consommations et du marché des drogues? Comment va t-on gérer à présent de façon concrète, technique, le fait que l'on ait complètement bousculé les références théoriques, c'est-à-dire que l'on ait atteint les limites du modèle libéral centré sur l'offre et la demande en matière de soins et d'insertion? Comment va t-on passer d'une logique territorialisée à une logique de flux de populations et de produits à travers les territoires?



Comment va t-on passer d'une approche de santé publique à une approche individuelle des soins, à une approche contextuelle des situations personnalisées ? Je reprends un peu ce que disait Isabelle précédemment : comme la réduction des risques a fait exploser totalement le cloisonnement entre les soins et la prévention, il y a nécessité aujourd'hui d'une refondation des concepts théoriques en la matière, d'un point de vue politique.

### **Serge Grabi, directeur du CCAS**

A mon avis, la question du rapport des collectivités locales à la santé et à la toxicomanie doit être resituée dans l'organisation des institutions en France. Il faut quand même se souvenir que les communes ne sont pas les seules instances territoriales il y a aussi les Départements, qui gèrent les collèges, les Régions, qui gèrent les lycées autant de lieux où peuvent se concentrer difficultés et populations à risques. Il est donc bien prévu que l'Etat délègue un certain nombre d'actions et de moyens correspondants, sur des domaines, dans des lieux, dans des temps définis, au nom de la Nation. C'est donc l'Etat qui définit les champs et cadres d'intervention des collectivités locales. Je crois qu'il y a ici une grosse discordance, ou pour le moins une ambiguïté certaine, entre le mythe de la décentralisation des années 80, et la réalité. L'Etat définira toujours les règles du jeu dans tous les domaines, avec des moyens de contrôle permettant de s'assurer que ce qu'il a défini est réellement appliqué ou, en tous cas, l'est du mieux possible.

Il y a également une autre difficulté l'Etat, tel qu'il est défini par la Constitution, est le reflet des citoyens qui l'élisent. Ils élisent un représentant au niveau national, mais aussi des représentants aux divers niveaux de représentation communes, départements, régions. Des discordances peuvent évidemment advenir entre les différents échelons. Les collectivités locales ont toujours été un lieu de bouillonnement, voire d'opposition, un lieu de réflexion, d'action, d'échanges, au plus près du terrain. Cela pouvant provoquer méfiance, défiance, voire craintes... Et c'est pour cela que, de temps en temps, on les musèle un peu plus fort au moyen de contrôles, ne serait-ce que des contrôles d'opportunité, de délibérations recalées en préfecture, en sous-préfecture, et ceci tant dans le domaine de la culture que des sports. Dans le domaine de la santé, les choses sont un peu plus difficiles parce que les moyens sont importants. Le statut n'a pas toujours été très adapté pour embaucher du personnel, mais il faut veiller à préserver cet esprit-là, un peu bouillonnant, un peu frondeur, pour faire avancer les choses. Il y aura toujours ce va et vient entre les différents niveaux de décisions, avec des écarts, des incompréhensions, des différences d'appréciations, d'analyses, de priorités...

### **Etienne Zurbach**

Si vous le voulez bien, je vais demander aux intervenants s'ils souhaitent réagir aux deux questions. Celle de Didier Febvrel se rapportait aux enjeux politiques généraux concernant la toxicomanie, et celle du dernier intervenant interrogeait le lien entre le local et le national par rapport à l'émergence de nouvelles compétences due à la décentralisation.

### **Isabelle feroni**

Je vais répondre à la seconde question. La première étant plus difficile, je me réserve encore un peu de temps de réflexion.

Les questions de toxicomanie ne font pas l'objet d'une gestion décentralisée. Elles restent effectivement compétence de l'Etat pour les raisons que l'on a évoquées tout à l'heure. Parce qu'elles ont été construites à la fois sur des préoccupations de sécurité publique et sur un

mode de traitement institutionnalisé qui crée une relation directe entre les centres conventionnés et la Direction Générale de la Santé. Il n'en reste pas moins que l'exemple de la réduction des risques est spécifique et qu'il est difficile de le généraliser à l'ensemble de la santé publique. Il est l'exemple même d'une forme d'action novatrice, où effectivement la politique de santé ne précède pas l'action. Des initiatives ont été prises sur le terrain par des associations, Didier le rappelait tout à l'heure, de façon non ordonnée et non concertée sur la base de modèles fournis soit par des pays étrangers soit par d'autres villes. L'unité urbaine a toujours été très importante dans l'histoire de la réduction des risques. Le cas d'Ivry est bien connu. Ce n'est pas le national qui a fourni au départ un guidage clair de l'action publique. Il a incorporé a posteriori et d'une manière contradictoire avec la loi de 1970 un certain nombre de principes d'action qui étaient apparus comme étant majoritaires sur le terrain. C'est vrai que cette spécificité est aussi liée à la fin des débats politiques sur la question de la toxicomanie et au guidage pris en relais par le secteur associatif. Il n'y a pas eu, jusqu'à présent, de débats sur la remise en cause de la loi de 1970. Pour reprendre les expressions de Bourdieu, je dirai que l'on a l'impression d'être face à deux aspects de l'Etat : la main droite de l'Etat qui condamne et juge la toxicomanie, et la main gauche de l'Etat, représentée par la réduction des risques et par le secteur sanitaire, qui intervient auprès des populations. L'action publique s'exprime ici dans des termes contradictoires.

### **XXX**

Pour rebondir sur les propos d'Isabelle Feroni, je pense que l'on est face à un Etat schizophrène et que l'on peut se demander effectivement qui est le plus halluciné en fin de compte, de l'Etat ou des toxicomanes eux-mêmes.

### **Patrick Laudoyer**

Pour rebondir sur ce que vous disiez, Monsieur, il faut rappeler qu'il y a une tradition culturelle franco-française jacobine, et que l'Etat, tel qu'il s'est construit à travers l'histoire française, a toujours plus ou moins refusé les corps intermédiaires, a toujours eu très peur du local, et plus particulièrement du monde associatif. La loi de 1901 est récente et demeure vivace le mythe de l'égalité républicaine. L'Etat a donc effectivement du mal à déléguer des compétences en la matière.

Il y a un point sur lequel je voudrais revenir : c'est la conception même de la toxicomanie, du toxicomane, telle qu'elle s'est érigée dans les années 70. Bien sur, on a changé de représentation, on a refondé la conception du problème : mais il n'en demeure pas moins, comme le rappelait Isabelle Feroni, que l'on est passé d'une vision très sécuritaire du problème à une représentation très épidémique. À l'époque, je le rappelle, on concevait le toxicomane et la drogue comme des agents infectieux. Les professeurs ? et Jean Delais ( ), °, mondialement réputés pour avoir mené des travaux sur ce thème, écrivaient alors, et je n'invente pas : « Le toxicomane est un être contagieux, qui ne peut pas s'empêcher de transmettre sa maladie ». On avait une représentation, une conception des choses, qui a alimenté toute une clinique du problème à travers la cure de désintoxication. A partir de cette analyse, les conséquences de l'usage ne concernent plus l'individu seul puisqu'il est susceptible de transmettre la maladie, mais portent sur la société dans son ensemble et l'on en fait alors une tâche de défense nationale. Aujourd'hui, on a revisité cette conception, on est sur une approche beaucoup plus médicalisée, beaucoup plus objectivée aussi. Ceci explique un peu les difficultés de l'Etat qui, pour sa part, n'a pas encore révisé sa propre conception du toxicomane : ceci explique également les discussions sur la dépénalisation et la libéralisation.

Je passe maintenant aux questions posées par le responsable de Médecins du Monde, précisant toutefois que je ne répondrai pas à toutes.

Heureusement qu'il y a eu, en France, un engagement politique du monde associatif, sinon on serait allé à la catastrophe. Médecins du Monde, et je pense à d'autres comme Anne Coppel, se sont mobilisés.

A propos de la question «comment concilier logique territorialisée et flux de territoire, je crois qu'on est en train progressivement de prendre en considération le fait que le problème des toxicomanies est un problème multidimensionnel. On ne peut plus avoir une approche sectorisée de la question ni considérer un seul aspect du problème. Il faut le prendre dans toutes ses dimensions. Je crois que chacun doit veiller à réviser ses propres conceptions car, quand bien même on parle aujourd'hui de réseau, de partenariat, cela reste encore de l'ordre de l'incantatoire. Ainsi cette question «comment passer des logiques territorialisées aux flux de territoire» devrait-elle avoir une réponse simple en construisant l'intercommunalité. Il n'est effectivement plus possible de penser le problème de la toxicomanie à la seule échelle de la ville. C'est à cette nouvelle échelle que les enjeux vont se poser à l'avenir.

### **Etienne Zurbach**

Vous vouliez rajouter un élément

### **Isabelle Feroni**

Juste un mot. Il est vrai que les initiatives associatives ont permis une refonte des concepts théoriques.

Il est vrai que l'on a assisté, dans le cadre des actions de la Mildt ou de la réduction des risques, à une remise en cause du système de classification des drogues. On a ainsi vu apparaître, à côté du système de la loi de 1970 établissant des gestions différentes des drogues en fonction de leur statut légal, un système de classification basé sur la dangerosité des produits. Les stratégies de prévention «Savoir plus, risquer moins» prennent désormais comme références non plus les classifications construites par la loi, mais celles établies par la médecine.

Ces bouleversements ont eu un effet très important sur les représentations cognitives de la question dans le domaine des politiques publiques.

Sur la question de la citoyenneté des personnes malades, il me semble que l'on dépasse ici les champs de la toxicomanie, du sida, ou de la réduction des risques, et que l'on interroge pleinement le statut de la santé publique dans l'action publique de l'Etat. La santé publique est un domaine qui est encore en voie d'organisation en France. Peut-être ne l'a-t-on pas suffisamment souligné l'un et l'autre, mais la France s'est construite une culture de l'action publique en matière de santé centrée sur l'offre de soins, notamment curative, avec un système qui mêle médecine libérale et système hospitalier. Nous n'avons pas de tradition forte en matière de politique publique de santé, alors même que nous avons été fondateurs en la matière au XIXe siècle, à l'époque hygiéniste. Une partie des compétences des municipalités en matière de santé remonte à cette époque ce sont des compétences liées à la salubrité. Contrairement à d'autres pays, nous n'avons pas d'approches communautaires, préventives, d'un certain nombre de questions. Il est vrai que ces dernières années on a vu, avec la mise en place d'un certain nombre d'organismes, avec des événements comme les questions du sang contaminé ou de la vache folle, peu à peu se dessiner un espace autour de la santé publique. Il

n'y a pas, dans l'approche républicaine de la question, inclusion de la santé comme un bien et un droit des personnes.

**Etienne Zurbach** □

Merci. Il y avait une question dans la salle.

**Damien Brochier** □

Je n'appartiens à aucune des associations qui ont été citées. Simplement, j'habite dans le quartier Noailles, qui est tout proche d'ici. Je suis déjà intervenu dans un autre débat et j'ai assisté aux deux précédentes conférences. Je suis intéressé par la question du local du point de vue de la rencontre entre les usagers de drogue et des gens dont on ne parle pas beaucoup □ les habitants, les riverains. J'ai simplement une question □ dans l'approche multidimensionnelle dont parlait Mr Laudoyer, j'ai l'impression qu'il manque encore un aspect au débat □ on voit bien qu'on se situe toujours dans le débat Etat-local.

**Didier Febvrel:**

Le local est effectivement appréhendé à travers toutes les institutions municipales, les associations, les organismes de soins. Ce qui manque à mon avis dans la question du local, c'est finalement le contexte local □ nous n'agissons pas dans le désert □ on ne peut considérer uniquement la rencontre entre les usagers, les associations, et les institutions. Un certain nombre de personnes se trouvent sur le site de Noailles □ des commerçants, des riverains, des habitants, dont il faut entendre les points de vue. Que les personnes qui interviennent en direction des toxicomanes soient vraiment formées, qu'il existe des organismes qui fournissent des études pointues en épidémiologie, est une bonne chose □ mais je pense qu'à un moment donné, il faut trouver un moyen pour qu'un maximum de personnes se saisissent de tout cela. En un mot, je terminerai en disant que la Mission Sida-Toxicomanie, avec toute une série d'associations et un collectif que j'anime à Noailles, a organisé deux débats pour essayer justement que cette rencontre s'organise, et je pense vraiment qu'il faut continuer.

**Etienne Zurbach** □

Merci. Je vais vous demander d'intervenir un peu plus brièvement parce que l'heure tourne et qu'il serait intéressant que d'autres questions puissent émerger. Je donne la parole à Mme Gaunet-Escarras.

**Mme Gaunet-Escarras** □

La question de la participation des habitants est une question que nous n'avons pas résolue □ nous le voyons bien, par exemple, en matière de problèmes rencontrés aux pieds des immeubles. Mais vous avez tout à fait raison, monsieur □ il faut que les riverains, que les groupes d'habitants, participent, rentrent dans ce débat là. Il va falloir qu'on en débattenne et qu'on le fasse. C'est une question entendue.

Je pose à mon tour une question. Les grandes villes se sont dotées d'un certain nombre de moyens. On sait que ce n'est pas un débat qui est limité au territoire. Comme disait Monsieur Febvrel, il faut prendre en compte les flux de populations. Existe-t-il un répertoire, un document de synthèse, ou autre, dans lequel nous pourrions trouver mention d'expériences

conduites ailleurs, comme par exemple à Ivry ou à Bordeaux, dans lequel nous aurions des éléments sur les interventions des associations, mais aussi des DDASS...

L'usage de drogues dans des contextes très spécifiques nous interpelle aussi. Ainsi, l'usage de la drogue à l'école est une question qui nous préoccupe, et ce n'est pas Mme Pelleing, ici présente, qui me démentira...

L'usage de drogues dans des manifestations festives n'est pas encore suffisamment pris en compte, ou ne l'est que sous l'angle de la sécurité—cela reste à travailler.

### **Patrick Laudoyer**

Je vais essayer de répondre. Concernant les autres villes, je ne peux vous parler que de la soixantaine de villes qu'on a visité. Il s'agit autant de grands pôles urbains (Ivry, Bordeaux) que de villes moyennes, de 50 000, voire 75 000 habitants. Nous avons fait le choix méthodologique de ne pas aller en dessous de 20 000 ou 30 000 habitants pour qu'il y ait une administration politique locale suffisamment construite, susceptible de prendre en charge les choses.

Le constat est simple—les autres villes font ce qui se fait partout ailleurs. On trouve à peu près partout le même catalogue d'actions—échanges de seringues, itinérants ou pas, boutiques, automates, autant de choses tout à fait classiques. Il serait peut-être intéressant, en effet, d'avoir un répertoire de tout cela.

Par contre, les grands pôles urbains se différencient. Bordeaux, par exemple, est porteuse d'innovations notamment dans la politique de réduction des risques—elle a été une ville pilote en ce qui concerne la substitution grâce au professeur XXX, puisqu'elle a été la première ville de France à mettre en place la substitution par la méthadone. On sait que ce programme a été par la suite élargi au niveau national.

La région Aquitaine a toujours été, en matière de drogues, une région en retrait par rapport aux régions PACA et Ile-de-France. Pour autant, les indicateurs de santé publique relevés récemment, notamment dans les départements ruraux, sont véritablement inquiétants. Je viens de terminer une étude pour la DDASS de la Dordogne, comportant des indicateurs épidémiologiques, de santé publique—les constats sont catastrophiques en termes d'échanges de seringues et de consommation de Subutex. On observe une augmentation parallèle de la consommation de seringues et de Subutex. Théoriquement, les deux courbes devraient avoir une évolution inverse. On a donc des résultats complètement paradoxaux—la consommation de Subutex augmente, et le nombre de seringues augmente également. On peut même faire le constat inverse—la consommation de Subutex diminue, mais le nombre de seringues augmente.

Nous sommes là dans des zones rurales. Je vous parle de la Dordogne, mais je peux aussi vous parler des Landes où les indicateurs socio-démographiques, épidémiologiques, de santé publique, commencent à devenir assez catastrophiques, d'autant plus qu'il n'y a pas là-bas de tissu associatif dont peuvent bénéficier les grandes cités urbaines. Tout repose sur les médecins libéraux, à la ville, comme à la campagne.

**Etienne Zurbach**

Je sais que l'on a déjà dépassé le temps prévu pour les débats, mais nous pourrions peut-être nous donner encore 10 minutes...

**Daniel Barraud**

Je travaille à SOS Drogues International. Heureusement que la personne habitant le quartier Noailles s'est exprimée parce que j'avoue que j'aurais, moi aussi, oublié ces interlocuteurs que sont les riverains.

Nous avons toujours un problème de communication lorsque nous débattons entre gens de terrain, chercheurs et politiques. Nous avons des responsabilités différentes, des préoccupations différentes. Quand nous prononçons le mot toxicomanie, que mettons-nous derrière ? Parlons-nous de conduites addictives, pour reprendre les termes de M. Parquet, faisons-nous référence à la présence de drogues dures sur un site ou encore à celle des usagers eux-mêmes ? Pensons-nous à des agissements qu'il s'agit de réprimer, à des comportements qui demandent à être sécurisés ? Au cours de nos échanges, il nous faut en permanence réfléchir à quelle peut être la base de référence de la personne qui s'exprime ? s'agit-il d'une préoccupation sécuritaire vis-à-vis de la loi ? émanant des habitants ? ou encore exprimée par le monde politique ? Il est, de fait, extrêmement difficile de débattre dans ces conditions.

Je voudrais évoquer un autre point à partir de la présentation qui a été faite sur les deux villes, Bordeaux et Marseille. Il s'agit là de deux municipalités dirigées par la Droite, soumises aux mêmes injonctions et contextes nationaux. Dans les deux cas, on note la présence d'un tissu associatif riche, qui avait construit des actions intéressantes, avant même que les autorités politiques ne s'emparent de la question de la toxicomanie. J'imagine que ces associations sont aussi compétentes les unes que les autres et pourtant le constat qui est fait montre que dans une ville ça marche, et dans l'autre pas. Je crois donc fortement que tout est aussi une question d'hommes, de femmes, une question de personnes, et que ce facteur humain est absolument incontournable. A propos du projet d'automates par exemple, Mr Mattei n'aurait rien pu faire si AIDES Provence, l'AMPT, SOS Drogues International et Médecins du Monde n'avaient pas initialement partagé une préoccupation concernant leur mise en œuvre. Et pourtant, chacun de nous se positionnait en fonction de lignes de conduite, de philosophies d'action différentes. En ce qui me concerne, je travaille dans le monde de la toxicomanie depuis un certain nombre d'années. Si on me donne des billes pour travailler avec les personnes toxicomanes, je prends des billes ? si on me donne des kits, je prends des kits. Je travaille avec des personnes toxicomanes, je ne travaille pas un coup sur la question du sida, un coup sur celle du RMI, un coup sur autre chose... Ce que je veux dire, simplement, au risque de faire un peu vieux jeu, c'est que la priorité doit consister à remettre la personne (et non les institutions) au centre des choses, car ce sont bien des hommes et des femmes qui mènent les actions et utilisent les outils et dispositifs mis à disposition, au service d'autres hommes et d'autres femmes.

**Etienne Zurbach**

Merci Daniel. Excuse-moi encore de t'avoir interrompu. Peux-tu passer le micro à la personne qui l'a demandé ? Ce sera la dernière question.

### **Michel Piolat**

Je donne des cours de psychologie à l'Université de Provence et je suis co-rédacteur de la revue Faire Savoirs. Je voudrais dire que j'aime bien les rétrospectives qui nous montrent que sur un problème de société, les modèles, les concepts, les préoccupations, ont changé. Il ne faut jamais oublier qu'ils ne se chassent pas mutuellement. Si à un moment donné, des paradigmes, des concepts, font oublier les autres, les approches demeurent. Je suis toujours un peu étonné que l'on oublie cet aspect des choses. Par exemple, et c'est ce qui m'a le plus frappé, on ne peut pas dire que le modèle sécuritaire ait été chassé par le modèle fondé sur les questions de santé ou par l'approche sociale du problème de la toxicomanie...

Le modèle sécuritaire est toujours présent. La question qui se pose, et qui a peut-être une pertinence à être posée quand on cherche à définir ce qu'est une politique locale, c'est de savoir comment ceux qui ont en charge de gérer cette politique coordonnent, dépassent, harmonisent, des missions qui peuvent apparaître relativement contradictoires ou qui ne peuvent pas fonctionner indépendamment les unes des autres.

Je me demande ainsi, à propos de l'action des automates, comment sont gérées les autres missions en coordination avec celle-là, et pour aller assez vite sur le plan de l'exemple, je me questionne sur ce qui se passe le soir, quand des jeunes ou moins jeunes, des toxicomanes, sont auprès du camion d'échange de seringues et que le car de police n'est pas loin.

### **Etienne Zurbach**

Merci. Je vais maintenant demander aux intervenants de conclure en quelques minutes.

### **Isabelle Feroni**

Je vais essayer d'être concise. Il n'a pas été dit que le modèle sécuritaire avait été chassé par le modèle sanitaire. Il y a bien coexistence des deux modèles. La loi de 1970 reste dominante dans l'action publique. Le modèle de la réduction des risques vient en second.

Quant à la question concernant les modalités de fonctionnement concrètes des automates échangeurs de seringues, je dois dire que l'originalité du dispositif a été d'informer, d'associer, même si le terme est peut-être un peu excessif, les forces locales de police, en les incluant notamment au comité de pilotage. Dans l'histoire initiale de la mise en œuvre des programmes d'échanges de seringues, les rapports avec les associations ont été extrêmement tendus. Il est vrai que, dans les premiers temps, des cas d'interpellations à la sortie des bus ou des dispositifs ont été signalés. Dans le cas marseillais, il y a eu, en amont de l'action, un travail de négociation, d'information, visant à créer une espèce de zone de tolérance autour de l'objectif sanitaire pour permettre la coexistence de ce double objectif. L'objectif répressif qui demeure fortement marqué, et l'objectif sanitaire. Il s'agit là, certes, d'une situation schizophrénique. Il n'y a pas de résolution possible du problème si ce n'est dans la négociation locale au cas par cas.

**Patrick Laudoyer**

Poser la question du sens du mot toxicomanie est une bonne question Cette notion est aujourd'hui tellement diluée qu'elle recouvre des conduites qui m'interpellent on parle de conduites addictives en faisant référence à la loi, mais aussi en y associant parfois la boulimie, l'anorexie, etc... On ne sait plus trop de quoi il est question. Je n'ai pas de définition objective Je crois justement qu'il faut considérer les choses au cas par cas. S'il y a effectivement un travail à faire avec les habitants, les associations et l'ensemble des acteurs locaux, c'est bien de définir ce sur quoi on travaille.

Je suis par ailleurs tout à fait d'accord avec vous lorsque vous insistez sur la dimension individuelle et personnelle de la réussite ou de l'échec des projets. Bordeaux est en la matière tout à fait exemplaire. Cette ville a été l'une des premières dans lesquelles s'est installé un centre de soins spécialisés pour toxicomanes, même si cela ne s'appelait pas ainsi à l'époque, et pourtant aujourd'hui c'est bien un constat d'échec que l'on doit tirer, dont on peut aisément faire l'historique. Par contre Ivry, ville de tradition communiste, continue à développer des initiatives.

**Mme Gaunet-Escarras**

Un tout petit mot de conclusion. Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir bien noté que les politiques ne sont pas toujours des politiciens, et qu'il peut exister de très bonnes politiques locales. C'est le cas notamment ici, à Marseille, où nous oeuvrons tous dans un esprit de mutualisation, de rassemblement. Mais notre travail est loin d'être terminé, nous le savons tous. Nous sommes en train de réfléchir à l'opportunité de positionner à moyen terme la Mission Sida-Toxicomanie dans le secteur « Santé » de la ville nous souhaitons en effet inscrire clairement la prévention sur ces thématiques dans une politique de santé globale. Ces avancées démontrent parfaitement les évolutions qui ont eu lieu ces derniers temps chez tous les acteurs, professionnels comme politiques.



# SYNTHESE DE LA CONFERENCE DE LA MISSION SIDA TOXICOMANIES ET PREVENTION DES CONDUITES A RISQUES DE LA VILLE DE MARSEILLE

Maison des Associations, Vendredi 21 juin 2002

## « POLITIQUES LOCALES ET SANTE PUBLIQUE : LE CAS DE LA TOXICOMANIE »

Depuis maintenant deux ans, la Mission Sida Toxicomanies de la Ville de Marseille a instauré, à l'intention des divers professionnels locaux oeuvrant dans le champ de la santé publique, un cycle de conférences-débats traitant de questions porteuses d'enjeux de société. L'objectif de cette initiative est double : d'une part, offrir un espace de rencontres et d'échanges réguliers, qui permettent une meilleure connaissance des réalités locales, des pratiques professionnelles et des concepts théoriques s'y rapportant, et d'autre part, contribuer à l'amélioration des réponses qui peuvent être apportées aux besoins recensés.

L'intitulé de cette session laissait entrevoir une série de questionnements : Est-on fondé à voir dans le traitement de la toxicomanie une possible illustration de la mise en œuvre d'une politique locale en matière de santé publique ? Comment définir une politique locale ? Quelle place y tiennent les acteurs locaux, dans leur diversité ? Quels liens existe t'il entre une politique locale et une politique publique nationale : doit-on parler d'articulation ? de complémentarité ? doit-on lire dans la construction d'une politique publique la trace d'une influence ascendante et/ou descendante venant du territoire de référence ?

Les débats ont été nourris de deux interventions préliminaires : l'une d'Isabelle Feroni, sociologue à l'Inserm Marseille, intitulée « Le local comme instance de genèse et d'action en santé publique. Réduction des risques et prévention des toxicomanies à Marseille. » ; l'autre de Patrick Laudoyer, directeur du Cabinet d'Etudes et de Recherches Sociologiques d'Aquitaine à Bordeaux, intitulée quant à elle : « Toxicomanies : des politiques territoriales sans véritable conduite locale ».

Si les deux intervenants annoncent une position diamétralement opposée, ils se retrouvent néanmoins sur deux points :

- La santé, comme la toxicomanie, est une compétence de l'Etat mais on observe depuis une vingtaine d'années un investissement indéniable, bien qu'inégal, de ces questions par les collectivités locales ;

- En ce qui concerne la toxicomanie, l'épidémie de sida va jouer dans les années 80 un rôle déclencheur, et l'Etat va s'appuyer sur les collectivités locales pour qu'elles mobilisent les partenaires locaux à partir notamment de la dynamique créée par la Politique de la Ville.

Ceci étant posé, les points de vue sur les processus d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique locale vont diverger, en regard des exemples étudiés par les deux chercheurs : Marseille pour I. Feroni, Ivry et Bordeaux pour P. Laudoyer.

Dès 1987, la ville d'Ivry a investi le champ de la réduction des risques. Visant à agir sur la problématique du sida, elle a joué un rôle alors novateur en rassemblant professionnels de la santé et associations concernées autour d'une action qui devait aboutir à la création du « Képa », aïeul du Stéribox®. Cette initiative locale va alors être prise dans un processus de « recentralisation » : à partir de 1993, elle sera reprise par l'Agence Française de Lutte contre le Sida qui coordonnera et financera une expérimentation à l'échelle du pays ; En 1994, la DGS obtiendra la cession de ce programme pour l'étendre au plan national et décidera alors, unilatéralement, d'en modifier le contenu, perdant ce faisant une partie de l'efficacité et de la pertinence de l'outil, liées notamment à sa relation au local.

Le deuxième exemple cité par P. Laudoyer concerne une commune de l'agglomération bordelaise qui, durant plus d'une année a conduit un travail d'information et de mobilisation des partenaires locaux (associations, DDASS, et habitants) pour préparer l'implantation d'automates distributeurs-échangeurs de seringues. Ce projet n'a pu finalement se réaliser, l'Etat, ne partageant pas l'avis des acteurs locaux sur sa nécessité, refusant son financement pourtant inscrit dans le cadre du Contrat de Ville.

Ces deux exemples illustrent ce qui, selon P. Laudoyer, caractérise une politique locale, à savoir :

- une « différenciation nette entre les programmes des autorités communales [construits à partir des spécificités locales] et ceux d'autres collectivités publiques, en particulier du gouvernement central ».
- des « programmes de politiques publiques présentant des objectifs relativement bien définis, en regard desquels auront été mis des moyens rationnellement mobilisés sur le moyen et le long terme. »

Mais ils illustrent également les limites dans lesquelles se situe la maîtrise des politiques municipales, et les paradoxes qui sont au cœur des politiques en matière de toxicomanies :

Ainsi, bien que la toxicomanie recouvre des préoccupations nationales, voire internationales, et qu'elle relève d'une compétence d'Etat, il n'en demeure pas moins que les élus locaux ne peuvent s'en désintéresser totalement, sans toutefois avoir toutes les cartes en main pour définir et conduire une véritable politique locale. De plus, les actions conduites dans ce domaine sont dépendantes de l'existence même d'une volonté politique locale, d'autant plus incertaine qu'elle suppose, comme cela a été dit dans la discussion, un courage politique évident en raison des représentations et des stéréotypes qui obscurcissent le débat en la matière.

D'autre part, le système actuel répond aux critères de l'économie libérale dans la mesure où il est aujourd'hui dirigé par l'offre : « on est passé d'un Etat centralisateur, planificateur, à un Etat régulateur d'un marché concurrentiel », celui des subventions et des produits proposés aux collectivités locales (réseau ville-hôpital, programme d'échange de seringues,...), ceci « au détriment de toute visibilité d'une politique nationale ».

Toutefois, comme le fait remarquer un participant au débat, l'Etat, par l'intermédiaire de la Mildt et de son Plan Triennal, a joué un rôle fondamental dans la mise en route d'un mouvement à l'échelle nationale, poussant à s'impliquer des municipalités qui pouvaient,

jusqu'alors, présenter une attitude frileuse sur ces questions. Mais pour certains, la nouvelle philosophie du « Savoir plus, Risquer moins » en même temps qu'elle procède bien d'une relative déterritorialisation de la question des usages de drogues (gestion des risques, acquisition de connaissances par les individus), peut présenter le risque contradictoire d'une certaine évacuation du territoire en tant que cadre pertinent d'action et élément moteur de la mise en œuvre de ces politiques.

Les municipalités, quant à elles, sont enfermées dans les cadres incontournables des pratiques contractuelles (contrats de ville essentiellement), dont les critères sont établis par l'Etat. Leur rôle consiste alors surtout à mobiliser les partenaires sur des actions qui sont finalement de simples applications locales de programmes gouvernementaux, davantage juxtaposées que coordonnées, et dont la plupart ne font pas l'objet d'un débat municipal.

L'ensemble de ces éléments permet à P. Laudoyer d'affirmer que « l'action publique aujourd'hui en France dans le domaine des toxicomanies correspond à un modèle que nous pourrions qualifier de gestion sans politique ».

Isabelle Feroni arrive pour sa part à une tout autre conclusion, à partir de l'analyse des initiatives marseillaises dans le domaine de la prévention sanitaire et sociale auprès des usagers de drogues au cours des cinq dernières années : elle a ainsi étudié la mise en place du dispositif des automates échangeurs de seringues et la manière dont a été abordé le travail de prévention en milieu urbain, notamment auprès des populations dites cachées.

Elle relève trois facteurs, d'ordre conjoncturel ou local, qui peuvent expliquer cette « particularité marseillaise » :

- Marseille, dans les années 80, est confrontée à la fois à l'épidémie de VIH et à une très forte prévalence de toxicomanie intraveineuse ;
- Marseille possède un tissu associatif extrêmement riche, créatif, et ouvert sur l'extérieur ;
- L'élu municipal délégué va créer un consensus politique autour de l'idée selon laquelle avec le VIH, la santé des toxicomanes doit désormais être envisagée en terme de santé de la population dans son ensemble, devant, à ce titre là, être inscrite dans les politiques publiques, avec des moyens adéquats. Il permettra ainsi la création d'un service spécifique : la Mission Sida-Toxicomanie de la Ville de Marseille.

Si ces deux expériences, affirme I. Feroni, « ne suffisent pas à dire ou à affirmer qu'il existe une politique de santé publique en matière de toxicomanie, [...] elles montrent qu'il existe un espace public relativement homogène, capable de définir des pratiques, des objectifs à moyen terme et un programme qui est relativement autonome vis-à-vis des préconisations nationales ».

On perçoit alors que les points de vue des deux chercheurs ne sont pas en totale contradiction, mais qu'ils s'attachent plutôt à des problématiques différentes.

L'analyse portée par I. Feroni, lorsqu'elle « questionne le statut du local », s'appuie notamment sur l'exemple marseillais dans ce qu'il a de significatif en terme de mise en œuvre d'une politique locale de réduction des risques.

Or, cette politique repose de fait sur la prise en compte de l'usage. Celui se déclinant de façon différente selon les contextes locaux (marché de la drogue, pratiques de consommation,...), une connaissance fine de leurs particularités est donc nécessaire à la construction de modes d'intervention adaptés. On est là sur un champ qui appelle par essence une approche territorialisée de la toxicomanie.

Par ailleurs, cette approche à partir des territoires a permis un travail de définition de l'usage de drogues, la constitution de savoirs locaux, de compétences, autant d'éléments qui ont contribué à accroître les connaissances disponibles sur les phénomènes de toxicomanie au plan national.

L'initiative marseillaise est donc originale à plusieurs titres : d'une part, l'institution municipale se positionne sur un domaine duquel, dans les années 90, sont relativement « absentes » les instances nationales : « recommandations et préconisations existent, mais ne constituent en rien une politique nationale volontariste » ; d'autre part, à travers la création et l'action de la Mission Sida-Toxicomanie, la Ville a permis une traduction sanitaire de la toxicomanie dans les termes de l'intérêt général.

I. Feroni pose en premier point de son raisonnement que la toxicomanie « est un objet particulier qui n'est pas forcément représentatif des enjeux de santé publique en général » : En effet, cette question s'est d'abord traduite dans les politiques publiques en terme de sécurité et de gestion de l'ordre public, avec une approche sanitaire issue de la loi de 70, fondée sur un type de traitement curatif institutionnalisé individuel. La politique de la ville a, elle aussi, le plus souvent, inscrit cette question dans le cadre de la gestion de la sécurité. La santé des usagers n'a été abordée qu'à partir des risques sanitaires encourus par la population générale avec, à partir du début des années 90, une approche centrée sur la réduction des risques, qui d'une part va s'appuyer cette fois sur une prise en compte du contexte de vie des usagers de drogues, et d'autre part va se poser comme « potentiellement contradictoire avec le cadre [sécuritaire] précédent ».

I.Feroni reprend ainsi les différents éléments qui, pour P. Laudoyer définissent une politique publique locale, mais elle en propose une lecture inversée : le local ne saurait être réduit à un espace d'action défini par défaut, c'est-à-dire défini de façon négative par rapport aux initiatives d'une guidance ou à partir d'une marge d'action laissée ou conseillée aux différentes collectivités territoriales. Il se pose bien comme lieu d'innovation, de traitement pertinent des problématiques sanitaires liées aux toxicomanies, mais aussi comme lieu de mise en œuvre d'une action publique concertée, dotée d'objectifs à moyen et court termes, et éventuellement objet de débats publics.

Si les débats ont majoritairement et naturellement porté sur le rôle et la place des instances politiques nationales et locales dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, il a également été fait référence à ceux que l'on qualifie la plupart du temps du terme générique de « partenaires » que l'on va devoir « mobiliser » : les associations et les habitants.

Comme l'expliquait un intervenant associatif, les associations ont souvent joué un rôle moteur, s'appuyant sur leurs pratiques professionnelles et leur approche de publics en perpétuelle évolution. Elles ont pris une part considérable à la refonte des concepts théoriques et donc des modalités d'intervention aiguillonnant, tant dans la réflexion que dans l'action, l'Etat et les collectivités territoriales.

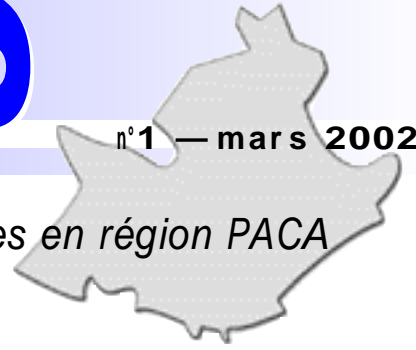
Se saisissant de l'opportunité technique offerte par l'engagement municipal aux côtés de l'Etat pour développer des projets portant sur l'offre de soins ou de services, les associations intègrent un cadre partenarial donné dans lequel elles font émerger des problématiques et des questions d'ordre politique : comment intégrer l'enjeu de citoyenneté des personnes malades ou délinquantes dans la société ? comment légiférer sur les comportements et les risques acceptables en matière de consommation et d'approvisionnement en drogues ? comment passer d'une logique des territoires à une logique de flux de populations et de produits à travers les territoires ?

Il apparaît donc que le terme « local » renvoie effectivement aux institutions que sont les municipalités et les administrations décentralisées, mais aussi aux structures associatives dans leur diversité, aux habitants, aux usagers... et que si la toxicomanie est une notion pour le moins complexe, il en est également de même en ce qui concerne la définition des politiques, leurs processus et leurs cadres d'élaboration et de mise en œuvre.

# Faire Savoirs

n°1 — mars 2002

Sciences humaines et sociales en région PACA



Sciences Hommes Sociétés

## DoSSiER Toxicomanies

Coordination : Isabelle Feroni  
Thémis Apostolidis

métiers  
Journalisme  
Scientifique

entretien  
Samuel Johsua

travaux  
- Feyerabend/relativisme  
- République/ethnicité

lectures  
- L'expérience sociale  
- Marseille/identités

agenda