


*Usage  
de drogues,  
services de  
première ligne  
et politiques  
locales*

.....  
Guide pour les élus locaux





*Usage de drogues,  
services de pre-  
mière ligne et  
politiques locales*

---

Guide pour les élus locaux

**FORUM EUROPEEN POUR LA SECURITE URBAINE**

Projet Démocratie, Villes et Drogues

**Usage de drogues, services de première ligne et politiques locales**

Rédigé par Anne Coppel

Avec le soutien d'Elham Kashefi, Susanne Schardt et Thierry Charlois

.....

.....

Achevé d'imprimer en février 2008 en Belgique sur  
les presses de SNEL à Vottem

N° ISBN : 2-913181-33-3  
N° EAN : 9782913181335

.....

**FORUM EUROPEEN POUR LA SECURITE URBAINE**

38, rue Liancourt 75014 – PARIS – FRANCE

[t] +33 (0)1 40 64 49 00

[f] +33 (0)1 40 64 49 10

[www.urbansecurity.org](http://www.urbansecurity.org)  
[fesu@urbansecurity.org](mailto:fesu@urbansecurity.org)



Avec le soutien de la  
Commission Européenne

## **Table des matières**

### **Préface**

#### **1. Introduction**

- 09. 1.1 Les villes européennes face aux drogues
- 09. 1.2 Les actions de réduction des risques entre sécurité et santé publique
- 11. 1.3 Une démarche expérimentale et négociée

#### **2. Le rôle des élus locaux**

- 14. 2.1 Élus locaux et demande sociale
- 15. 2.2 Compétences territoriales et légitimité des élus
- 17. 2.3 Pour une approche intégrée

#### **3. La construction du partenariat**

- 20. 3.1 Le multi-partenariat, une nécessité de l'action
- 21. 3.2 Les services et associations en relation avec les usagers de drogue
- 22. 3.3 La participation des habitants
  - 22. 3.3.1 Les enjeux de la participation
  - 23. 3.3.2 Rétablir la confiance, un processus
  - 25. 3.3.3 Les différentes formes de participation
- 26. 3.4 La participation des usagers de drogues
- 28. 3.5 Forme d'organisation, définition des tâches, définition des responsabilités
  - 28. 3.5.1 Un comité de pilotage doit être organisé
  - 28. 3.5.2 Le niveau de responsabilité des acteurs partenaires doit être défini
  - 29. 3.5.3 Le comité de suivi est chargé de la mise en œuvre du projet sur le terrain
  - 30. 3.5.4 La question de leadership

#### **4. Le diagnostic local des consommations de drogues**

- 32. 4.1 Une démarche nécessaire
- 33. 4.2 Une démarche opérationnelle
- 35. 4.3 Un diagnostic partagé
- 36. 4.4 Pré-diagnostic et définition des objectifs
- 38. 4.5 Le contexte de l'usage de drogues
  - 39. 4.5.1 Le contexte économique social et culturel du territoire
  - 39. 4.5.2 Les caractéristiques nationales ou régionales de la consommation de drogues
  - 40. 4.5.3 L'histoire des drogues dans le territoire
- 40. 4.6 Évaluation quantitative
- 42. 4.7 Analyse des besoins et des ressources
- 43. 4.8 Enquêtes exploratoires complémentaires
- 44. 4.9 De l'analyse locale à la définition des priorités

#### **5. La construction d'une stratégie locale**

- 47. 5.1 La prise en compte de la cohésion sociale
- 48. 5.2 Objectifs et axes d'intervention
- 49. 5.3 Les services de réduction des risques dans le contexte local
- 51. 5.4 L'organisation des services dans une approche intégrée
  - 51. 5.4.1. Conséquences dans l'offre de services
  - 52. 5.4.2. Conséquences dans la formation des équipes
  - 53. 5.4.3. Conséquences dans l'organisation et dans la répartition des tâches
- 54. 5.5 Le partage de l'information
  - 54. 5.5.1 Les obstacles techniques
  - 55. 5.5.2 Les obstacles organisationnels
  - 55. 5.5.3 Les obstacles d'ordre politique et éthique
- 56. 5.6 Les actions de mobilisation des ressources
  - 57. 5.6.1 La coopération avec les services répressifs
  - 58. 5.6.2 Les relations avec les services sanitaires et sociaux de droit commun
  - 59. 5.6.3 Le fonctionnement en réseau, outil privilégié du partenariat
- 61. 5.7 De l'information à la participation

#### **6. L'évaluation des programmes d'action locale**

- 64. 6.1 L'évaluation des politiques nationales de drogues
- 66. 6.2 Le choix d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs
  - 66. 6.2.1 Indicateurs de pilotage de l'action
  - 67. 6.2.2 Indicateurs d'activité, indicateurs de résultat
  - 68. 6.2.3 Recherches évaluatives
- 70. 6.3 Résultats, effets et impacts

#### **7. Pour une stratégie de changement**

- 75. 7.1 Changement des attitudes, changement des pratiques
- 76. 7.2 Promouvoir le changement sur le moyen et long terme
- 77. 7.3 Les difficultés

#### **8. Conclusions**

#### **9. Références**

## Préface

Parmi les différents niveaux institutionnels, les villes sont en première ligne pour répondre au phénomène de la consommation des drogues. Les autorités locales ont la responsabilité de coordonner les actions des différents acteurs locaux impliqués dans le domaine des drogues : acteurs de la prévention, de la réduction des risques et du soin, services sociaux, associations d'auto-support et de santé communautaire, forces de police, justice, associations de résidents, gérants de discothèques, organisateurs de soirées...

Afin d'échanger leurs pratiques concernant les réponses locales et intégrées en matière de drogues, des villes européennes, alliées à des réseaux européens de la société civile, ont créé le réseau Démocratie, Villes et Drogues (Democracy, Cities & Drugs – DC&D). Le premier projet DC&D (2005-2007), co-financé par la Commission européenne, a permis aux partenaires de partager leurs expériences sur des thèmes comme le rôle des élus dans les stratégies municipales en matière de drogues, les projets locaux de prévention en milieux festifs, l'intégration des services accueillant les consommateurs de drogues dans les quartiers, l'implication au sein des coalitions locales du milieu médical et scientifique, des minorités, des groupes spécifiques...

Ce guide est le fruit des échanges du groupe de travail "Réseau des villes partenaires", porté par le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU) et impliquant les villes de Charleroi (Belgique), Enschede (Pays Bas), La Spezia (Italie), Ljubljana (Slovénie), Matosinhos (Portugal), Prague (République tchèque) et Saint Gilles (Belgique). Il est complémentaire des guides issus des autres groupes de travail du projet<sup>1</sup> car il offre une vision globale de la problématique.

Tout choix de politique doit tenir compte du fait patent que la drogue est là pour rester. Il est donc nécessaire de mettre en place des réponses durables capables de s'adapter aux évolutions des situations. Le développement de la démocratie participative locale répond à ce besoin et le défi le plus important pour une ville est de mettre en place des partenariats impliquant les consommateurs de drogues ainsi que les habitants. Ainsi, la mise en place de politiques intégrées et participatives pour répondre aux problèmes liés à la drogue contribuera au développement de nouvelles formes de gouvernance locale, et les échanges entre villes européennes renforceront le modèle européen de la politique en matière de drogues, basé sur un équilibre et une complémentarité entre réduction de l'offre, réduction de la demande et réduction des dommages liés aux drogues.

Pour toute information sur le réseau Démocratie, Villes et Drogues, visitez le site [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

(1) Guides accessibles sur [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

# 01

## Introduction

### 1.1. Les villes européennes face aux drogues

La plupart des villes européennes sont aujourd'hui confrontées à des problèmes liés à l'usage et au trafic de drogues. Ce problème n'est pas nouveau pour les grandes capitales de l'Europe de l'Ouest qui y sont confrontées depuis plus de 20 ans. De Barcelone à Frankfort, de Londres, à Rotterdam, toutes les grandes villes européennes sont à l'origine d'initiatives diverses, tant par leur importance que par leurs objectifs. Certaines actions sont menées dans le cadre des politiques de lutte contre la délinquance et la criminalité; d'autres dans le cadre de politiques de protection de la santé. Quelques villes ont aussi développé une politique globale comprenant l'ensemble des outils de la politique des drogues, prévention, répression, soins et réduction des risques. Les villes qui se sont engagées dans les politiques de drogues ont acquis une expérience qui est désormais aussi nécessaire dans les petites villes que dans les grandes, en Europe centrale qu'en Europe de l'Ouest. Si les villes se différencient par leur histoire propre en matière de drogue, par les ressources qu'elles peuvent mobiliser, par la répartition des compétences, toutes sont confrontées aux conséquences de l'usage et du trafic, tant pour les usagers de drogues que pour leur environnement.

Les spécificités locales, la complexité des problématiques et l'intrication avec les politiques menées au niveau local dans tous les domaines (politiques sécuritaires, politiques sociales, santé somatique et psychique, éducation, urbanisme), font qu'il est illusoire de proposer un modèle qui puisse être reproduit de façon systématique dans toutes les villes européennes. L'ambition de ce guide est d'identifier les caractéristiques communes de la méthodologie adoptée par les collectivités locales face aux problèmes liés aux drogues. Cette démarche méthodologique est fondée sur quelques principes, communs aux politiques urbaines :

- [.] Promouvoir une politique globale et cohérente : les objectifs de protection de la santé, de sécurité et de cohésion sociale doivent être intégrés.
- [.] Développer des réponses adaptées aux spécificités locales, tant dans la nature des problèmes que dans les ressources mobilisées pour y répondre.
- [.] Renforcer la coopération et la responsabilisation des acteurs en présence, autorités locales, régionales et nationales, services publics et secteur privé, ONG et citoyens.

### 1.2. Les actions de réduction des risques entre sécurité et santé publique

Les collectivités locales se sont engagées dans l'action à partir des conséquences de l'usage constatées sur le terrain. En termes de santé, les conséquences de l'usage pèsent sur les usagers de drogues mais dans les villes, ce sont plus souvent les conséquences de l'usage et du trafic pour l'environnement qui ont alerté les autorités locales.

Un même constat de départ est à l'origine de leur engagement : quelle que soit l'action des services de police, une part des usagers de drogues échappent à la représen-

sion. Les usagers à l'origine des troubles sont aussi ceux qui échappent au système de soin. Il a fallu la menace du sida pour prendre conscience que ces usagers devaient protéger leur santé, même s'ils continuaient de consommer des drogues.

Une gamme d'outils existe désormais pour les usagers qui échappent aux prises en charge institutionnelles, soins ou répression. Les actions sont proposées dans des services de 1<sup>er</sup> ligne qui interviennent dans le contexte de vie de l'utilisateur de drogues.

Des équipes de proximité (dite d'outreach) vont au-devant des usagers de drogues, dans les rues, dans les squats en milieu festif. Des accueils de jour et de nuit ont été proposés pour des usagers en grande exclusion. Des réseaux de professionnels interviennent dans les différents contextes où l'utilisateur peut être contacté : à l'hôpital, dans l'hébergement social, dans les services d'urgence, en prison (voir annexe x).

Les services de 1<sup>ère</sup> ligne ont pour mission la protection de la santé des usagers de drogue. Ils relèvent d'une politique de santé publique dite «politique de réduction des risques» liées à l'usage de drogue (harm réduction). Parce qu'ils s'adressent aux usagers à l'origine des troubles, ces services peuvent aussi concourir à la sécurité et à la cohésion sociale.

Les résultats obtenus dans les dispositifs mis en place par des municipalités montrent que les objectifs de protection de la santé et les objectifs de sécurité peuvent se renforcer : les usagers accueillis ne traînent plus dans la rue. Lorsqu'ils en ont la possibilité, ils entrent dans un processus d'insertion et de soins. Plus nombreux sont les usagers en traitement, moins les habitants subissent les conséquences de l'usage (voir évaluation Ch.3)

Santé publique, sécurité, cohésion sociale : chacun des champs a ses missions propres. Traditionnellement, chacun de ces champs obéit à sa logique propre mais il est possible de penser les systèmes d'action dans leurs interactions. C'est le choix qui a été fait dans ce guide.

Ce guide porte sur les services de 1<sup>er</sup> ligne, en direction des usagers de drogue. La démarche adoptée inscrit les actions dans le système d'action locale en matière de drogues. Les actions de réduction des risques complètent le dispositif existant dans la prévention d'une part, dans le soin d'autre part.

Les actions doivent être mises en cohérence avec l'action des services de police. Désormais, une offre de service sanitaire et social est proposée sur le terrain. Les services de police ne sont plus seuls à intervenir en première ligne dans les quartiers.

Une politique locale cohérente est désormais possible : des équipes peuvent intervenir sur le terrain lorsque des usagers posent des problèmes aux habitants, aux services et équipements. Les usagers de drogues problématiques peuvent être orientés

dans des dispositifs qui les accueillent même s'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas bénéficier d'un traitement de leur dépendance. La gamme des outils socio-sanitaires peut être adaptée à toutes les prises de risques, à toutes les populations, mineurs, migrants, mère-enfant, usagers incarcérés ou sortant de prison, prostitution.

### **1.3. Une démarche expérimentale et négociée**

L'extension plus ou moins large des services offerts dépend de leur statut dans la politique nationale ou régionale menée en matière de toxicomanie. Certaines actions sont intégrées dans le dispositif d'aide et de soin, d'autres ont un statut expérimental. Au niveau local, elles peuvent être plus ou moins acceptables.

L'ouverture d'accueil pour usagers de drogues non désintoxiqués a donné lieu à des nombreux débats. En Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas, l'ouverture de ces accueils a souvent été négociée avec des habitants, à priori opposés au voisinage de ces services, selon le suivant le principe «not in my backyard» (pas dans ma cour). Mais ces mêmes habitants ont pu aussi accepter l'expérimentation des actions qui ont été négociées. Une recherche menée en Suisse sur l'ensemble des négociations menées dans les villes a montré que les habitants, associés à la recherche de réponses, acceptaient ce voisinage si leur sécurité était garantie.

Au-delà des intérêts particuliers, l'offre de services pour des usagers de drogues soulève des questions qui relèvent du débat public :

- > Quels services sont utiles ? Quels services acceptons-nous de rendre aux usagers de drogues ? Quels moyens acceptons-nous d'y allouer ?
- > Que signifie «accepter l'usage de drogues» ? Devons-nous accepter des espaces où la consommation de drogues illicites est tolérée ? Quelle place accorder aux usagers de drogues dans la ville ?
- > Quelle articulation entre les services socio-sanitaires et les services répressifs ? Quel échange d'information, quels contrôles trouvons-nous légitimes ?

Négoциées entre sécurité et libertés publiques, ces nouvelles stratégies impliquent que chacun des acteurs en présence prend sa part dans la recherche de réponses adaptées au terrain et se responsabilisent, des services répressifs aux services de soin, des habitants jusqu'aux usagers de drogues eux-mêmes. L'expérience des villes en matière de drogues est une particularité européenne. Des élus locaux s'y sont engagés en tant que garants de la sécurité et de la santé des citoyens qu'ils représentent. Sans les ressources institutionnelles de la protection sociale, sans le savoir-faire de professionnels, sans la mobilisation des associations, l'expérimentation n'était pas possible. Elle ouvre la voie à une nouvelle conception de la politique des drogues qui perd son statut d'exception pour intégrer les différentes politiques sectorielles qui font la richesse des pays européens.

Ce guide vient en complément des travaux publiés par le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, sur la prévention de la criminalité et de la délinquance ainsi que des guides qui portent plus spécifiquement sur les drogues.<sup>2</sup> Il vient aussi en complément des outils méthodologiques existants pour la prévention et le soin.<sup>3</sup>

02

## Le rôle des élus locaux

---

(2) Liste des publications disponibles sur [www.fesu.org](http://www.fesu.org)

(3) Voir publications de l'Observatoire européen des drogues sur [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)



## 2.1. Élus locaux et demande sociale

Lorsque des toxicomanes traînent dans la rue, lorsqu'une rumeur incrimine un établissement scolaire, un squat ou une place publique, c'est vers l' élu que se tournent les habitants. La sécurité est la première des préoccupations, mais si les familles s'inquiètent d'une rumeur sur «la drogue à l'école», c'est qu'elles veulent protéger la santé de leurs enfants. Un événement, un accident, une overdose peut aussi susciter une émotion collective qui mêle demande de sécurité et protection de la santé.

Quelle que soit la nature de la demande, la réponse attendue est d'abord répressive : chasser les toxicomanes du quartier, emprisonner les trafiquants, c'est, semble-t-il, ce que les habitants exigent et c'est bien souvent, la réponse sur laquelle nombre d'élus se sont engagés, année après année. Or si les services de police sont immédiatement efficaces, s'ils parviennent à protéger certains espaces publics, certains établissements scolaires, l'expérience montre que les usagers de drogues chassés d'un quartier, resurgissent dans un autre. Faute de pouvoir investir un espace public, ils s'approprient des espaces privés moins protégés, un escalier d'immeuble, une cave, un parking. Un soupçon pèse alors sur les services publics, la police ou les élus locaux : un quartier n'a-t-il pas été privilégié au détriment d'un autre ? Plus les quartiers sont déshérités et moins la demande sociale est explicite mais l'absence de plaintes peut être plus inquiétante encore que la demande. Elle peut témoigner d'une grave crise de confiance envers les institutions : les pouvoirs publics seraient-ils impuissants ?

Il en est de la demande sociale en matière de toxicomanie comme il en est de façon plus générale du sentiment d'insécurité : elle exige une réelle prise en compte qui est le contraire de la démagogie. La demande sociale est la manifestation de difficultés dont les plus fréquentes sont :

- [.] L'absence de réponse face aux usagers problématiques : face à l'usage, les législations en vigueur en Europe privilégient le traitement, y compris lorsque l'usage de drogue est sanctionné par la loi mais les services de soins classiques exigent que les usagers démontrent leur motivation à se soigner. Or les usagers qui sont à l'origine des troubles sont précisément ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas se soigner.
- [.] Le déficit d'information sur la dépendance et le trafic : l'habitant confronté à des troubles liés aux drogues veut des réponses immédiates et efficaces, qu'elles soient répressives ou sanitaires. Or ni le traitement de la dépendance ni la lutte contre le trafic ne peuvent prétendre à des résultats immédiats et systématiques. La toxicomanie n'est pas une maladie qui se traite comme la tuberculose, avec une simple hospitalisation Il en est de même de la lutte contre le trafic. Ni l'usage ni le trafic ne peuvent être résolus de façon définitive. Ils exigent une mobilisation constante pour des résultats nécessairement partiels.
- [.] Les services obéissent chacun à leur logique propre : il n'y a pas de cohérence entre les services de police, la justice et les services de soins. Cette absence de cohérence

est immédiatement visible : en réponse à la demande sociale, les services de police interpellent les usagers de drogue qui traînent dans la rue. Or, à plus ou moins long terme, l'habitant constate que ces usagers sont de retour dans la rue, y compris lorsque le magistrat a pu prononcer une injonction ou une obligation de soin. Répression ou soins peuvent être ressentis comme inefficaces ou impuissants.

La demande sociale qui n'est pas prise en compte conduit à une remise en cause des services et à une exacerbation des conflits entre les habitants et les usagers de drogues. Ces conflits sont redoublés par les relations entre les générations, entre les minorités, ou avec la grande exclusion. Prendre au sérieux la demande sociale exige un renouveau du dialogue entre les élus et leurs concitoyens. Ce dialogue doit faire appel à ce que chacun d'entre nous savons désormais Nous savons tous qu'il en est de l'abus de drogues comme il en est de l'abus d'alcool : les conséquences en sont graves pour la société comme pour les personnes. Nous savons aussi qu'il n'est pas de solution miracle et nous devons rechercher ensemble quelles réponses prennent le mieux en compte les intérêts et les besoins de chacun.

## 2.2. Compétences territoriales et légitimité des élus

La répartition des compétences apparaît comme un premier obstacle à l'action des élus locaux. Cette répartition est différente selon les pays; elle fait appel à plusieurs niveaux organisationnels qui définissent chacun leur territoire (Etat et services déconcentrés, région, ville). Outre la politique des drogues, elle doit prendre en compte des politiques sectorielles comme la sécurité, la santé, l'éducation, le logement et l'urbanisme.

Dans nombre de pays, la politique en matière de toxicomanie relève des collectivités locales, souvent au niveau de la région comme en Espagne, en Italie ou en Belgique, ou des Lander comme en Allemagne. Dans ces pays, la marge de manœuvre des collectivités locales est d'autant plus importante qu'elles ont des compétences larges matière de sécurité et/ou de politiques sanitaires et sociales. Ces compétences se répartissent entre les régions et les villes.

Le plus souvent, il s'agit de compétences croisées entre les collectivités locales et l'Etat, que ce soit dans le domaine sanitaire ou dans la sécurité. Ainsi la lutte contre le trafic peut relever de l'Etat tandis que la sécurité au quotidien peut relever des autorités locales. Assez souvent, la réduction des risques et la prévention relèvent des collectivités locales tandis que le soin et/ou la répression peut relever de l'Etat.

La politique peut aussi être nationale comme en France et en Grande-Bretagne, mais la place des élus locaux n'en est pas moins très différente dans ces deux pays. Les élus locaux sont intégrés de plein droit en Grande-Bretagne, alors qu'en France, les programmations locales relèvent d'un chef de projet nommé par l'Etat.

Les premières villes qui sont engagées dans des politiques locales sont celles qui ont le plus de compétences en matière de drogues, comme c'est le cas en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas. C'est particulièrement le cas des villes qui ont des compétences importantes en matière de sécurité, mais si larges que soient les compétences au niveau de la ville, il n'en reste pas moins que les élus locaux sont amenés à négocier avec des partenaires qui relèvent d'autres instances, que ce soit l'Etat, les administrations ou encore les associations, regroupant des bénévoles et relevant de l'initiative privée.

Quelles que soient ses compétences en matière de politique de drogue, l' élu local est amené à s'impliquer de plus en plus dans l'action pour plusieurs raisons :

[.] Même s'ils n'ont pas autorité sur les services, les élus locaux sont garants de la sécurité et de la santé de ses administrés. Trafics locaux, violences, délinquance mais aussi exclusion sociale, maladies infectieuses, prise de risque des jeunes et souffrances des familles, ces menaces pèsent au quotidien sur les relations sociales. Aussi l' élu local est-il amené au nom de ceux qu'il représente à rechercher l'amélioration de la qualité de vie, de la santé et de la sécurité de ses concitoyens. Or ni dans la santé publique, ni dans la sécurité publique, la question des drogues ne peut être mise de côté. Du côté de la santé publique, la prise de conscience s'est faite avec la menace du sida, mais l'exclusion des soins a de graves conséquences sanitaires qui ne se limitent pas au sida. Du côté de la sécurité, ce sont les «scènes ouvertes», espaces publics où les usagers se rencontrent consomment et se procurent des drogues qui sont à l'origine des premières expérimentations mais au-delà des scènes ouvertes, le sentiment d'insécurité peut être redoublé lorsque des usagers de drogues investissent des espaces privés comme un escalier ou un parking.

[.] L'action en matière de toxicomanie doit être adaptée à la réalité locale, à la fois en termes de besoins et en termes de ressources. Pour agir avec efficacité, il faut connaître et la nature des problèmes qui est propre à chaque ville. L'implication des élus locaux est chaque jour plus nécessaire parce qu'ils connaissent le contexte dans lequel les problèmes se posent, ils connaissent également les habitants, les associations, les services ou équipements confrontés à la question des drogues. Ils sont en mesure de procéder à une évaluation qualitative de l'offre de service, évaluation déterminante dans la stratégie d'action.

[.] L'efficacité des actions tient à la cohérence de l'ensemble en fonction des réalités locales. Traditionnellement, les objectifs de santé publique et de sécurité sont vécus comme antagonistes. Effectivement la perception des problèmes par les services répressifs n'est pas celles des services sanitaires mais il y a aussi de grandes différences de perception entre les médecins et les travailleurs sociaux, entre les généralistes et les spécialistes. Il en est de même des policiers et des magistrats ou encore entre les magistrats, selon qu'ils ont en charge des mineurs ou des majeurs. Comment prendre en compte des approches qui le plus souvent s'ignorent quand elles ne sont pas conflictuelles ? Répondre à la question du «comment» suppose la définition d'objectifs communs. La démarche de diagnos-

tic doit permettre de dégager les constats qui font consensus et servent de base à l'élaboration d'une stratégie globale.

En partie, l'action locale implique une méthode de traitement des conflits : des acteurs qui ont chacun leur définition du problème, doivent néanmoins parvenir à agir ensemble. Obtenir l'adhésion des acteurs en présence, c'est assumer une fonction d'animateur. Le maire est en mesure de négocier entre ces logiques au nom de l'intérêt général dont il est porteur. C'est l'instance légitime pour confronter les services aux citoyens qu'il représente.

### **2.3. Pour une approche intégrée**

Si les collectivités locales hésitent à s'engager dans des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues, by c'est qu'elles craignent la réaction de leurs concitoyens. Distribuer des seringues ou «chasser les toxicomanes du quartier», il faudrait choisir. Contrairement à une idée admise, cette opposition simpliste est loin de faire consensus. Les citoyens européens ont maintenant une longue expérience de la toxicomanie et de la lutte contre les drogues. La distribution de seringues a généralement été acceptée par l'opinion dès que les médecins en ont affirmé sa nécessité dans la lutte contre le sida et les hépatites. Dans la lutte contre le trafic, ils savent que démanteler un réseau de trafiquants est une opération longue et complexe. Dans les quartiers, ils ont pu constater les limites de l'action répressive qui chasse les toxicomanes d'un quartier à l'autre.

Les limites de l'action policière posent la question de la co-existence entre ceux qui consomment des drogues et ceux qui n'en consomment pas et cette question doit prendre en compte toutes les dimensions de la situation. Elle ne se pose pas dans les mêmes termes lorsqu'il s'agit des jeunes habitant du quartier, d'usagers de drogues marginalisés sans domicile fixe, lorsque les jeunes se regroupent lors d'un événement festif, d'un concert, ou lorsque le trafic de rue a investi l'espace public.

Les actions menées en direction des usagers de drogues dans le contexte de vie modifient les actions de prévention, de soin et de répression :

[.] Prévention : avec une information sur les risques selon les usages, la prévention s'élargit aux jeunes consommateurs qui ne relèvent pas du traitement

[.] Traitement : les liens établis avec des usagers des drogues dans le contexte de vie peuvent favoriser l'accès aux traitements.; ils peuvent rétablir ce lien en cas de rechute.

[.] Répression : services de police et services de 1<sup>e</sup> ligne socio-sanitaires interviennent sur le même terrain. À minima, les services de police ne doivent pas interpellier les usagers lorsqu'ils procurent des seringues mais la coopération peut aussi être approfondie. Les policiers peuvent orienter les usagers interpellés, ils peuvent solliciter les services dans les commissariats.

L'approche intégrée doit mettre en cohérence la politique des drogues avec les autres politiques sectorielles. C'est particulièrement le cas des politiques sociales, dans le logement comme dans l'insertion.

Lorsque les usagers sont en traitement de substitution, la délinquance associée à l'usage est réduite, de 70% en moyenne dans les programmes méthadone (voir Ch. 6 Evaluation). Mais distribuer des seringues ne suffit pas à réduire les nuisances. La réduction des risques sociaux doit être une politique volontaire : le programme de distribution de seringue peut contribuer à la réduction des nuisances si le contact avec l'usager est l'occasion d'une offre de soin, si l'usager, accompagné par l'équipe, peut avoir accès à un hébergement ou un dispositif d'insertion.

À Frankfort, les usagers de drogues accueillis dans une ancienne usine peuvent travailler de quelques heures par jour à un temps plein en tenant un bar, en préparant des repas, en rénovant les chambres où ils sont hébergés. En cours de stabilisation, ils peuvent bénéficier de formations professionnelles en convention avec des entreprises.

La question des drogues participe des problèmes qui se posent aujourd'hui aux villes européennes, ces problématiques ne sont ni plus ni moins insolubles que les autres questions sociales. En l'intégrant dans les dispositifs d'actions existants, les collectivités locales se donnent les moyens d'y faire face :

L'expérience européenne montre que sans l'implication des élus locaux, les actions de réduction des risques ne sont pas menées ou bien leur efficacité est limitée, faute d'une instance qui mette en cohérence l'action des services. Plus l'élu local s'engage dans l'action, plus l'action est acceptable et plus elle est efficace.

03

## La construction du partenariat

### 3.1. Le multi-partenariat, une nécessité de l'action

Identifier les partenaires et construire le partenariat est la première étape de l'action; les partenaires doivent contribuer au diagnostic local, les objectifs et les priorités doivent être négociés avec eux.

Pour initier l'action, la municipalité doit :

- [.] Identifier les acteurs concernés : les acteurs concernés sont les acteurs en relation avec les usagers de drogues, qu'il s'agisse de leur mission, d'un choix ou qu'ils y soient confrontés de fait.
- [.] Construire le partenariat : la municipalité doit décider quels acteurs réunir, à quel niveau de responsabilité, avec quels liens avec la question des drogues.

Le partenariat évolue à chaque étape de l'action : le diagnostic de la situation peut faire apparaître de nouveaux acteurs. La prise de décision, la mise en œuvre ne sollicitent pas les mêmes acteurs. Des groupes de travail spécifiques peuvent être nécessaires sur des objectifs précis : la prévention des récidives, l'accès à l'hébergement, la protection de la mère et de l'enfant. Certains de ces acteurs seront associés à une étape précise de l'action tandis que d'autres pourront être intégrés au dispositif.

La construction du partenariat s'inscrit dans une stratégie de changement : mettre autour d'une table des acteurs, c'est faire entendre le point de vue de chacun. Chaque service prend conscience de l'impact de son action sur les autres services.

Lorsqu'un service de soin est amené à exclure un usager de drogue qui a eu, par exemple, un comportement violent, cette exclusion peut compromettre son hébergement : les services sociaux n'ont plus de recours.

Lorsque les services de police défèrent un usager suivi par un service en ambulatoire, le traitement ou le projet d'insertion s'interrompt. Les professionnels socio-sanitaires ont alors le sentiment d'avoir investi leur temps inutilement. La récurrence devient d'autant plus probable.

Les conséquences de l'exclusion des soins pèsent d'abord sur l'usager de drogue. Sa santé est menacée, puisqu'il a été démontré que le traitement réduit la mortalité de façon drastique, jusqu'à 70%, (voir Ch.6 évaluation). L'exclusion des soins pèse enfin sur l'habitant : ce sont précisément ces usagers qui traînent dans la rue. Parce qu'il est organisé dans un cadre municipal, le partenariat introduit un nouvel acteur, le citoyen, que représente l' élu local. Il contraint les services à prendre en compte l'intérêt général, qui comprend à la fois les habitants et les usagers de drogues.

Lorsque le partenariat fonctionne bien, les acteurs en présence entrent dans un processus d'apprentissage mutuel : les acteurs comprennent le fonctionnement de chacun, ils parviennent à un diagnostic commun des difficultés, ils recherchent ensemble

comment y remédier. Mais pour obtenir un tel résultat, il faut une volonté politique sans faille. La tendance naturelle des organisations est de fonctionner pour elle-même.

Réunir d'entrée de jeu tous les acteurs institutionnels c'est prendre le risque d'un fonctionnement purement formel. Aussi la construction du partenariat implique-t-elle des choix : pour impulser l'action locale, le maire doit décider quels acteurs doivent nécessairement être partie prenante de l'ensemble du processus, quels acteurs seront sollicités sur des objectifs précis.

Autre problème exigeant un choix : la municipalité doit choisir si elle met en présence les acteurs en conflit ou bien si le ou les conflits seront traités dans une étape ultérieure. La municipalité est-elle prête à affronter les difficultés, ou bien ces difficultés seront-elles esquivées ? Les choix sont-ils équilibrés en fonction de l'intérêt général ou bien obéissent-ils à des logiques partisans ? Ces sont les questions que se posent les professionnels, les militants associatifs, les habitants. La crédibilité du dispositif tient à l'engagement de la municipalité, engagement qui se manifeste d'abord par les choix qu'elle fait.

La construction du partenariat exige un investissement important, mais l'efficacité de l'action exige d'affronter la complexité des systèmes d'action. Chacun des partenaires détient un type d'information sur la situation, chacun a développé une expertise propre à son champ d'intervention. C'est par la confrontation des expertises propres à chaque champ que pourront s'élaborer les nouveaux savoirs et savoir-faire adaptés aux réalités locales.

### 3.2. Les services et associations en relation avec les usagers de drogue

Quel que soit le contexte, les acteurs-clés en relation avec les usagers de drogues comprennent nécessairement :

- [.] Les services répressifs : il s'agit d'abord des services de police qui interviennent en première ligne sur le terrain. Ces services sont plus ou moins nombreux, plus ou moins cloisonnés. Les services spécialisés dans la lutte contre le trafic relèvent très souvent d'autorité ou de niveau hiérarchique différent des polices urbaines. Une politique intégrée implique de prendre en compte l'articulation justice/police, souvent problématique. La participation des magistrats, des services de contrôles judiciaires, ou de protection des mineurs peut s'avérer nécessaire d'entrée de jeu ou faire l'objet d'une action spécifique selon le type de problème, selon leur sensibilisation, selon leur ancrage dans les réalités locales.
- [.] Les services de soin aux usagers de drogues : les services spécialisés de soin aux usagers font partie des partenaires obligés. Les usagers de drogues peuvent aussi être pris en charge dans le cadre de dispositifs généralistes, hôpital général, hôpital psychiatrique, réseaux de médecins généralistes et de pharmaciens. L'offre de soin peut également relever de l'initiative privée.

[.] Les relations entre spécialistes et généralistes, entre initiatives publiques et initiatives privées ou entre le soin et la réduction des risques peuvent être apaisées ou conflictuelles selon les situations locales. Des services non spécialisés mais confrontés à des usagers de drogues comme par exemple les services d'urgence dans les hôpitaux peuvent être des acteurs-clés. Ils peuvent être les seuls services en relation avec les exclus du soin.

[.] Les acteurs professionnels ou appartenant à la société civile qui mènent des actions avec les usagers de drogue : la participation d'acteurs en relation personnelle avec des usagers de drogue peut jouer un rôle déterminant dans un dispositif local. Elle est d'autant plus précieuse que la participation des usagers eux-mêmes est difficilement envisageable (voir Ch. 3.4.). C'est très souvent le cas des équipes de proximité (outreach) dans la réduction des risques, lorsqu'elles existent dans la ville, d'action de prévention en milieu festif ou encore d'initiatives associatives dans la lutte contre le sida, dans l'humanitaire, par des parents d'élèves.

[.] Les services et les équipements confrontés de fait à des usagers de drogues : selon les sites, il peut s'agir des services d'aide sociale, d'hébergement ou de logement social, des équipements sportifs, des établissements scolaires, des clubs de prévention (éducateurs de rue), des services aux sortant de prison etc.

Les services destinés à la jeunesse doivent être intégrés au partenariat, même si les consommations de drogues n'ont pas été constatées. Le partenariat permettra aux professionnels ou associations de bénévoles de mieux identifier les comportements à risque et d'apporter une aide aux jeunes en difficulté le plus précocement possible.

Dans les petites villes ou dans les villes où la question des drogues est récente, peu d'acteurs sont en relation avec les usagers d'un territoire donné. En l'absence de services spécialisés, quelques acteurs peuvent s'engager individuellement dans le soutien et l'aide. Ces acteurs doivent être identifiés et intégrés dans le processus. Au contraire, dans les grandes villes, de multiples partenaires sont en relation avec les usagers de drogues. La plupart du temps, il existe déjà des coordinations, qui peuvent regrouper certains des acteurs, par exemple, les professionnels du soin ou encore l'ensemble des services répressifs. Ces coordinations doivent être associées au dispositif municipal, mais le dispositif doit aussi comprendre des acteurs de terrain.

### **3.3. La participation des habitants**

#### **..... 3.3.1. Les enjeux de la participation**

Dans le domaine des drogues, la participation des habitants répond aux mêmes exigences que dans toutes les politiques locales qui les concernent :

[.] Elle doit restaurer la confiance avec les autorités et les services publics : en intégrant les habitants dans les dispositifs, les autorités démontrent que leur exigence

de sécurité est prise en compte. Les habitants apprennent à mieux connaître le fonctionnement des services. Mieux informés de la réalité des problèmes, ils sont en mesure de comprendre les limites de l'action des services.

[.] Elle doit contribuer à la cohésion sociale : les habitants qui participent à la recherche de réponses, prennent conscience qu'il n'y a pas de solution simple; qu'il n'est ni souhaitable ni possible que tous les usagers soient incarcérés s'ils ne sont pas en traitement. Ils sont ainsi amenés à définir quelle est la place des usagers de drogues dans l'espace urbain. La participation doit permettre de désamorcer les conflits avec les usagers, conflits qui sont souvent redoublés par des conflits intergénérationnels, avec des minorités, ou même au niveau micro-local, de simples conflits de voisinage.

[.] En modifiant les relations avec les responsables politiques,, elle modifie la place du citoyen dans la cité : le citoyen n'est plus passif, il devient acteur. Les décisions politiques ne sont plus imposées de l'extérieur. Les stratégies locales sont le produit d'une négociation qui donne au citoyen le statut de «co-producteur» de l'action locale.

La participation des habitants remplit aussi une fonction spécifique à la politique des drogues : les réponses face à l'usage de drogue deviennent communautaires. Or c'est précisément là que résident les réponses face à l'abus de drogues. C'est à la communauté de déterminer ce qu'elle tolère. C'est aussi à elle de déterminer quelles limites l'action collective doit se donner. La participation fait prendre conscience que la communauté, qui comprend tous ceux qui sont amenés à vivre ensemble, est en mesure d'exercer un contrôle sur les comportements déviants comme la toxicomanie, comportement qui a pourtant la réputation d'échapper à tout contrôle. Les choix, discutés dans un cadre collectif, imposent une négociation entre les intérêts des uns et des autres, entre sécurité et libertés individuelles.

#### **..... 3.3.2. Rétablir la confiance, un processus**

La participation des habitants est un objectif fréquemment affirmé, dans la politique des drogues comme dans les autres politiques urbaines. Mais sur les questions de drogues, il y a un paradoxe :

[.] Lorsque la participation est souhaitée par les responsables politiques, elle est toujours très difficile à mettre en place. Sollicités, les habitants restent passifs.

[.] Lorsque les habitants se mobilisent spontanément, les élus locaux se montrent souvent réticents à leur intégration dans le dispositif municipal.

Le paradoxe n'est qu'apparent : la participation fait appel à la responsabilité politique du citoyen. C'est une preuve de confiance envers les institutions et les politiques. L'habitant qui proteste contre les nuisances qu'il subit demande que sa sécurité soit garantie. Il manifeste d'autant plus violemment qu'il a perdu toute confiance envers

les services et les politiques : la police ne ferait pas son travail, les services de soin seraient impuissants, les politiques seraient indifférents. Participer implique une adhésion à la démarche proposée par les responsables politiques. La participation des habitants implique de restaurer la confiance, c'est le produit d'un processus et non un préalable.

La participation impose un changement des représentations collectives. Ce ne sont pas seulement les habitants qui doivent changer, ce sont aussi les autorités locales et les services. Les habitants sont volontiers considérés comme des obstacles à une politique rationnelle et équitable : leurs peurs seraient irrationnelles, leurs croyances seraient empreintes de préjugés racistes et discriminatoires, ils voudraient imposer leurs intérêts particuliers contre l'intérêt général. Ces représentations négligent que les habitants, y compris les plus protestataires, sont ambivalents face à la toxicomanie. Les études d'opinion menées dans différents pays européens montrent que la très grande majorité des citoyens en Europe est persuadée que la prison n'est pas la bonne réponse à l'usage. L'usager de drogue n'est plus un être purement mythologique, c'est une personne, souvent un jeune qui est connu depuis l'enfance

Les habitants ne forment pas un groupe homogène. Les habitants les plus défavorisés, ceux qui sont originaires des pays étrangers incriminés par les rumeurs, les jeunes, les familles sont rarement représentés, alors qu'ils peuvent avoir des relations quotidiennes avec des usagers de drogues. Dans le cadre du projet Démocraties, Villes et Drogues, le réseau T3E-UK a réalisé un guide concernant l'implication des minorités ethniques dans les partenariats. Ce projet a également permis de mettre en lumière les actions spécifiques ciblant la population rom que la ville de Prague développe dans le cadre de sa stratégie municipale en matière de drogues.<sup>4</sup>

Une recherche menée en Suisse a fait apparaître que les habitants les plus protestataires sont ceux qui habitent dans le centre-ville et non pas les habitants les plus défavorisés. Les organisations professionnelles des commerçants offrent un cadre dont les habitants des quartiers défavorisés ne bénéficient pas. Ce n'est pas dire que les habitants des quartiers sensibles ne souffrent pas des conséquences de l'usage de drogue et du trafic mais ils se sentent moins légitimes, ils sont moins susceptibles de s'organiser et surtout l'usager de drogues n'est pas un être imaginaire, c'est le fils de la voisine, c'est un cousin.

(4) Le guide écrit par T3E-UK ainsi que les éléments relatifs à la politique pragoise sont disponibles sur le site [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

L'expérience montre que plus les intérêts propres des habitants sont pris en compte, plus ils sont en mesure de rechercher des réponses équitables, qui prennent en compte les besoins de chacun.

### ..... 3.3.3. Les différentes formes de participation

Les habitants peuvent être plus ou moins intégrés au dispositif. L'information, la consultation, la gestion des situations conflictuelles peuvent être organisées dans le cadre du quartier, de la commune. Les habitants représentés par des associations peuvent aussi être partie prenante du dispositif municipal.

Les associations d'habitants, partie prenante du dispositif, doivent être représentatives des différentes approches du problème. Elles peuvent ou non être directement confrontées au problème, comme par exemple, une association de locataires, une association oeuvrant dans le cadre de vie. Ces associations doivent être connues dans le quartier ou la commune pour leur action. La crédibilité du dispositif tient en grande part à la crédibilité des associations d'habitants. Il peut être utile de solliciter des acteurs qui peuvent avoir un point de vue particulier comme les jeunes, les familles d'usagers de drogue, les habitants d'origine étrangère. Des règles contractuelles de dialogue doivent être élaborées entre le dispositif partenarial et les habitants. Une instance institutionnelle peut être chargée de leur articulation.

Le type d'implication des habitants dans le processus dépend des traditions de participation des citoyens, des systèmes de relation entre les élus et leurs concitoyens, du contexte politique. En Europe du Nord, les citoyens sont très impliqués dans la défense de leur cadre de vie; la négociation est de règle.

Aux Pays-Bas, la ville d'Amsterdam n'a pas hésité à mettre en présence d'un côté, une association réunissant des habitants et des commerçants du quartier de la Gare et de l'autre, les usagers de drogues représentés par une association financée à cette occasion par la municipalité. La négociation menée à la fin des années 70 a abouti à la création d'un BUS méthadone itinérant, action qui préfigure les actions de réduction des risques menées aujourd'hui.

Les modalités de participation dépendent aussi du type d'acteurs mobilisés dans le débat sur la question des drogues. Les habitants qui protestent contre l'implantation d'un centre d'accueil pour toxicomanes dans leur rue se mobilisent pour la défense de leurs intérêts particuliers dans une logique qui est décrite comme «le syndrome de NYMBY» (not in my Backyard) (pas dans ma cour). Mais au-delà des intérêts particuliers, les associations mobilisées s'opposent aussi par des systèmes de représentations différents de la question des drogues qui sont aussi des représentations différentes du pouvoir politique, du rôle du citoyen et de la co-existence des groupes

sociaux entre eux. Retisser du lien social, enjeu de la démarche partenariale, c'est d'abord reconnaître la pluralité des points de vue. C'est la condition pour parvenir à des consensus suffisants pour agir ensemble. Lorsque la négociation est menée de façon rigoureuse, que le point de vue de chacun est reconnu, elle peut aboutir à des expérimentations qui ailleurs sont considérées comme inacceptables pour l'opinion.

### 3.4. La participation des usagers de drogues

Il n'est pas d'acteurs qui soient plus «concerné» que les usagers de drogues eux-mêmes et cependant leur participation aux actions qui sont menées pour eux paraît a priori difficilement envisageable. Dans les représentations sociales, le toxicomane est celui a perdu le contrôle de lui-même et pourtant les usagers de drogues viennent de démontrer qu'ils pouvaient se responsabiliser pour protéger leur santé. Face à la menace du sida, les actions de réduction des risques leur ont permis de choisir entre l'utilisation des seringues stériles, le renoncement à l'injection ou l'arrêt de la consommation de drogue. La baisse de la contamination par le virus du sida montre que la très grande majorité des usagers de drogues s'est responsabilisée dans les pays qui ont mis en place des actions de réduction des risques (voir ch.6.3). Les usagers qui ont recours à l'injection sont pourtant ceux qui prennent les plus grands risques. Les usagers de drogues ne sont pas seulement responsabilisés individuellement, ils ont souvent joué un rôle important dans les actions menées sur le terrain sous différentes modalités :

- [.] Certaines actions ont été menées par des associations regroupant des usagers de drogues, associations dites d'auto-support (self help).
- [.] Des usagers ont également été intégrés dans les équipes de réduction des risques en particulier dans les équipes de proximité (out reach). L'alliance avec les usagers de drogues peut aussi être informelle, avec des professionnels qui peuvent jouer un rôle de médiation, que ce soit par leur expérience personnelle antérieure, directe ou indirecte par un proche, ou que ce soit par les liens de confiance qu'ils ont su créer.
- [.] Des actions de santé communautaires ont été menées qui associent des professionnels et des usagers de drogues.

L'implication d'usagers de drogues dans les actions menées sur le terrain est indispensable pour entrer en relation. Pour un usager de drogue, rien de plus simple que d'entrer en relation avec un autre usager de drogue. Tout acteur extérieur est confronté à la clandestinité de l'usage. L'alliance avec les usagers de drogues n'est pas seulement utile pour entrer en relation. Elle est aussi nécessaire pour comprendre quels sont les besoins en termes de protection de la santé. L'usager de drogue sait ce qu'il consomme, comment il consomme, il connaît aussi, au moins de façon

empirique, les risques qu'il prend. C'est aussi lui et lui seul qui décide s'il va ou non utiliser un préservatif, une seringue stérile, renoncer à l'injection et entrer dans un processus de soin.

Des usagers de drogues doivent être associés au diagnostic des consommations de drogues et des prises de risques. Ils doivent être sollicités pour définir leurs besoins. Ils doivent enfin être sollicités en tant qu'utilisateur des services pour évaluer la qualité des services offerts.

Reste à déterminer les modalités précises de leur participation, à quelles étapes du programme et avec quel statut formel ou informel ils seront sollicités. Si des usagers de drogues peuvent participer aux actions de protection de leur santé, il est beaucoup plus exceptionnel qu'ils participent en tant qu'usager à des dispositifs de politique locale. Il y a plusieurs raisons à cela :

- [.] Les usagers sont moins concernés par la réduction des nuisances que par la protection de leur santé. Il est toutefois possible de négocier le respect de l'environnement en échange de services dont les usagers reconnaissent l'utilité. Dans les accueils, ce respect de l'environnement est généralement exigé. On peut considérer le non-respect de l'environnement comme un indicateur de dysfonctionnement du service. Il en est de même des programmes d'échange de seringues où l'usager doit s'engager à ne pas jeter de seringues par terre. Dans certains projets comme à Lille, les usagers ont accepté de ramasser les seringues du voisinage.<sup>5</sup>
- [.] Ceux qui se responsabilisent dans les associations sont rarement les usagers qui sont à l'origine de troubles locaux. Il y a pourtant quelques exemples de concertation qui ont mis en présence les acteurs en conflits. Quelques villes ont mis en place des médiations entre les jeunes, soupçonné de trafic de cannabis, et les adultes. Lorsqu'il s'agit de drogues dites dures (héroïne, cocaïne), ces médiations sont plus exceptionnelles. L'expérience a toutefois été menée dans un quartier chaud de Liverpool entre des usagers de drogues et leurs voisins dans un jury citoyen, sans passer sous silence la question du trafic.
- [.] Les associations locales regroupant des usagers de drogues sont rares. Il est souhaitable d'encourager l'auto-organisation des usagers de drogues mais les relations entre les autorités locales et ces petites associations locales doivent être gérées par un responsable connaissant individuellement les acteurs, leur réputation dans le quartier, et leur rapport à la consommation de drogues.

Il est important d'encourager l'implication des usagers de drogues, si ce n'est dans le dispositif partenarial, du moins dans les actions qui les concernent. À défaut d'obte-

(5) FORUM EUROPÉEN POUR LA SÉCURITÉ URBAINE, *Implication des habitants dans les stratégies locales de prévention et de lutte contre les toxicomanies*, 1998

nir une participation d'usagers dans le dispositif partenarial, différentes médiations peuvent être envisagées :

Par le biais d'associations en relation étroite avec les usagers de drogue dans une démarche de santé communautaire (lutte contre le sida, prostitution)

[.] En invitant à titre d'expertise des associations d'usagers existant nationalement ou dans d'autres sites

[.] En faisant appel aux services qui ont organisé une représentation ou une consultation des usagers pris en charge dans leur service.

[.] En impulsant des actions participatives, comme la réhabilitation des cages d'escaliers à Lille avec des jeunes en réinsertion.

### **3.5. Forme d'organisation, définition des tâches, définition des responsabilités**

#### **..... 3.5.1. Un comité de pilotage doit être organisé**

Il est chargé de définir les formes d'organisation, les tâches et les responsabilités de chacun. Un coordinateur doit être nommé :

La coordination du partenariat exige un investissement en temps qui ne peut s'ajouter aux missions ordinaires des services. La gestion du partenariat exige des compétences de chef de projet Ce n'est pas qu'un poste purement technique. La coordination sera d'autant plus efficace que le coordinateur connaît les logiques de services d'une part, la problématique d'autre part.

Le comité de pilotage doit identifier les compétences existantes sur la commune et faire appel en complément aux compétences manquantes, soit ponctuellement soit avec une mission de suivi.

Le coordinateur doit être en mesure de mobiliser les partenaires. Il doit être en mesure de faire la synthèse des travaux en cours. Il doit rendre compte des logiques différentes de chacun des acteurs sans privilégier une approche. Le recrutement d'un chargé de mission externe peut être privilégié, en particulier en cas de situation conflictuelle.

Ses tâches doivent être définies avec précision. Il faut par exemple déterminer s'il est chargé du diagnostic local ou bien s'il est nécessaire de faire appel à des compétences externes.

#### **..... 3.5.2. Le niveau de responsabilité des acteurs partenaires doit être défini**

Le niveau décisionnaire doit être différencié de la mise en œuvre, qui exige la mise en place d'un comité de suivi.

Une coordination n'est pas nécessairement homogène : réunir des décideurs et des acteurs qui connaissent bien la réalité locale en matière de drogue peut contribuer à la sensibilisation des acteurs en présence. Le choix doit être fait dans une stratégie de changement.

Les partenaires doivent savoir à quoi ils s'engagent. Ils doivent être en mesure de prendre les décisions ou de les négocier avec leur organisation. Le temps consacré au partenariat doit être défini.

#### **..... 3.5.3. Le comité de suivi est chargé de la mise en œuvre du projet sur le terrain**

Ce comité de suivi réunit les acteurs de terrain. Les réunions de terrain doivent être régulières. Des réunions quotidiennes peuvent être nécessaires pour garantir l'efficacité de la coordination.

La participation de chacun doit être définie. Chacun doit s'engager à rendre compte des actions, des difficultés rencontrées, des évolutions constatées. Des villes comme Saint Gilles en Belgique établissent des conventions claires permettant d'établir l'engagement de chaque partenaire.<sup>6</sup>

Ce principe sur lequel se fondent les actions partenariales se heurte dans la pratique à une série d'obstacles bien identifiés. Pour le professionnel, un service qui n'a pas les moyens utiles ne peut obtenir des résultats satisfaisants. Mais pour le public, un service qui n'obtient pas de bons résultats est un service qui ne fait pas son travail. Pour accepter de rendre compte de ses difficultés, le professionnel doit se sentir légitime : il n'est pas en faute, il n'a pas les moyens adéquats de sa mission. Il doit aussi être soutenu par sa hiérarchie. Dans un contexte de remise en cause des services, les professionnels sont amenés à masquer leurs difficultés. Dans le cadre d'un partenariat local, rendre des comptes est une opération d'autant plus délicate que les acteurs en présence connaissent les bruits qui circulent sur la réputation de chacun. Les différences de représentations, les conflits de compétence ou de territoire exacerbent les relations entre les services.

La gestion des relations entre services n'est pas une perte de temps : elle participe pleinement du projet lui-même.

(6) Voir fiche sur le site [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)



#### ..... 3.5.4. La question de leadership

Le bon fonctionnement du partenariat implique un leadership dont l'autorité soit reconnue de tous. Les élus locaux ont une légitimité démocratique, mais la prise de décision doit s'inscrire dans un processus qui sollicite chacun des partenaires. Le consensus doit se construire au cours de discussion menées dans le cadre du partenariat. Le maire doit affirmer son leadership parce qu'il représente l'intérêt général. Son leadership est d'autant mieux reconnu que :

- [.] Il explicite les raisons de son engagement. Il définit clairement son rôle
- [.] Il affronte la réalité des problèmes : les conflits doivent être posés sans langue de bois
- [.] Il donne au partenariat les moyens de son fonctionnement.

L'engagement des élus locaux est la condition nécessaire du bon fonctionnement du partenariat. Ce bon fonctionnement n'est pas un préalable à l'action : c'est déjà un résultat. Le fonctionnement en réseau des services et associations doit être identifié comme une action.

04

Le  
diagnostic local  
des consommations  
de drogues

Le diagnostic local<sup>7</sup> que nous proposons ici porte spécifiquement sur les consommations de drogues et leurs conséquences au niveau local. Il porte sur le profil des usagers, les produits consommés, les types de d'usage, les prises de risques, l'accès aux traitements, les trajectoires socio-judiciaires, les relations à l'environnement : famille, voisins, communauté éducative.

#### 4.1. Une démarche nécessaire

Les élus peuvent être sollicités parce que :

- [.] La rumeur incrimine tel quartier, telle école ou même telle famille de trafic de drogue
- [.] Un accident, une overdose, une décompensation psychiatrique a fait scandale dans le quartier.
- [.] Des usagers de drogue investissent de nuit des espaces privés, escaliers, caves, parking

Les questions qui se posent aux autorités locales sont semblables d'une ville à l'autre mais elles renvoient à des réalités locales très différentes.

- [.] La rumeur qui incrimine un quartier peut être très récente ou bien, au contraire, la mauvaise réputation du quartier est ancienne. L'appartenance sociale et l'origine géographique des élèves sont relativement homogènes ou bien les relations des groupes en présence sont conflictuelles, à l'école ou dans le quartier.
- [.] Il a fallu un scandale pour que les habitants osent rompre le silence sur les problèmes que posent les drogues dans leur quartier ou bien la question des drogues n'est pas la raison principale de leur exaspération. Les habitants protestent contre un service d'urgence débordé un service psychiatrique inaccessible.
- [.] Les usagers de drogue dont les habitants se plaignent sont des usagers problématiques connus des institutions ou bien ce sont des jeunes qui n'ont pas de relations avec les services. Personne ne sait au juste ce qu'ils consomment et quelles sont les prises de risques.

Lorsqu'un problème se pose sur le terrain, la réaction spontanée est d'apporter une réponse immédiate et la réponse qui paraît la plus efficace est répressive. Y compris lorsque des réponses socio sanitaires sont recherchées, la tentation est grande de faire l'économie d'une analyse globale des besoins et des ressources. La question des jeunes usagers est l'exemple d'une problématique exigeante. Les réponses purement

(7) Voir publications :

SANSFACON Daniel, *Guide méthodologique sur le diagnostic des nuisances relatives aux drogues et la prostitution*, Centre international pour la prévention de la criminalité, Mars 2006

EMMANUELLI Julien, *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques*, SIAMOIS, Institut de Veille Sanitaire, Tome 1. novembre 2000

Pour les travaux portant de façon plus spécifique sur le trafic, la délinquance et les nuisances, voir publication Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Approche locale de la criminalité organisée*, 2000

répressives contribuent à l'exclusion des jeunes. L'accès aux soins soulève une autre question : que consomment-ils au juste ? Un traitement est-il nécessaire ? L'offre de soin est-elle adaptée aux nouveaux modes d'usage ?

Nombre d'initiatives sont impulsées par des acteurs locaux qui ont fait le constat d'un besoin. Mais faute d'une prise en compte globale des ressources, ces acteurs recherchent les réponses en fonction des moyens qu'ils peuvent mobiliser. Ces initiatives d'acteurs, souvent à l'origine d'innovations, font la richesse du tissu local social. Elles ont aussi leurs limites :

- [.] Les services s'ajoutent aux services, alors que le problème peut résider dans l'absence de lien entre les services
- [.] Les acteurs mobilisés peuvent avoir la tentation de se substituer aux services existants, dans la sécurité en recourant à des vigiles, dans la santé, avec des réponses d'urgence données sur place faute d'un accès à l'hôpital, alors que l'adaptation des services existants serait de meilleure politique.

Chaque région, chaque ville et même chaque quartier a son histoire propre en matière de drogue. L'histoire des drogues dans une ville ou un quartier dépend du moment où les drogues se sont introduites, du profil de ceux qui les consomment et de la façon dont l'environnement a réagi. Ici, la cocaïne est considérée comme une drogue réservée aux privilégiés, là, elle est vendue dans la rue. Les perceptions, les facteurs de protection, la qualité des relations sociales participent du diagnostic.

La visibilité du phénomène est elle aussi extrêmement variable selon les sites. Bien souvent, cette question est au cœur d'un débat qui oppose des habitants et des professionnels, les uns dénonçant un trafic de drogue organisé là où les autres voient d'abord un problème de co-existence des générations. Dans de nombreux sites, les consommations restent invisibles : apparemment, il n'y a pas de problème de coexistence entre les usagers et leur environnement. Les prises de risques n'en sont pas moins préoccupantes, en lien avec l'échec scolaire de l'un, la tentative de suicide de l'autre.

La diversité des problématiques rend nécessaire un diagnostic précis de la situation locale, besoins et ressources.

#### 4.2. Une démarche opérationnelle

Le diagnostic local a beau être recommandé dans toutes les politiques urbaines, il est rarement mis en œuvre. La complexité des variables à prendre en compte est le premier obstacle. Dans le domaine des drogues, la difficulté est redoublée par la clandestinité de l'usage et du trafic de drogues. Pourtant, des progrès importants ont été accomplis ces dernières années. Tous les pays européens recueillent des informations qui sont traitées annuellement par l'Observatoire européen des drogues.

Ces données sont nationales et elles sont de plus en plus standardisées. L'accès à l'information reste problématique au niveau local :

- [.] Les sources d'information restent éparpillées et les informations ne sont pas standardisées.
- [.] Les principales sources d'information sont les statistiques issues des services, répression et soin. Ces informations ne suffisent pas pour répondre aux questions qui se posent sur le terrain.
- [.] Chaque type de problème exige une approche spécifique : consommations de drogues et prises de risque, trafic, délinquance et nuisances. Des recherches approfondies exigeraient des ressources financières et humaines qui ne sont pas à la mesure des autorités locales;
- [.] L'évaluation des ressources institutionnelles participe du diagnostic de la situation, mais la démarche d'évaluation n'est pas seulement complexe, elle s'affronte à des logiques institutionnelles qui sont souvent sources de conflit.

Une analyse précise de la situation locale doit prendre en compte toutes les dimensions du problème, mais les exigences de la recherche fondamentale et celles des recherches opérationnelles qui accompagnent l'action ne sont pas les mêmes. Dans les recherches opérationnelles, il ne s'agit pas de tout savoir mais de réunir les informations nécessaires à la prise de décisions.

Lorsqu'un problème se pose sur un territoire, la démarche de diagnostic va consister

- [.] À recueillir l'information existante
- [.] À solliciter le point de vue des acteurs en présence.

Le diagnostic local de la situation sera amené à valider ou invalider certaines des opinions contradictoires comme par exemple le profil des usagers que les uns considèrent comme des habitants du quartier tandis que pour d'autres, il s'agit d'étrangers ou de sans domicile fixe.

Si on prend l'exemple des jeunes usagers de drogues, nous avons soulevé deux questions : l'usage de drogue de ces jeunes relève-t-il d'un traitement de la dépendance ? L'offre de soin est-elle adaptée aux nouvelles prises de risques ? Ces questions seront posées auprès des acteurs en relation avec les jeunes du quartier, des médecins généralistes et travailleurs sociaux aux spécialistes en addictologie ainsi qu'aux équipes de réduction des risques. Il est essentiel également de connaître les opinions des jeunes eux-mêmes sur ces services. L'action ou plus précisément le système d'actions est choisi en fonction des hypothèses retenues à l'initiation du projet. Ces hypothèses seront réévaluées en cours de route en fonction des résultats obtenus.

La démarche de diagnostic accompagne chacune des étapes de l'action, du choix des priorités à l'évaluation des résultats, effets et impacts.

Dans les grandes villes européennes, de nombreuses études ont déjà été menées et le partenariat peut avoir été réuni sur la base d'un diagnostic antérieur. Il suffit alors d'identifier les indicateurs qui justifient les choix et permettent de suivre l'évolution de la situation. C'est en cours de route qu'un diagnostic plus précis peut s'avérer nécessaire pour comprendre une difficulté, pour prendre en compte de nouveaux usages, de nouvelles prises de risques, pour élargir l'action à de nouvelles populations.

La connaissance de la situation locale s'approfondit au fur et à mesure que les actions se développent. La connaissance des populations est produite par l'action. C'est parce que des équipes sont allées sur le terrain en milieu festif qu'il a été possible de connaître le profil et les prises de risques de l'usage festif. De même, il a fallu accueillir des usagers de drogues sans exiger qu'ils se désintoxiquent pour prendre la mesure de l'exclusion des soins. Le suivi des actions mises en place permet de déterminer si une étude complémentaire est nécessaire en cours de route.

La méthodologie doit être souple, elle doit s'adapter au terrain. Elle doit être rapide L'évaluation initiale doit informer les acteurs partenaires en présentant un tableau synthétique de ce que l'on sait sur un territoire donné. Elle doit réunir les indicateurs qui rendent compte de l'évolution de la situation au fur et à mesure que l'action est mise en place.

#### **4.3. Un diagnostic partagé**

Prendre en compte l'ensemble des dimensions, être rapide et souple, ces exigences sont apparemment contradictoires. Le partenariat offre un cadre où les différents points de vue pourront être pris en compte. La confrontation des points de vue est indispensable à la connaissance locale des consommations de drogues. Des villes, comme la Spezia<sup>8</sup> en Italie, ont réalisé des diagnostics partagés par l'ensemble des acteurs concernés aboutissant à un rapport reprenant l'ensemble des données collectées.

On peut penser, à priori, que pour sortir du fantasme et atteindre la réalité objective, il faut tenir à distance le jugement des hommes : il n'en est rien. C'est au contraire en confrontant le point de vue des acteurs qu'on peut espérer appréhender les différentes facettes du problème. Il n'est pas de vérité de l'usage de drogues. Tous les points de vue ne sont pas équivalents : le médecin spécialisé, le policier, l'usager de drogue ont chacun une expérience qui est indispensable au diagnostic mais il faut aussi prendre en compte les familles, les habitants, la communauté éducative, les professionnels non spécialisés. Chacun a une approche du

(8) Voir fiche sur le site [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

problème qui participe du diagnostic. Tous contribuent à ce que les sociologues appellent "a construction du problème", c'est-à-dire à la façon dont la collectivité interprète le phénomène et dont elle en ressent les conséquences

La première source d'information dans un dispositif partenarial, c'est l'expérience de chacun des partenaires. C'est l'analyse qu'ils font de la situation : quels problèmes soulève la prise en charge ou la non prise en charge des usagers de drogues ? Que pensent-ils des services offerts ? Quelles relations ont-ils avec les partenaires des actions ? Quels problèmes ne sont pas résolus ? Quels sont les acteurs qui détiennent une part de ce savoir dans la ville ? Quelles informations leur font défaut ?

L'analyse des statistiques issues des services implique la participation des professionnels de services : eux seuls sont en mesure de dire si l'augmentation ou la diminution du nombre d'interpellation ou du nombre des patients pris en charge est due à un changement des moyens ou s'il traduit un changement de la situation locale

L'évaluation des ressources institutionnelles exige plus encore la participation des professionnels. Les professionnels sont les mieux placés pour connaître les limites de leur action. Il peut être nécessaire d'avoir recours à des audits externes, en particulier dans les cas de dysfonctionnements graves, mais pour identifier les ressources mobilisables dans leur service, ainsi que les obstacles dans l'accès aux autres services, le témoignage des professionnels est indispensable.

Lorsque des associations d'habitants participent au diagnostic, elles rendent compte de ce que les habitants vivent au quotidien. Elles ont contraint les pouvoirs publics et les services à prendre en compte les comportements qui alimentent le sentiment d'insécurité. Ces associations sont aussi amenées à comprendre le fonctionnement des services, les limites de la répression, les difficultés de l'accès aux soins, l'utilité du développement de l'offre de services.

Le partenariat est aussi nécessaire à l'analyse de la situation qu'il est nécessaire à l'action.

Le diagnostic partagé est la condition pour que les actions soient acceptables par les partis en présence et pour que les professionnels adhèrent aux nouveaux objectifs.

#### **4.4. Pré-diagnostic et définition des objectifs**

La confrontation du point de vue des acteurs en présence doit aboutir à un pré-diagnostic. Celui-ci doit identifier :

- [.] Ce qui fait consensus parmi les partenaires et ce qui fait débat
- [.] Ce qui est connu et ce qui exige une enquête approfondie ou un complément d'enquête, que ce soit auprès d'usagers de drogues ou auprès de leur environnement.

Les objectifs du diagnostic seront définis sur la base de ce pré-diagnostic. La connaissance du phénomène est cumulative, elle est fonction des actions et des recherches déjà menées

Lorsqu'on sait peu de choses sur les usagers de drogues de la ville, le diagnostic local doit avoir des ambitions modestes. L'objectif doit être opérationnel : il faut alors identifier les ressources en fonction des besoins, par exemple :

- [.] Identifier les populations qui doivent être la cible privilégiée des interventions
- [.] Identifier l'offre de service qui permet d'entrer en relation avec les usagers de drogues
- [.] Identifier les acteurs confrontés à des usagers problématiques : habitants, services hospitaliers, équipements municipaux; faire une typologie des comportements violents ou délinquants.
  - >> Le pré-diagnostic peut aboutir à :
- [.] La création d'outils qui permet d'approfondir la connaissance du problème, par exemple :
  - >> Création d'une équipe de rue (outreach) intervenant dans les rues, les squats, où les usagers se rencontrent et chargée de décrire les prises de risques et les besoins.
  - >> Création d'une équipe de médiation intervenant à la demande des habitants.
- [.] L'analyse de données statistiques ou d'observation dans les services :
  - >> Recueil et analyse des plaintes
  - >> Analyse des situations à l'origine des demandes dans les services d'urgence
- [.] La création de dispositifs réunissant l'ensemble des données, par exemple :
  - >> Observatoire local des consommations de drogues
  - >> Mise au point d'un système d'alerte précoce pour identifier les nouveaux usages et les nouveaux risques
  - >> Tableau de bord du suivi des actions, évaluation des effets et impacts, réorientation des actions
- [.] Des enquêtes portant sur des objets spécifiques, par exemple :
  - >> Observation qualitative d'un site, d'une population ou les interrelations des groupes en présence
  - >> Enquête épidémiologique sur les comportements à risques
  - >> Étude de trajectoires socio-judiciaires
  - >> enquête d'opinion, de satisfaction.

Les objectifs du diagnostic sont fonction des moyens qui peuvent être mobilisés :

- [.] Un système d'alerte, un observatoire local, un tableau de bord pour le suivi des actions exigent un investissement important qui se justifie dans les grandes pour

capitaliser l'expérience acquise. C'est souvent en cours de route que ces outils se révèlent nécessaires. Il en est de même des enquêtes d'opinion ou des enquêtes épidémiologiques.

- [.] Lorsqu'il s'agit de traiter l'information existante dans les services, les compétences requises participent de la gestion de projet. Le coordinateur du partenariat peut être en mesure de recueillir l'information.
- [.] Lorsque des recherches complémentaires s'avèrent nécessaires, il faut faire appel aux compétences spécifiques : consultation d'experts, appel à un cabinet.
- [.] Des conventions peuvent être signées avec différents organismes de recherche, nationaux ou régionaux, avec l'Université, avec des écoles de formation professionnelle (travailleurs sociaux, santé publique).
- [.] L'expérience antérieure des villes européennes est précieuse. C'est dans ce cadre qu'ont été acquises les compétences utiles. Des échanges d'expériences, des visites de ville sont également souhaitables. Une ville comme Charleroi<sup>9</sup> en Belgique a su développer ce type d'échanges à l'échelle européenne et en tirer partie.

Il est illusoire d'espérer que la démarche de diagnostic soit entièrement déléguée à un consultant extérieur dans la mesure où peu de consultant peut se prévaloir de l'ensemble des compétences requises :

- [.] Compétences généralistes en sciences sociales (sociologie, économie dont particulièrement économie souterraine, criminologie) épidémiologie, recherche en santé publique
- [.] Connaissances spécifiques à la question des drogues; capacité à construire des relations de confiance avec les usagers de drogues pour une approche ethnographique.
- [.] Expérience de la conduite d'évaluation dans les institutions et services
- [.] Maîtrise des techniques qualitatives, entretiens individuels, entretiens de groupe et travail de terrain

#### **4.5. Le contexte de l'usage de drogues**

Le recueil des informations portant sur un territoire donné, ville ou quartier, doit prendre en compte le contexte défini par :

(9) Voir fiche sur le site [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

#### **..... 4.5.1. Le contexte économique social et culturel du territoire**

Les consommations de drogues n'ont pas les mêmes caractéristiques selon qu'elles apparaissent dans un contexte de crise économique et sociale, dans des villes frappées par la désindustrialisation ou au contraire dans un contexte de développement économique. Les caractéristiques sociodémographiques, les relations familiales, la mobilité et les migrations ont des incidences sur les modes de consommation. Le tourisme, les villes portuaires, les villes situées à une frontière nationale créent des contextes particuliers. Les routes du trafic, ses formes d'organisation sont aussi des déterminants de la situation.

Au niveau local, on peut aussi solliciter des diagnostics produits par différentes politiques publiques qui ne portent pas spécifiquement sur la question des drogues mais qui peuvent contribuer à comprendre son cadre : Diagnostic sécurité, logement social, échec scolaire, suicides des jeunes, délinquance des mineurs etc.

#### **..... 4.5.2. Les caractéristiques nationales ou régionales de la consommation de drogues**

De nombreuses informations sur les drogues sont collectées en Europe au niveau national dans 15 centres d'information ou Point focaux nationaux regroupés dans le réseau REITOX.<sup>10</sup> Cette information est le plus souvent collectée au niveau régional par des centres d'information ou des centres de recherche qui sont en mesure d'évaluer l'ampleur du phénomène et les évolutions.

Ces informations comprennent :

- [.] Le traitement des statistiques issues des services répressifs et des services relevant de la santé
- [.] Des enquêtes de consommation en population générale
- [.] Des recherches spécifiques qui peuvent porter sur les modes de consommation, les prises de risques, la santé des usagers de drogues. La délinquance associée à l'usage, l'organisation du trafic, l'incarcération des usagers sont également étudiées dans quelques recherches.

Les enquêtes nationales ou régionales donnent un cadre qui permet d'identifier les spécificités locales : la mortalité par overdose est-elle plus importante ? Le nombre de patients pris en charge est-il plus élevé ou inférieur ? Quelles spécificités en matière de produits consommés, de saisies de drogues ?

(10) Information disponible sur le site de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies : [www.emcdda.europa](http://www.emcdda.europa).

#### ..... 4.5.3. L'histoire des drogues dans le territoire

L'histoire de la ville face aux drogues est une autre donnée qui détermine le contexte dans lequel le dispositif municipal est mis en place. Cette histoire locale détermine une part des représentations et des attitudes, elle détermine les ressources actuelles et en partie, celles qui peuvent être mobilisées.

En Europe de l'Ouest, il est peu de villes qui n'aient déjà une histoire ancienne avec les drogues. Si l'histoire précise des consommations de drogues illicites est mal connue, on sait par contre quand le problème est devenu public : un fait-divers, une rave ou free-party, un squat a fait scandale. Les médias locaux peuvent témoigner de cette histoire. Il peut y avoir aussi des traces des problèmes dans les permanences des élus, des gestionnaires du logement social, les plaintes au commissariat. Connaître l'histoire locale, c'est aussi connaître les initiatives qui ont déjà été impulsées, les débats qu'elles ont ou non suscités, les résultats obtenus, échecs ou réussites.

Les traces – articles de journaux, comptes-rendus de réunions municipale, ouverture ou fermeture de service ou ONG – doivent être confrontées au témoignage des acteurs.

#### 4.6. Évaluation quantitative

Combien y a-t-il de toxicomanes dans la ville ? Combien sont exclus des soins ? Combien de jeunes usagers ont-ils recours à l'injection ? Quels actes délinquants sont associés à l'usage ? Quelle est la fréquence de ces actes ? Combien d'habitants en sont victimes ? L'évaluation quantitative est au coeur du débat public. Pour comptabiliser, il faut savoir ce qu'on comptabilise. La comptabilisation selon le type de produit consommé (cannabis, alcool, médicaments psychotropes, drogues de synthèse, cocaïne, héroïne) ne rend pas compte du nombre d'usagers problématiques pour leur environnement. De plus, un usager problématique dans son environnement n'est pas nécessairement un usager problématique en termes de santé. L'évaluation chiffrée n'est pas impossible, mais elle implique que de nombreux services et ONG soient en relation avec les usagers de drogues et que le recueil d'information soit fiable : les statistiques des services répressifs et des services de soins spécialisés ne sont pas suffisantes pour une évaluation satisfaisante. L'évaluation quantitative exige la mobilisation de moyens spécifiques.

Nombre de grandes villes en Europe de l'Ouest ont entrepris d'évaluer le nombre d'usagers problématiques. Du milieu des années 80 à aujourd'hui, des progrès considérables ont été obtenus.<sup>11</sup> Outre le recueil des statistiques issues des services, différentes techniques sont utilisées pour une estimation locale des usages problématiques (héroïne, cocaïne). Ainsi la technique dite «capture/recapture» a été utilisée dans plusieurs villes européennes.<sup>12</sup> Le traitement de cette infor-

mation non standardisée relève d'une démarche de recherche. De même, il est possible d'évaluer le nombre d'usagers qui fréquentent une scène ouverte en confrontant les données des différents services intervenant sur le site. Outre les données recueillies par les équipes de proximité, une recherche complémentaire sur les usagers fréquentant le site est nécessaire. À Rotterdam, le nombre des usagers problématiques est évalué à 700 mais cette évaluation a pu être menée après des années d'intervention et de recherche.

L'évaluation chiffrée ne doit pas être un préalable à l'action. Par contre, il est indispensable d'identifier les indicateurs quantitatifs, d'améliorer le recueil de données et d'en assurer le suivi au cours des actions. Toutes les données contribuent à une amélioration de la connaissance de la situation, elles contribuent aussi à une évaluation des résultats.

Les principales sources d'information existantes sont :

- [.] les statistiques issues des services : Qu'il s'agisse de la police ou des services de soin, les statistiques comptabilisent l'activité des services. La progression ou la diminution d'une année à l'autre des interpellations ou du nombre des patients est d'abord fonction des moyens alloués (plus ou moins de personnel) ainsi que de la qualité du recueil. C'est seulement à moyens constants que l'évolution d'une année à l'autre peut être un indicateur de l'évolution de la situation. Dans les services non spécialisés comme les hôpitaux généraux et les services sociaux, il peut aussi y avoir un recueil des données sur les usagers de drogues pris en charge, mais les informations sont souvent moins précises. Améliorer le recueil des informations dans ces services peut être un des objectifs assignés aux partenaires.
- [.] Enquêtes portant sur l'état de santé : Le sida et les hépatites ont donné lieu à de nombreuses études. En Europe de l'Ouest, les prises de risques des usagers de drogues ont également été étudiées (injection, sniff). Les autres pathologies sont très mal connues. Les troubles psychiques ne sont évalués que dans quelques études cliniques. Les overdoses ne sont pas comptabilisées de la même manière dans tous les pays. Elles ne rendent compte que de façon partielle de la mortalité. Les autres causes de mortalité sont mal connues dans la plupart des pays européens. Des indicateurs indirects tels que la vente de seringues ou la vente de médicaments de substitution peuvent contribuer à une évaluation chiffrée.
- [.] Enquêtes de consommation en population générale : plusieurs enquêtes sont menées dans les pays européens sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis (population générale, jeunes scolarisés). Les enquêtes en population générale ne portent pas sur les consommations des autres drogues illicites, trop

(11) Voir une comparaison de villes européennes : Ruud BLESS, *Etude multi-villes*, Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, 2002.

(12) Pour la France, voir Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, *Etude multi-centres Lens, Lille, Marseille, Nice, Toulouse*, 2001.

clandestines et trop marginales comme c'est le cas de l'héroïne ou de la cocaïne. Les données qualitatives sont nécessaires pour comprendre la signification de l'usage, en particulier pour les consommations les plus clandestines. Les données quantitatives sont indispensables pour analyser les statistiques des services. Ces données qualitatives existent sur quelques sites. Elles peuvent être recueillies soit dans le cadre de recherches ethnographiques, soit par ses équipes de réduction éventuellement avec le soutien de chercheurs.<sup>13</sup>

#### 4.7. Analyse des besoins et des ressources

Quels sont les usagers en relations avec les services ? Quel est leur profil sociodémographique ? Quel est le type d'usage ? Quelles sont les prises de risques ? Quels sont les services offerts ? Quel est l'accès aux services ? Comment évaluer la qualité de service ? Au niveau local, l'information existante, c'est d'abord l'information produite par les bilans annuels d'activité des services qui interviennent dans le champ des drogues

Analyser l'information issue des services a une double fonction :

- [.] Réunir et confronter les informations disponibles sur les usagers connus; identifier les manques
- [.] Identifier les services rendus; identifier les limites (difficultés de l'accès aux soins, demandes non prises en compte, identification des causes des ruptures de soin, etc.).

Chaque service est en relation avec une part de ceux qui consomment des drogues illicites sur un territoire donné. Ces populations ne se recoupent que partiellement et l'information sur les besoins est partielle. Pour interpréter ces informations, il faut connaître le fonctionnement des services, leurs missions, les pratiques professionnelles.

La population des usagers de drogues est mieux connue dans les villes où il existe des actions de réduction des risques. Dans les quartiers, en milieu festif, les équipes de proximité entrent en relation avec des usagers de drogue qui ne sont pas connus des autres services. Malgré tout, leur connaissance de la population reste elle aussi partielle, elle dépend du service offert. Bien des questions restent en suspens. Ainsi, les programmes d'échange de seringues sont bien souvent en relation avec des usagers de drogue de plus de trente ans. Est-ce que les plus jeunes ont renoncé à l'injection ou bien est-ce ces jeunes refusent d'être identifiés comme «toxicomane» ?

Les services et associations qui ne sont pas spécialisés dans le domaine des drogues peuvent être en relation avec des usagers de drogues dont les besoins n'ont pas été identifiés. Une des difficultés tient à ce que ces équipes non spécialisées n'ont pas

les outils pour recenser ceux qui consomment des drogues. Ces services ont néanmoins une expérience qui est indispensable à l'analyse des besoins.

#### 4.8. Enquêtes exploratoires complémentaires

Ces enquêtes exploratoires sont menées après analyse de l'information existante, elles sont menées en temps limité (de quelques semaines à quelques mois). L'information recueillie est nécessairement partielle. Elle doit aboutir à la formulation d'hypothèses de travail nécessaires à la définition des objectifs d'actions.

Les enquêtes complémentaires peuvent porter sur des usagers de drogues en relation avec des services ou associations, par exemple :

- [.] Profil des usagers de drogues qui sollicitent un service d'urgence; motifs des demandes; réponses données
- [.] Analyse des situations conflictuelles dans les services (hébergement, insertion, équipements)
- [.] Profil des usagers incarcérés; motif des incarcérations. Profil des usagers récidivistes et motif des ré-incarcérations.

Les enquêtes complémentaires portent surtout sur des usagers de drogues hors institution, dans le contexte de vie.

La démarche est qualitative. Les enquêteurs doivent être mesurés d'établir des relations de confiance avec les usagers de drogues. Ces dernières années, ces compétences et savoir-faire ont été acquis dans le cadre d'actions de proximité (outreach) menées sur le terrain par les équipes de réduction des risques souvent en association avec des chercheurs.

Les actions de prévention du sida mises en place dans des contextes très différents exigent d'identifier les outils nécessaires à l'implantation des services : comment entrer en relation avec les usagers de drogues ? Quels services répondent à une demande ? Quels besoins de santé sont prioritaires ? Aussi une méthodologie d'enquête rapide (rapid assessment) a été élaborée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et l'ONU-Sida dans la lutte internationale contre le sida.<sup>14</sup>

La méthodologie utilisée pour pénétrer le terrain fait appel à des informateurs-clé. Les informateurs clé sont ceux qui, par leur rôle ou leur expérience, sont à même de fournir des informations précises et documentées sur les usagers de drogue d'un site.

(13) Voir le dispositif TREND en France : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

(14) Voir les "Rapid Assessment and Responses guides" disponibles sur [www.who.int](http://www.who.int)

Ce peut être aussi bien un médecin, un éducateur, un militant associatif, ou encore un membre de la famille, un habitant, un gardien d'immeuble. Ces acteurs sont en mesure de jouer un rôle de médiation parce qu'ils ont pu établir des relations privilégiées avec des usagers de drogues. La qualité des informations recueillies est d'autant meilleure que des usagers de drogues sont intégrés dans le groupe des informateurs-clé.

Ces informateurs-clé peuvent être sollicités pour l'analyse qu'ils font de la situation dans des entretiens individuels ou dans le cadre de groupe de travail. La constitution de groupe permet de confronter leur analyse des problèmes, besoins des usagers, relations avec l'environnement

Ils peuvent aussi être formés pour mener des entretiens auprès des usagers de drogues. Ces enquêteurs peuvent être formés pour explorer une question précise, par exemple, accès aux soins, réponses en situation de crise, relations entre usagers de drogue et habitants, offre de service répondant à une demande des usagers.

Associés à la démarche de diagnostic, les informateurs-clés pourront ultérieurement être associés au suivi des actions.

#### **4.9. De l'analyse locale à la définition des priorités**

Le diagnostic fait souvent apparaître :

- [.] Le manque de cohérence entre santé publique et sécurité : les policiers se retrouvent seuls en première ligne dans la rue; ils ne sont pas en mesure d'orienter les usagers interpellés dans le système de soin; il n'y a pas de réponses alternatives au traitement pour les usagers qui ne sont pas dépendants. Les usagers de drogues qui investissent les espaces publics ou privés sont souvent en grande exclusion; ils n'ont pas d'accès à l'hébergement, pas d'accès au système de soins. Le déficit de réponses médico-sociales à la sortie de prison contribue à la rechute et du point de vue la loi, à la récidive. La crainte de la répression fait que les usagers n'osent pas solliciter les services dans les situations de crise, lors d'une overdose. La peur d'une fermeture administrative fait obstacle à la prévention dans les night-clubs.
- [.] L'absence de liaison entre les services médicaux et sociaux : il n'y a pas de suivi après admission dans un service d'urgence. Il n'y a pas de réponses sociales pour les usagers en traitement médical. Il n'y a pas réponses en situation de crise.
- [.] L'absence de concertation avec les habitants, le manque d'information sur les drogues et la dépendance fait que les habitants ne comprennent pas pourquoi les usagers qui leur posent des problèmes ne sont ni en traitement ni incarcérés. La sécurité des personnes vulnérables, par exemple les personnes isolées, les personnes âgées ou handicapées, n'est pas prise en compte. La non-prise en compte des besoins sociaux des habitants précarisés fait qu'ils ne comprennent pas que les pouvoirs publics puissent se soucier des besoins des toxicomanes.

[.] Il n'y a pas réponses pour les jeunes usagers de drogues : la difficulté tient en grande part aux attentes et aux représentations très différentes qu'ont les acteurs en présence, jeunes, communauté éducative, services répressifs, professionnels de santé, familles et habitants. Le statut du cannabis est au cœur du débat, tandis que les abus d'alcool sont souvent passés sous silence. La consommation de cannabis est banalisée pour les jeunes usagers alors qu'elle inquiète les familles. Les prises de risque sont mieux connues depuis que des équipes interviennent en milieu festif comme les teknivals mais les comportements à risque sont rarement décrits dans le contexte de vie, au sein des familles ou avec le voisinage. Les regroupements de jeunes peuvent être à l'origine de conflits de voisinage qu'ils soient ou non liés au trafic. Lorsque des usages problématiques sont identifiés, le relais avec le système de soin se fait d'autant plus difficilement qu'il n'y a pas de traitements médicaux pour le poly usage associant alcool, médicaments et drogues illicites. Il en est de même des drogues stimulantes comme la cocaïne dont la progression est observée dans la plupart des villes européennes

[.] Des populations particulières ne sont pas prises en charge ou le sont partiellement : usagers en grande exclusion, migrants, jeunes en errance, mineurs dont particulier très jeunes filles, mère-enfant.

[.] Des événements ou des contextes particuliers modifient à la fois la demande et l'offre de drogues : il peut s'agir d'évènements culturels, festival, concerts, teknival ou de changements périodiques liés au tourisme, plage en été, sport d'hiver. La demande de drogues y est spécifique, elle exige des actions ponctuelles. Dans les villes situées aux frontières du pays, dans les ports, ce sont les routes du trafic qui peuvent influencer sur la demande de drogue.<sup>15</sup>

Le diagnostic local ne suffit pas à déterminer le choix des priorités de l'action locale qui relèvent d'un choix politique, mais il identifie la nature des problèmes en fonction des ressources. Reste à déterminer l'importance relative de ces problématiques en termes de sécurité, de santé et de cohésion sociale.

(15) Voir publication Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Les parcours transfrontaliers en matière de drogues*, 1998



# 05

## La construction d'une stratégie locale

### 5.1. La prise en compte de la cohésion sociale

La hiérarchisation des objectifs dans une programmation locale est fonction de l'importance des problèmes. La sécurité d'un côté, la santé publique de l'autre, ont leurs indicateurs propres pour évaluer l'importance des problèmes. La prise en compte de la cohésion sociale modifie la hiérarchie des objectifs de chaque champ :

- [.] Si la délinquance des jeunes provoque un sentiment d'insécurité qui va bien souvent au-delà de la gravité des actes, c'est que les relations intergénérationnelles sont un des fondements de la cohésion sociale.
- [.] La santé publique définit ses priorités à partir des taux de mortalité et de morbidité. La prévention du sida et des hépatites est une priorité de santé publique, mais l'exclusion des soins d'une population très minoritaire peut avoir des conséquences sociales sans commune mesure avec le nombre des personnes concernées. C'est particulièrement le cas des graves troubles psychiatriques ou de la grande exclusion.

Pour les villes, il importe de prendre en compte le retentissement des problèmes de santé et de sécurité sur la cohésion sociale. Intégrer la politique des drogues dans une politique de cohésion sociale, c'est prendre en compte le bien-être de tous, un accès égal aux ressources disponibles, le respect de la diversité, l'autonomie personnelle et la participation des citoyens. Ces différents objectifs sont autant d'indicateurs de cohésion sociale identifiés par le Conseil de l'Europe.<sup>16</sup>

La prise en compte de la cohésion sociale s'est révélée particulièrement importante dans les programmations locales face aux scènes ouvertes. À Oslo, à Frankfort, à Londres, la lutte contre la criminalité et le trafic a été renforcée, mais tous ces sites, les réponses répressives ont été associées à des stratégies d'action sociale. À Amsterdam, des alternatives de soin et d'insertion sociale sont présentées systématiquement aux usagers de drogues interpellés. À Zurich, l'évaluation de l'action municipale aboutit à la même conclusion : « Toute action isolée des forces de police qui n'a pas le soutien des services de santé et des services sociaux est vouée à l'échec ». La recherche de l'équilibre entre le droit des personnes et le droit des communautés se négocie avec la participation des habitants, dans le dialogue avec les services de police, mais plus largement aussi dans le développement d'actions communautaires.<sup>17</sup>

(16) Voir publication : Conseil de l'Europe, *Guide Méthodologique pour l'élaboration des indicateurs de Cohésion Sociale*, 2005

(17) Voir conclusions; Johnny Connolly, Pommidou Group, *Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance – Towards a partnership approach*, 2006

Les objectifs de cohésion sociale doivent être pris en compte dans la programmation des actions de réduction des risques :

- [.] Les besoins sociaux doivent être pris en compte : l'accès à l'hébergement peut éviter que des usagers de drogues squattent des espaces privés de nuit. L'insertion socio-professionnelle donne une réelle alternative aux usagers de drogues marginalisés.
- [.] L'accès au traitement de substitution doit être facilité : stabilisé, l'usager rétablit ses relations avec sa famille et son environnement.
- [.] Les situations particulières doivent être prises en compte : les jeunes femmes enceintes ou mère, les minorités, les garçons et filles qui se prostituent, les jeunes en errance, les squatters.

## 5.2. Objectifs et axes d'intervention

Les actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues relèvent de la santé publique. L'objectif général est la protection de la santé de l'usager. Même s'il continue de consommer des drogues, l'usager doit avoir accès aux outils de prévention, il doit pouvoir se soigner. Cet objectif de santé publique peut contribuer à la sécurité et à la cohésion sociale dans la mesure où la relation établie avec l'usager dans le contexte de vie permet de travailler à sa réinsertion dans le dispositif institutionnel et dans son environnement.

La protection de la santé des usagers de drogues est garantie dans le cadre d'une démarche dont chaque étape a ses objectifs propres :

- [.] Améliorer la connaissance de la situation : adapter les réponses de santé à la réalité des prises de risques implique de connaître le contexte de l'usage, les différents profils des usagers, les différentes prises de risques, l'interaction entre les besoins sanitaires et les besoins sociaux. Une action adaptée au contexte implique de connaître les personnes elles-mêmes ainsi que leurs relations avec l'environnement.
- [.] Améliorer l'offre de service : selon les problématiques, l'action locale devra privilégier l'amélioration la qualité de l'offre, le développement des compétences des professionnels, la liaison entre les services pour mettre les ressources en synergie, le développement de prises en charge en réseau
- [.] Adévelopper de nouveaux services en direction des usagers de drogues : ces nouveaux services viennent en complément de l'existant. Ils sont nécessaires pour la protection de la santé de l'usager dans le cadre de vie ou encore pour entrer en relation avec des usagers exclus des soins. L'expérimentation de nouvelles réponses peut être nécessaire pour les besoins non couverts.
- [.] Développer la participation et la responsabilité des acteurs en présence : familles, jeunes, voisins ou riverains, militants associatifs, tous peuvent contribuer à l'identification des problèmes et à la recherche de réponses. Pour exemple, la ville

de Ljubljana<sup>18</sup> (Slovénie) développe des séminaires de formations destinés aux parents afin de les aider à gérer les conduites à risques.

Dans chacune des dimensions de l'action, les objectifs généraux doivent se traduire en objectifs opérationnels avec des cibles précises.

Les villes européennes qui ont fait face aux scènes ouvertes ont mis en place des Plans d'Actions municipaux avec des objectifs quantifiés sur chacun des axes de l'action, par exemple, mettre fin au recrutement de nouveaux usagers sur la scène ouverte (Oslo), veiller à ce que les quartiers voisins ne subissent pas les conséquences de l'action menées dans le quartier de la Gare (Heerlen), protéger l'environnement des écoles (Vienne), augmenter le nombre d'usagers en traitement (Leeds). Tous ces objectifs peuvent être évalués avec des indicateurs précis.<sup>19</sup> La ville de Matosinhos<sup>20</sup> (Portugal) implique les habitants dans la conception de leur Plan d'Action.

## 5.3. Les services de réduction des risques dans le contexte local

Selon le contexte, une programmation locale peut être amenée à privilégier un des axes d'intervention, mais chacun des axes d'intervention exige des moyens propres qui doivent être pris en compte dès le début d'une action.

Les actions de réduction des risques mises en place par des acteurs issus de la société civile répondent souvent à des objectifs limités qui sont fonction des acteurs mobilisés : distribution de seringues, accès aux seringues, maintien des patients dans un service hospitalier, appel à la responsabilité de l'usager pour la reconnaissance de ses droits, protection de la mère et de l'enfant. Lorsque l'action s'inscrit dans un cadre municipal, les premières actions doivent prévoir le développement ultérieur de l'action.

Une équipe dont la première mission est d'explorer le terrain doit être en mesure de proposer quelques services. C'est ce qui lui permettra d'entrer en relation avec les usagers de drogues. C'est dans l'action qu'elle sera en mesure de proposer des outils de prévention adaptés à la prise de risques. Si elle doit évaluer les nuisances, elle doit être en mesure de mener quelques actions de médiation. C'est dans l'action qu'elle pourra évaluer les conséquences de l'usage pour l'environnement. L'accompagnement des usagers de drogues dans les services lui permettra d'identifier les obstacles aux soins. C'est dans l'action que les besoins sanitaires et sociaux pourront être identifiés.

(18) Fiche disponible sur [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

(19) Connolly, 2006, op. cit.

(20) Fiche disponible sur [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

Les services de réduction des risques sont des services de 1ère ligne, également définis comme “services à bas seuil” ou “à bas niveau d'exigence” (low threshold) parce qu'ils s'adressent à des usagers de drogues sans exiger d'eux qu'ils renoncent à leur consommation. Ils répondent à des besoins immédiats de protection de la santé : outils de prévention adaptés à la prise de risques selon le type d'usage (sida, hépatites, risques sexuels), réponses de santé primaires (soins infirmiers, réponses sanitaires en urgence, situation de crise).

Selon le glossaire de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies, les objectifs de l'approche de réduction des risques sont de réduire l'incidence des infections liées aux drogues et des overdoses, et d'encourager les usagers de drogues à contacter les services socio-sanitaires.

Les services sont proposés à l'utilisateur : en matière d'usage de drogues comme en matière d'insertion, il lui appartient de faire des choix. L'utilisateur doit être respecté, Les services doivent être selon les Anglais «user's friendly», c'est-à-dire accueillant et chaleureux, avec une prise en compte individuelle de l'histoire de chaque personne. Le respect de l'environnement est exigé en retour. Responsabilité et solidarité sont les termes de l'échange.

Une gamme de services a été expérimentée : hébergement d'usagers non désintoxiqués, traitement de la dépendance sans exiger d'abstinence, BUS méthadone délivrant le traitement dans le contexte de vie. Cette gamme des services peut comprendre des expérimentations comme la prescription d'héroïne ou l'ouverture de salles d'injection ou de consommation proposés en Espagne, en Allemagne, aux Pays-Bas.

Deux types de services sont en mesure de jouer un rôle-clé dans un dispositif local :

- [.] Les équipes de proximité - Ces équipes sont dites d'outreach parce qu'elles vont à la rencontre des usagers de drogues hors institution. Elles interviennent dans le contexte de vie des usagers des drogues, dans les quartiers, dans les rues, dans les squats ou bien en milieu festif, dans les boîtes de nuit, dans les teknival, dans les concerts.
- [.] Les accueils - Ces accueils offrent une gamme de services plus ou moins larges à des usagers exclus des soins : espace de repos et de convivialité, accès aux outils de prévention, soins infirmiers, hygiène avec douches, machine à laver. Des projets de soins et d'insertion peuvent être élaborés. Dans les dispositifs locaux, ce sont souvent les premières actions menées dans la mesure où elles permettent d'identifier les besoins nécessitant le développement de nouvelles actions.

Les équipes de proximité et les accueils peuvent être associés selon différentes modalités. Les accueils peuvent être plus ou moins mobiles («chill out» ou aire de repos dans les raves et free-parties, camping car ou BUS dans les quartiers). Ces services peuvent intervenir de jour et/ou de nuit, sur un territoire précis ou auprès d'une population particulière.

#### 5.4. L'organisation des services dans une approche intégrée

L'intégration des objectifs de santé publique, de sécurité et de cohésion sociale a plusieurs conséquences.

##### ..... 5.4.1. Conséquences dans l'offre de services :

La gamme des services offerts sur place doit être réfléchie. Faut-il, par exemple, ouvrir des droits sociaux dans un accueil ? Faut-il distribuer au quotidien un médicament ? L'urgence du besoin est un des critères. Ce n'est pas le seul :

- [.] Du côté de l'utilisateur, les services offerts doivent favoriser l'entrée dans un processus de soin et d'insertion. Ils doivent contribuer à la responsabilisation.
- [.] Dans les services, ils doivent jouer un rôle de relais en favorisant l'adaptation et la mobilisation des ressources existantes.

Les actions doivent être conçues comme des ponts en direction des services de droit commun. Le choix des services offerts sur place ou en relais doit être réfléchi dans une stratégie d'accès aux soins et aux services.

Face à un problème d'hébergement, une équipe peut solliciter les services sociaux partenaires et définir avec eux à quelles conditions les usagers de drogues pourraient être acceptés, par exemple avec une prise en charge thérapeutique. À défaut d'un accès possible à l'hébergement social, il peut être nécessaire de mettre en œuvre un projet spécifique comme des «sleep in», réservés aux usagers de drogues. Ces projets spécifiques doivent être l'occasion d'identifier les bonnes pratiques qui devront ensuite être diffusées auprès des partenaires.

Les obstacles dans l'accès aux soins doivent être identifiés et transmis aux partenaires. Certaines questions sont récurrentes. L'accès au traitement est particulièrement problématique pour

- [.] Les troubles psychiatriques
- [.] Les problèmes d'alcool, les poly-usages
- [.] La question de l'injection
- [.] L'usage de crack, de cocaïne et autres stimulant

Les réponses adaptées à ces nouvelles problématiques exigent le recours à des actions expérimentales. La démarche d'expérimentation est d'autant plus nécessaire que les profils des usagers, les modes d'usage, les prises de risques sont en constante évolution. L'évolution des situations locales implique une organisation souple, ouverte sur l'environnement, en mesure de s'implanter dans de nouveaux sites et d'adapter les réponses aux nouvelles prises de risque.

Les objectifs et les moyens doivent être réévalués régulièrement en cours de route pour répondre aux évolutions du terrain.

#### ..... 5.4.2. Conséquences dans la formation des équipes

Les équipes insérées dans le tissu local exigent des compétences multidisciplinaires : connaissance des usages et des risques, des pathologies, connaissance du contexte de l'usage, de la culture de la rue aux sociabilités locales, capacité à entrer en relation, apporter un soutien et aider aux changements de comportement (counselling), capacité à gérer les situations de crise, à assurer un contrôle des actes délinquants et du trafic. La mobilisation des ressources de la ville exige une connaissance du fonctionnement des services. Avec l'environnement, l'équipe doit être en mesure de faire des actions de communication et de mener des actions de médiation.

La composition des équipes doit prendre en compte toutes les dimensions de l'action. La confrontation des expériences professionnelles et des expériences de vie d'acteurs connaissant le contexte de l'usage de drogue peut contribuer à développer les savoirs et savoir-faire propres à la réduction des risques. L'implication des usagers de drogues de même que l'implication des partenaires et de membres de la communauté locale doit être recherchée dans une démarche de santé communautaire. Les différentes modalités de coopération dépendent du contexte : personne-relais, réseaux, bénévolat.

Dans le cadre du projet Démocraties, Villes et Drogues, le réseau T3E-UK a réalisé un guide concernant l'implication des minorités ethniques dans les partenariats qui prend également en compte l'importance pour les équipes d'être représentatives des minorités ethniques<sup>21</sup>

La cohésion de l'équipe repose sur le partage de l'expérience de chacun d'une part, sur des objectifs communs de changement d'autre part.

La constitution d'une équipe multidisciplinaire implique d'attacher une importance particulière à tous les outils qui peuvent contribuer à sa cohésion :

[.] Temps de régulations : ils doivent être au moins hebdomadaires. Des transmissions quotidiennes sont également indispensables pour des acteurs intervenant sur le même terrain

[.] Groupes de travail : situation clinique, situation de crise, groupe particulier (fem-

mes, mineurs, famille, etc.). Ces groupes de travail peuvent être spécifiques à l'équipe mais l'expertise de partenaire doit être sollicitée

[.] Supervision : soutien à l'équipe, développement des compétences, gestion des conflits

[.] Formation : Les formations doivent contribuer à une culture commune sur les questions de drogues. Elles sont aussi l'occasion d'un échange d'expérience..

Les bonnes pratiques doivent être identifiées. Elles doivent être soutenues et valorisées (Voir exemple 6 et 8).

Les actions de réduction des risques exigent un investissement personnel, des compétences variées, la capacité à intervenir dans des contextes chaotiques et à faire face à des situations difficiles dont les conséquences sont souvent imprévisibles. Nombre d'acteurs de réduction des risques n'ont pas de qualification professionnelle, en particulier ceux qui sont issus du terrain, usagers, famille, habitants. La qualification des acteurs doit faire partie intégrante de la gestion de l'équipe. Les trajectoires professionnelles doivent être qualifiées dans une perspective de promotion sociale. A défaut, les équipes deviennent conflictuelles. Faute d'une reconnaissance, les «burn out» sont fréquents dans les services de 1ère ligne. Ils ne sont pas seulement préjudiciables aux personnes, elles mettent en danger la démarche de santé communautaire.

#### ..... 5.4.3. Conséquences dans l'organisation et dans la répartition des tâches

Les tâches doivent être identifiées, le temps et les compétences nécessaires à leur réalisation doivent être définies :

- > Recueil et traitement de l'information nécessaire à l'évaluation de l'action
- > Accès au matériel de prévention
- > Soutien aux usagers
- > Accompagnement individualisé des usagers dans les services
- > Temps de régulations
- > Temps de formation
- > Animation du partenariat
- > Médiation avec l'environnement
- > Soutien aux familles
- > Communication.

Ces différentes tâches sont souvent sous-estimées dans les services de première ligne, en partie parce que les premiers projets ont souvent été impulsés avec des bénévoles, souvent sans qualification professionnelle, en particulier quand ils sont issus du milieu, usagers ou ex-usagers, familles et proches mais la réussite de l'action, en parti-

(21) Guide disponible sur [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)

culier sur le long terme exige le même organisation que n'importe quel services :

- [.] Les responsabilités doivent être définies. Les ressources matérielles et humaines doivent correspondre aux tâches. Elles peuvent être propres à l'équipe ou être sollicitées en relais avec des équipes associées à l'action.
- [.] Les objectifs d'action doivent être quantifiés : nombre d'usagers reçus ou contactés, nombre de suivis à moyen ou long terme, type de services rendus.
- [.] La mobilité et la flexibilité des services impliquent la prise en compte des trajets professionnels : les équipes doivent être qualifiées, elles doivent être en mesure de s'implanter dans d'autres sites, de faire face à de nouveaux usages.

Les instances décisionnaires (comité de pilotage, conseil d'administration) doivent intégrer tous les acteurs en présence : collectivités locales, partenaires, habitants, représentants des bénéficiaires de l'action. Le suivi de l'action doit être régulier. Les difficultés doivent être identifiées. Les bonnes pratiques, les bons résultats doivent être valorisés.

### **5.5. Le partage de l'information**

Le partage de l'information est aussi nécessaire au travail quotidien qu'au partenariat. Donner accès aux services de droit commun, c'est diffuser les connaissances et les pratiques qui favorisent la prise en charge. La connaissance du terrain est tout aussi nécessaire aux décideurs. Une meilleure compréhension de la situation est enfin la condition pour que les bénéficiaires, qu'ils soient habitants, familles ou usagers, parviennent collectivement à faire face aux problèmes. Personne n'est en situation d'avoir une analyse globale de la situation. Les usagers de drogues ne forment pas un groupe homogène. La confrontation des points de vue leur permet de prendre du recul et pour ceux qui participent aux actions, d'entrer dans un processus de qualification.

Le partage de l'information se heurte toutefois à de nombreux obstacles :

#### **..... 5.5.1. Les obstacles techniques**

Recueillir et analyser l'information exige l'acquisition d'une méthodologie. Il convient de préciser quel type d'information peut être recueilli en routine et relève du bilan d'activité, quel type d'information exige une méthodologie particulière d'enquête avec des moyens appropriés.

Les intervenants de terrain acquièrent dans la pratique une expérience qu'ils ne sont pas toujours en mesure de formaliser et de transmettre. Le contexte particulier de l'action des services 1ère ligne fait que les relations sont souvent limitées. Le contact peut être furtif, l'usager ne veut pas être identifié, ou bien il n'a pas

le temps. Le concours d'acteurs extérieurs à l'équipe peut être nécessaire, en formant des personnes-relais dans la communauté au recueil des données ou en sollicitant l'expertise de professionnels expérimentés ou de chercheur.

L'implantation des services doit s'accompagner d'une enquête exploratoire portant aussi bien sur les usagers que leur environnement. Des études exploratoires ponctuelles peuvent se révéler utiles, sur un groupe précis d'usagers (minorités, prostitution, jeunes en errance), ou sur une problématique précises telles que les réponses en situation de crise, les relations familiales. Des recherche-action ou des recherches évaluatives menées parallèlement aux actions expérimentales peuvent aider à formaliser ces nouveaux savoir-faire. Les risques liés à l'usage sont en partie connus de l'usager par la pratique, mais l'évaluation précise du risque sanitaire exige une collaboration avec des chercheurs de santé publique.

Les outils de recueil de données doivent être élaborés en faisant appel aux compétences utiles (santé publique, sociologie, ethnologie, clinique).

#### **..... 5.5.2. Les obstacles organisationnels**

La mise en commun de l'information implique tout d'abord de prendre en compte les exigences propres de chaque service. S'approprier l'information issue du terrain implique d'accepter de modifier ses propres pratiques professionnelles mais aussi d'adapter l'organisation du service aux besoins des usagers. La communication entre les services se heurte aux logiques organisationnelles et aux objectifs propres à chacun des services.

Les services de police craignent des fuites d'information, les services médicaux sont engagés au secret médical, l'approche ethnographique d'activités clandestines implique que la confidentialité soit garantie. La circulation de l'information entre les services se heurte aussi aux traditions : chaque service a tendance à garder jalousement ses informations. Le recueil d'information doit être utilisé dans une stratégie d'action commune (programme judiciaire ou d'assistance volontaire pour le fichier central d'Amsterdam).

#### **..... 5.5.3. Les obstacles d'ordre politique et éthique**

Partager l'information implique de prendre en compte les différentes missions des services. La sécurité de tous est un bien publique, ce qui justifie l'action commune. Les objectifs de l'action seront d'autant mieux partagés que les partenaires parviennent à un consensus sur la situation locale. Le partage d'information sur les cas individuels peut être nécessaire pour répondre à une situation locale, mais doit être négocié avec des règles claires dans la mesure où l'information est limitée par les libertés individuelles.

Face à l'insécurité, au trafic de drogues et à des usagers problématiques, les Pays-Bas et le Royaume Uni ont mis en place un cadre national permettant aux villes d'élaborer des stratégies et des plans d'action fondés sur un partenariat étroit entre police, justice et système de soins. Dans des villes comme Rotterdam (Pays-Bas) ou Leeds (Royaume-Uni), les usagers les plus problématiques sont identifiés, en particulier sur la base des délits et récidives.<sup>22</sup> Un ordinateur central réunit les informations, issues de la police, de la justice et du système de soin. Le recueil des données peut s'élargir à d'autres acteurs, signalement à l'école ou plaintes des habitants.

Les objectifs du recueil d'information doivent être définis. Les outils de recueil (indicateurs quantitatifs, grilles d'observation) doivent être négociés entre les instances décisionnaires et les équipes.

La transmission des informations doit être soumise à des règles déontologiques qui doivent être explicites. Les usagers de drogues doivent être considérés comme des citoyens comme les autres. Le respect des droits est la condition pour obtenir que tous les partenaires contribuent au recueil et à la transmission de l'information.

Chaque acteur, partenaires et bénéficiaires, doit être informé du type de données recueillies et transmises.

Les moyens humains et matériels doivent être en adéquation avec les objectifs :

- [.] Formation des intervenants au recueil d'information,
- [.] Prise en compte du temps consacré à l'observation ou aux entretiens
- [.] Chercheurs associés aux équipes (ethnographie, santé publique, clinique)

## **5.6. Les actions de mobilisation des ressources**

La coopération entre les services n'est jamais aisée ou spontanée. C'est le fruit d'une longue expérience. Pour travailler ensemble, il faut :

- [.] Connaître les missions, les fonctionnements, la culture professionnelle de chacun des partenaires.
- [.] Accepter de modifier les pratiques professionnelles qui font obstacle au travail en commun

(22) Voir rapport : Thierry Charlois, Workshop Report "Drugs & Insecurity", Urbact Programme, SecurCity project, 2005

La coopération entre les services répressifs et les services qui relèvent de la santé ou de la protection sociale ne soulève pas les mêmes problèmes que la coopération des services travaillant dans le même champ.

### **..... 5.6.1. La coopération avec les services répressifs**

Les programmations locales en matière de drogue fixent des objectifs communs aux services répressifs et aux services sanitaires et sociaux : lutter contre les comportements anti- sociaux, les regroupements d'usagers, le trafic de rue, réduire la délinquance associée à l'usage de drogues. Ces objectifs font pleinement partie des missions des services répressifs, police et justice. La sécurité de tous est un bien public qui doit être co-produit par les acteurs en présence mais la contribution des services sanitaires et sociaux doit se faire en respectant leur mission propre.

L'exigence de sécurité resserre l'articulation entre les services répressifs et les services socio-sanitaires.

La coopération entre les services de police et les services de réduction des risques est plus directe qu'avec les services judiciaires dans la mesure où les deux types de services interviennent en première ligne sur le même territoire, dans les quartiers comme dans les événements festifs. Les actions dépendent du contexte :

- [.] Dans l'environnement des services de réduction des risques : la sécurité de tous doit être garantie. Les usagers doivent se rendre dans les services 1ère ligne sans être interpellés pour usage. Les équipes doivent faire appel à la police lorsque les délits et les trafics mettent en danger les acteurs en présence (professionnels, habitants, usagers).
- [.] Dans les postes de police : des consultations doivent être organisées. Les usagers interpellés doivent pouvoir être orientés dans les services. Dans les situations de crise, dans les violences familiales, les services de police doivent pouvoir faire appel aux expertises nécessaires.
- [.] Dans les quartiers : des actions précises des services police (dispersion des usagers de drogues sur un site) peuvent être articulées avec des modalités d'accueils dans les services.
- [.] Dans les événements festifs : toutes les dimensions de la sécurité des personnes doivent être prises en compte. La circulation des participants et des services d'aide doit être organisée. La sécurité sanitaire doit être garantie en fixant les responsabilités de chacun des services.

Plusieurs villes européennes ont élaboré des cadres réglementaires qui articulent l'action des services de justice, de police et de traitement. Ces nouveaux cadres portent en

particulier sur la justice des mineurs, au cœur d'un débat public qui oppose protection de la société et protection des mineurs. Les comportements violents, anti-sociaux, la petite délinquance ainsi que l'implication des mineurs dans le trafic suscitent une demande de renforcement des réponses répressives.<sup>23</sup> Cette opposition tient en partie à des moyens inadéquats en matière de protection, faute de suivis individualisés, de liaison entre les prises en charge successives, faute enfin d'intervention précoce.

La coopération entre services répressifs et services socio-sanitaires répond aux objectifs qui sont communs à chacun des services :

- [.] Garantir la sécurité au quotidien de tous les acteurs en présence
- [.] Offrir des alternatives à l'incarcération
- [.] Réduire le taux de récidive
- [.] Favoriser l'entrée en relation avec le dispositif d'aide le plus précocement possible

Chacun de ces objectifs doit être quantifié dans le cadre d'un projet d'action qui définit les moyens d'action appropriés.

La réduction du taux de récidive exige la mise en place d'un dispositif de suivi des sortants de prison. La réinsertion socioprofessionnelle peut être organisée. A Herleen, (Pays-Bas) dans le cadre de l'opération Hertbeat,<sup>24</sup> le partenariat associe les partenaires institutionnels, les entreprises de transport, l'armée et l'administration pénitentiaire. Avec pour priorité l'adaptation de l'offre de traitement aux usagers les plus problématiques, quelques villes ont mis en place des dispositifs particuliers, comme à Rotterdam où le projet PGA 700<sup>25</sup> cible les usagers les plus problématiques.

#### ..... 5.6.2. Les relations avec les services sanitaires et sociaux de droit commun

Le partenariat entre les services de droit commun et les services qui reçoivent des usagers de drogues se heurte aux représentations sociales d'une part, aux comportements particulièrement problématiques de certains usagers d'autre part.

Dans les services de droit commun, l'usager de drogue a mauvaise réputation, il ne veut pas se plier aux contraintes, il sollicite les services en urgence, on ne peut pas lui faire confiance. De leur côté, les usagers de drogues craignent d'être identifiés. Les conséquences de l'identification sont différentes selon les législations nationales en matière d'usage de drogue et selon les pratiques professionnelles. À minima, les usagers de drogues redoutent le stigmate associé à la toxicomanie. Les

(23) Cf. *Approche locale de la criminalité organisée*, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, 2000

(24) Thierry Charlois, 2005, op. cit.

(25) Thierry Charlois, 2005, op. cit.

mineurs, les femmes enceintes ou mères de famille, celles et ceux qui se prostituent redoutent particulièrement les contrôles sociaux. Les situations doivent être traitées au cas pour cas, en fonction des missions des services.

Avec pour mission l'insertion des usagers exclus des soins, les services de réduction des risques sont en situation de médiation entre les usagers de drogues et les professionnels de santé ou travailleurs sociaux :

- [.] Lorsque le professionnel connaît la situation de l'usager, il est en mesure d'adapter le service aux besoins de la personne.
- [.] L'usager de son côté prend la mesure de l'importance qui est accordée à son évolution. La coopération se construit dans les relations interpersonnelles. Différentes actions peuvent y contribuer :
- [.] Les accompagnements individuels des usagers dans les services
- [.] Les prises en charge conjointes : projet d'insertion ou d'hébergement avec un soutien ou prise en charge thérapeutique
- [.] La mise en place d'actions « passerelles » : lits hospitaliers réservés, projets socio-éducatifs spécifiques
- [.] Les consultations « avancées » : des médecins, des travailleurs peuvent proposer des consultations dans les accueils et favoriser ensuite le lien
- [.] Les groupes de travail clinique sur des situations particulières

#### ..... 5.6.3. Le fonctionnement en réseau, outil privilégié du partenariat

Le fonctionnement en réseau relie des personnes en fonction d'un objectif d'action. Il doit fournir les moyens nécessaires au travail mené en commun :

- [.] Il faut que les partenaires aient une culture commune en matière de drogues : « toxicomane », « drogue », « usage », ces notions n'ont pas la même signification selon les acteurs. La culture commune se construit d'abord dans des pratiques professionnelles communes. Comprendre la situation précise d'un usager de drogue permet au professionnel de santé ou travailleur de social d'adapter ses réponses à la réalité des besoins. L'usager de drogue n'est plus un être mythologique, il devient une personne ordinaire avec des besoins que chacun peut comprendre. La culture commune doit se construire sur un socle commun de connaissances. Au-delà des connaissances dans le champ des drogues, les partenaires d'un réseau doivent connaître les missions propres à chaque service et les cultures professionnelles, nécessairement différentes.

> Objectif : harmonisation des connaissances des acteurs en présence

> Moyens :

- >> Actions de formation : les contenus de formation propres à chaque champ doivent être harmonisés. Des actions de formation commune aux partenaires d'un

dispositif contribuent à l'analyse commune des situations et à l'appropriation des bonnes pratiques..

>> Actions de communication : le dispositif partenarial doit veiller à l'accessibilité de l'information sur les drogues existantes au niveau national ou régional. Le réseau doit aussi produire et diffuser une information sur les usages et les prises de risques constatées sur le terrain. Des actions spécifiques à la municipalité peuvent être mises en place : centre d'information, appels téléphoniques.

[.] Il faut que chacun des partenaires y trouve son intérêt : le réseau doit être utile à chacun de ses membres. Il doit mettre à disposition une information actualisée sur les actions menées, sur les ressources existantes dans le territoire. Il doit offrir un cadre où l'expertise de chacun peut être sollicitée.

> Objectif : mise en synergie des ressources

> Moyens :

>> Animation du réseau : mise à jour et sélection de l'information utile; identification et implication d'acteurs-clé assumant un rôle de relais dans leur champ professionnel

>> Mise à disposition de l'expertise locale : consultations organisées dans les services (services hospitaliers, services sociaux, services psychiatriques). Suivis conjoints des patients difficiles ou prises en charge en relais.

>> Invitation d'experts dans les différents domaines (réduction des risques, dépendance, troubles psychiatriques, prévention).

>> Mise à disposition de moyens matériels, de ressources humaines : secrétariat, outils de communication.

[.] Il faut que les actions du réseau soient valorisées : Les élus locaux doivent apporter un soutien public à l'action de réseau au nom de l'intérêt général. La mise en disposition de moyens au fonctionnement du réseau marque leur engagement. Les services bénéficiaires du réseau peuvent également mobiliser leurs ressources propres : moyens matériels (locaux, matériel), moyens humains (temps dégagé), information interne.

> Objectif : valorisation des services rendus par le réseau

> Moyens :

>> Information sur les actions menées par le réseau dans le dispositif partenarial; prise en compte des actions du réseau dans le bilan d'activité des services partenaires

>> Communication publique sur l'action du réseau. Organisation de journées d'information type «portes ouvertes» ou de rencontres sur des thématiques précises.

## 5.7. De l'information à la participation

La prise de conscience des conséquences désastreuses pour la collectivité des processus d'exclusion n'a rien de spontané. Les actions de participation doivent construire le cadre d'une négociation qui prenne en compte les besoins de chacun, besoins de sécurité, besoins de santé, besoins sociaux dans une perspective de renforcement de la cohésion sociale mais la marge de manœuvre des autorités locales est étroite. La demande de sécurité ne relève pas seulement d'une politique sécuritaire. Elle est fonction de l'ensemble des politiques sectorielles menées au niveau local, de l'éducation à l'urbanisme.

Les objectifs de cohésion sociale ne déterminent pas seulement les objectifs généraux, ils modifient les modalités de l'action, la façon dont les ressources sont mobilisées et les moyens de communication. Les actions font appel à tous les outils qui favorisent la démocratie locale

[.] L'information du public : l'information du public sur les actions menées est la condition du dialogue avec les habitants. L'information doit utiliser tous les canaux de communication, médias locaux, presse municipale, équipements municipaux, dont particulièrement les structures participatives comme les comités de quartier. Les services et associations partenaires doivent également utiliser leurs propres canaux de communication interne et externe.

[.] La consultation : les habitants peuvent être consultés dans le cadre d'organismes préexistants tels que les comités de quartier.<sup>26</sup> Les instances comme les ateliers d'urbanisme, le conseil municipal des jeunes, les représentations d'usagers des services publics peuvent être sollicitées. La consultation peut également construire des cadres spécifiques à la question des drogues, groupe de travail ou commissions. Quelques pays ou régions peuvent aussi recourir au référendum.

[.] Le débat public : des débats peuvent être organisés aux différentes étapes de l'action pour soumettre aux habitants d'un quartier les avancées du dispositif partenarial dans le diagnostic des problèmes locaux, dans le choix des priorités, dans les effets et impacts des actions.

[.] La médiation : les médiations qui peuvent être ou non spécifiques aux questions de drogue,<sup>27</sup> par différents mécanismes de feed-back de voisinage. Des associations peuvent assumer une fonction de médiation entre les élus et les habitants.

(26) Voir exemple de Haarlem dans publication Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Implication des habitants dans les stratégies locales de prévention et de lutte contre les toxicomanies*, 1998

(27) Voir exemples du contrat de sécurité de Liège (Belgique) et des médiateurs santé à Roubaix (France) dans publication Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Politiques de prévention de la criminalité urbaine en Europe : vers une culture commune* ? 2006



Des associations spécifiques peuvent assumer cette fonction pour un groupe particulier d'habitants (migrants, associations de jeunes, familles).

[.] La négociation : la négociation peut porter sur le choix des priorités de l'action ou sur une action précise comme l'implantation d'un service d'accueil. L'action doit être négociée en échange de garanties, si la décision est prise antérieurement mais les habitants deviennent des acteurs de plein droit à partir de moment où l'action est le produit de la négociation. Le cadre de la négociation est plus ou moins formalisé. Elle peut se mener avec des acteurs mobilisés dans des associations considérées comme représentatives des points de vue en présence. Des jurys citoyens avec des habitants tirés au sort ont également été utilisés (C'est le cas de Burnley<sup>28</sup> au Royaume-Uni ou du Quartier de Stalingrad à Paris).

## L'évaluation des programmes d'action locale

06

(28) Voir lettre d'information CRIPS-IDF, 56ème rencontre du CRIPS-IDF "Démocratie participative et réduction des risques", 2004

## 6.1. L'évaluation des politiques nationales de drogues

L'évaluation des résultats dans le domaine des drogues est relativement récente. Jusqu'au milieu des années 90, il semblait illusoire d'espérer une amélioration. Tous les pays observaient la progression année après année du nombre d'usagers interpellés, des quantités saisies et de la mortalité par overdoses. Cette progression continue a entretenu un sentiment d'impuissance. La classe politique dans son ensemble était convaincue qu'il fallait mener la lutte contre les drogues et la toxicomanie mais il ne fallait pas escompter d'en obtenir des résultats. Si les actions de réduction des risques ont été évaluées, c'est qu'elles semblaient aller à l'encontre de la lutte contre la drogue. Distribuer des seringues n'a rien d'une évidence. Il a fallu démontrer que ces mesures étaient efficaces dans la lutte contre le sida et plus largement dans la protection de la santé de ceux qui consomment des drogues. Il a surtout fallu démontrer que les actions n'étaient pas incitatives. L'accès aux seringues n'augmente pas le nombre d'injecteurs..

Les mesures de réduction des risques ont été adoptées sur la base des résultats obtenus dans les évaluations. Deux résultats sont communs à tous les pays européens qui ont adopté cette politique de santé publique : la baisse de la mortalité par overdose, la baisse de la contamination par le virus du sida.

En France, les changements ont été particulièrement rapides et importants. Depuis 1994, la politique de réduction des risques est évaluée par l'Institut National de Veille Sanitaire. Les principaux résultats sont une réduction de 80% des overdoses mortelles, une réduction des 2/3 de la mortalité due au sida. En 2004, 3% des contaminations par le virus du sida sont dus à l'injection (contre quelque 30% en 1991). Au-delà de la santé, on observe aussi une baisse de 67% des interpellations pour usage d'héroïne, un résultat corrélé au nombre de patients en traitement de substitution.

Les résultats obtenus ont conduit l'Observatoire européen des drogues à recommander l'adoption de cette politique de santé publique.<sup>29</sup> Il y a toutefois des limites bien précises à ce qu'on peut attendre de cette politique :

[.] Les résultats les plus probants sont obtenus par les traitements de substitution : il s'agit uniquement des usagers d'héroïne. Il n'y a pas de traitement de substitution pour les autres drogues. Les prises en charge des usagers de cocaïne ou des poly-usagers sont souhaitables mais les résultats sont moins probants.

[.] Les usagers les plus problématiques exigent des prises en charge spécifique : l'intégration de ces usagers dans les services de soin est un objectif déterminant

mais elle se heurte au cumul des handicaps. Une prise en charge globale impliquerait de prendre en compte à la fois la dépendance, les troubles psychiatriques, les besoins sociaux et les problèmes de justice. Des projets individualisés doivent être élaborés dans le cadre d'un multi-partenariat.

[.] La politique de réduction des risques est limitée à la protection de la santé de ceux qui consomment des drogues : la prévention de l'usage est plus problématique. Si certains pays ont réussi à stabiliser le nombre d'usagers de cannabis, grâce à la prévention, les bonnes pratiques de prévention de l'usage ne sont pas bien identifiées et diffusées au niveau européen. Nombre de programmes de prévention de l'usage ne sont pas évalués.

Les politiques nationales de drogue sont toujours confrontées à la progression du nombre d'usagers de drogue d'une part, au développement des réseaux de trafic d'autre part. Les pays européens présentent quelques caractéristiques communes :

[.] Dans le champ de la consommation : L'héroïne injectée a toujours été le problème le plus préoccupant; il reste un problème de santé majeur, même si le nombre d'usagers d'héroïne a diminué dans plusieurs pays d'Europe de l'Ouest. Les opiacés (dont principalement l'héroïne) restent la première cause de la demande de soin. Ces dernières années, les nouveaux modes de consommation de drogue se caractérisent par la diffusion de l'usage de drogues dans des contextes récréatifs. Il s'agit essentiellement de poly-consommation et de drogues stimulantes dont particulièrement la cocaïne. L'abus d'alcool est souvent la base des poly-consommations. Le cannabis est la drogue la plus consommée et sa diffusion suscite une inquiétude grandissante. Alors qu'il serait souhaitable que la prise en charge soit la plus précoce possible, la demande de soin des jeunes reste limitée : moins de 7% des patients ont moins de 20 ans. Il est urgent de développer des réponses adaptées aux problématiques complexes de l'usage de drogue d'aujourd'hui : telle est une des conclusions du rapport de l'Observatoire européen de 2007.

[.] Dans le champ du trafic de drogue : le développement international de la criminalité dont particulièrement des réseaux de trafiquants a conduit la communauté européenne à adopter une politique commune depuis le traité d'Amsterdam. Les résultats obtenus s'évaluent en termes de nombre de trafiquants interpellés et saisies de drogue, mais il est très difficile d'évaluer l'impact des actions sur le développement du trafic. Les bons résultats dans la lutte contre le trafic comme dans la lutte contre la grande criminalité sont toujours partiels, limités à des territoires précis, mais il n'y a pas de consensus sur les résultats globaux de la lutte contre le trafic. Le type d'organisation, les territoires investis, les liens entre la petite et la grande délinquance évoluent en fonction des actions répressives.

Ces constats déterminent ce qu'on peut attendre d'une programmation locale :

[.] Il est possible limiter les conséquences négatives de l'usage aussi bien pour l'environnement que pour les usagers eux-mêmes.

(29) Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie, Annual report on the state of the drugs problem in Europe, 2007

[.] Il est possible d'exercer un meilleur contrôle sur un territoire donné, de lutter efficacement contre le trafic de rue, de réduire les nuisances associées au trafic.

Dans les consommations comme dans la lutte contre le trafic, l'approche locale des problèmes fournit de nouveaux outils, mais il est illusoire d'espérer résoudre définitivement le problème.

Les programmations locales doivent prendre acte du fait que les usagers de drogues ne vont pas disparaître : ils font partie des habitants.

Il en est des problèmes liés aux drogues comme de tous les problèmes sociaux auxquels les villes sont confrontées : le contrôle local des problèmes liés aux drogues exige une mobilisation constante.

## **6.2. Le choix d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs**

Évaluer une programmation locale implique de mettre en place un dispositif d'évaluation. Quelques villes d'Europe du Nord s'en sont donné les moyens avec :

[.] Des objectifs précis définis par des indicateurs quantifiés

[.] Le recueil des informations dans une base de données

[.] L'analyse des données quantitatives et qualitatives

Le choix des indicateurs est fonction des objectifs de l'action, mais il doit prendre en compte la faisabilité du recueil.

[.] Les indicateurs doivent être peu nombreux : chaque secteur d'activité (police, justice, soins, réduction des risques) doit définir ses indicateurs

[.] Ils doivent être simples : autant que possible il est souhaitable qu'ils puissent être recueillis dans le cadre des bilans d'activité des services

[.] Ils doivent être significatifs : c'est la relation établie entre les différents secteurs d'activité qui pourront rendre compte des résultats globaux de l'action locale.

Les indicateurs doivent aussi être définis dans un double objectif, pilotage de l'action d'une part, résultats, effets et impacts d'autre part.

### **..... 6.2.1. Indicateurs de pilotage de l'action**

Le pilotage de l'action exige l'identification des outils qui permettent de réajuster les modalités techniques et organisationnelles, de mobiliser de nouvelles ressources, de faire appel aux expertises nécessaires. Tout au long de l'action, les mêmes questions doivent se poser :

[.] Les partenaires tirent-ils un bénéfice de l'action menée en commun ? La coopération entre les services est-elle effective ? Quels sont les obstacles ?

[.] Les choix organisationnels sont-ils justifiés ? la fréquence des réunions, le profil

des participants, le choix des thématiques est-il adéquat ? Correspond-il aux tâches de l'heure ?

[.] Les décisions nécessaires sont-elles prises en temps et heure ? Ont-elles été négociées ? Les acteurs de terrain se sont-ils appropriés les objectifs de l'action ?

[.] Les services ont-ils défini des indicateurs de qualité de service ? L'accès au service est-il facilité ? Les professionnels ont-ils bénéficié de formation ?

[.] Les moyens nécessaires à l'action ont-ils été engagés ? Les objectifs ont-ils été redéfinis en fonction des moyens effectivement mobilisés ?

[.] L'implication des acteurs en présence est-elle favorisée ? Le bénévolat s'est-il développé ? De nouvelles actions, des expérimentations sont-elles proposées ?

Les dysfonctionnements s'évaluent avec des indicateurs qualitatifs qui relèvent d'une analyse stratégique :

Le fonctionnement du partenariat devient purement formel lorsqu'il n'y a pas de débat, que les responsables sont représentés par des suppléants qui ne peuvent pas prendre de décision, et que l'absentéisme augmente. Ces difficultés peuvent apparaître en cours de route, mais le plus souvent elles renvoient à conflits locaux connus de tous : conflits entre les différents services de police ou bien entre la police et la justice, absence de relation entre les services sociaux et les services médicaux, conflits portant sur les compétences territoriales, conflits politiques entre les instances décisionnelles. Ces conflits ont beau être connus de tous, personne ne les affronte.

Il convient d'évaluer dans quelle mesure l'organisation du partenariat favorise une dynamique de changement. Il appartient au coordinateur de solliciter les partenaires pour identifier les difficultés au fur et à mesure de l'action et pour les faire remonter au comité de pilotage mais pour remplir cette mission difficile, le coordinateur doit être assuré du soutien du comité de pilotage. L'engagement des élus locaux est déterminant : en cas de conflits qui ne peuvent être traités sur le terrain, il leur appartient de prendre les décisions difficiles.

### **..... 6.2.2. Indicateurs d'activité, indicateurs de résultat**

Tous les services sont contraints de comptabiliser leur activité : nombre d'interpellations, type de délit pour les services de police, sanctions, judiciaires pour la justice, nombre de patients pris en charge dans les services de soin. Indicateurs d'activité et indicateurs de résultats doivent être distingués.

Selon les situations locales, l'augmentation du nombre d'usagers interpellés peut un être considéré comme un bon ou un mauvais résultat. Il en est de même de l'augmentation des plaintes. Selon les contextes, l'augmentation peut être un indicateur de l'amélioration de la confiance entre les habitants et les services de police. Il peut aussi être un indicateur d'une augmentation des troubles de voisinage.

Les indicateurs d'activité et les indicateurs de résultats ne répondent pas aux mêmes objectifs. Les services doivent apporter la preuve qu'ils mènent des actions. Un nombre important d'actes justifie les moyens en personnels, mais les indicateurs quantitatifs peuvent avoir des impacts imprévisibles, en contradiction avec les objectifs du programme..

Dans les services socio-sanitaires, la comptabilisation du nombre de patients ou du nombre d'actes a souvent pour conséquence l'exclusion des patients difficiles qui exigent beaucoup plus de temps pour peu des résultats. De même, il est plus facile d'arrêter des usagers connus de longue date des services de police que de démonter un nouveau réseau de trafiquants. Plus une enquête est longue et difficile et plus le nombre d'actes diminue.

Le nombre d'acte est un moyen et non un résultat. Les indicateurs doivent être définis en fonction des résultats que l'on veut obtenir. Il faut par exemple avoir une évaluation précise et quantifiée du nombre de délits et troubles de l'ordre public directement liés aux drogues. Pour que les indicateurs d'une action partenariale soient significatifs, ils doivent être recueillis dans les différents secteurs concernés.

Un des objectifs de la ville de Leeds est l'augmentation du nombre d'usagers en traitement. Mais l'évaluation du partenariat entre services judiciaires et services de soin exige des indicateurs spécifiques par exemple, le nombre d'usagers interpellés et orientés dans un centre de soin, le nombre de ces patients retenus en traitement jusqu'à la réalisation de projet de soin.

La qualité d'un projet peut être évaluée avec des indicateurs quantitatifs qui reposent sur un ensemble de variables qui deviennent significatives les unes par rapport aux autres.

### ..... 6.2.3. Recherches évaluatives

Nombre de projets exigent l'élaboration d'outils spécifiques :

- [.] La baisse des récidives : elle exige un recueil plus ou moins aisé à mettre en place selon le type de données recueillies dans les services judiciaires ou l'administration pénitentiaire. L'évaluation doit contribuer à améliorer le recueil et la circulation de l'information mais des études de trajectoires individuelles peuvent être nécessaires.
- [.] La baisse des abandons de traitement : les actions partenariales avec des suivis conjoints impliquent l'élaboration d'un dossier individuel qui puisse être transmis d'un service à l'autre. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le système de soin est nécessaire pour comprendre aussi bien les réussites ou que les échecs.
- [.] Les changements de comportement des usagers de drogue : les comportements doivent être décrits dans le contexte de vie de l'usager. Il ne s'agit pas seulement

de décrire les comportements mais d'identifier les facteurs de protection et les facteurs qui contribuent au changement de comportement.

- [.] Les changements de pratiques professionnelles : l'évaluation doit porter sur les changements d'attitude, sur la capacité à apporter un soutien, à développer des approches compréhensives qui favorisent le changement. Le cadre organisationnel des services doit favoriser toutes les formes de coopération dans le service et le travail en réseau en externe.
- [.] Les actions de santé communautaires : les critères d'évaluation sont en partie internes, tels que l'implication des différents acteurs dans le projet, la crédibilité des relais. L'évaluation doit aussi prendre en compte le développement de projets autonomes avec des nouveaux acteurs.

Certains de ces outils peuvent déboucher sur des indicateurs qui peuvent ensuite être intégrés au recueil des données des services, par exemple pour évaluer l'évolution des taux de récidive. D'autres indicateurs sont propres à une approche précise.

Lorsque la ville de Rotterdam développe une approche partenariale pour les 700 usagers les plus problématiques, l'analyse de la situation a sollicité l'expertise des différents champs de recherche : psychiatrie, criminologie, addictologie, sociologie. La connaissance du contexte et en particulier du marché de la drogue a également été nécessaire. Le projet a développé une méthodologie d'une prise en charge individuelle en réseau sollicitant toutes expertises professionnelles. L'évaluation des résultats exigera un suivi individuel mais pour comprendre pourquoi une prise en charge a bien fonctionné, il faut identifier le comment, elle a été mise en œuvre, ce qui implique une évaluation qualitative des pratiques professionnelles.<sup>30</sup>

Les résultats globaux de l'action sont fonction des résultats obtenus sur le terrain tels que la baisse des troubles, des violences et des délits liés aux drogues mais pour comprendre pourquoi le projet a atteint son but, il faut prendre en compte comment il a été mis en œuvre. Les bonnes pratiques professionnelles exigent une approche qualitative des pratiques professionnelles qui permettra de transmettre le «comment faire».

Les indicateurs d'évaluation sont qualitatifs avant d'être quantitatifs. L'analyse doit prendre en compte la complexité des variables en interaction pour sélectionner quelques indicateurs quantitatifs significatifs de la dynamique de changement.

(30) Thierry Charlois, 2005, op. cit.

### 6.3. Résultats, effets et impacts

Les programmations locales ont le plus souvent été mises en place pour faire face aux scènes ouvertes, à l'insécurité et aux délits qui leur sont associés tels que la violence entre les participants, la prostitution de rue, la consommation publique de drogues, la petite délinquance associée aux drogues etc. Certaines villes européennes ont maintenant une longue expérience de ces problèmes et ont développé différentes stratégies dont il est possible aujourd'hui de faire le bilan. Le niveau de tolérance face aux scènes ouvertes est très variable selon les sociétés, mais quels que soient les choix de société, les villes d'Europe les plus expérimentées ont abouti à quelques conclusions communes.

Le premier de ces consensus est que de bons résultats peuvent être obtenus. «Bons résultats» signifie que la scène ouverte a été résorbée ou que du moins elle est désormais bien contrôlée.

Ces dernières années, le développement du débat public a contraint à des mesures efficaces. Des villes comme Zurich, Frankfurt, Amsterdam qui sont confrontées à ces scènes ouvertes depuis longtemps ont développé des stratégies efficaces fondées sur l'expérience acquise. Les principaux constats qui font consensus sont les suivants :

[.] Les regroupements d'usagers de drogues ont des conséquences néfastes, aussi bien pour les habitants que pour les usagers eux-mêmes.

Les grandes scènes ouvertes ne doivent pas être tolérées. La sous-estimation des nuisances a de graves conséquences aussi bien pour les personnes qu'au niveau sociétal et politique : elles témoignent de l'impuissance des autorités et de la faillite du système, telle est l'interprétation dominante.

Les conséquences pour les usagers de drogue ne sont plus acceptables : les usagers de drogues sont confrontés à la violence quotidienne, à l'exclusion sociale, à la dégradation de leur santé. Ils se sentent enfermés dans un ghetto tandis que cette même scène peut attirer de nouveaux jeunes.

Si les grandes scènes ouvertes doivent être résorbées, certaines villes ont adopté une stratégie de contrôle qui n'interdit pas les rencontres entre usagers à partir du moment où les usagers de drogues ne s'approprient pas l'espace qui doit rester d'usage collectif. Aucun espace public ne doit être réservé à un groupe social quel qu'il soit.

[.] Les actions uniquement répressives sans relais avec les services sanitaires et sociaux ne peuvent aboutir à la résorption de la scène. Tout au plus peuvent-elles obtenir son déplacement.

Le rôle déterminant du partenariat fait de plus en plus en consensus. Le partenariat repose d'abord sur deux types de partenaires, les services répressifs d'une part, les

services sanitaires et sociaux d'autre part. Ce partenariat peut ensuite s'élargir à d'autres acteurs, services et citoyens représentant les acteurs en présence.

Le partenariat entre les services relevant de la répression (police et justice) et les services sanitaires et sociaux implique que les objectifs propres à chacun des secteurs d'activité soient reconnus et respectés par les autres. Autrement, il implique un équilibre entre les réponses répressives et la prise en compte des besoins des usagers de drogue.

Le bon fonctionnement du partenariat n'a rien d'aisé. Il implique un changement dans les représentations sociales, les croyances et les pratiques de tous les acteurs en présence. Les responsables politiques doivent renoncer au discours simpliste du tout-répressif. Ils doivent adopter une démarche pragmatique, c'est-à-dire rechercher à résoudre les problèmes tels qu'ils se posent sur le terrain. Les habitants doivent accepter l'implantation de services dans les quartiers où les problèmes se posent. Il s'agit là de véritables challenges qui dépendent du bon fonctionnement du partenariat, de la coordination des acteurs en présence, de la prise de décision et de la communication.

[.] Le développement des outils de la réduction des risques est déterminant : les réponses ne doivent pas se limiter à la cure de désintoxications, les autres besoins sanitaires et sociaux doivent être pris en compte, ce qui implique une stratégie globale comprenant

- > Des réponses aux besoins les plus urgents dans des services dits «à bas niveau d'exigence»
- > L'élargissement de la gamme des traitements
- > L'accès aux services sanitaires et sociaux de droit commun

L'importance accordée aux actions de réduction des risques est variable selon les contextes. À Frankfurt, à Zurich, à Oslo, à Dublin, à Heerlen, le développement de l'offre de services pour usagers de drogue a été systématique, avec des accueils «bas seuil», des salles d'injection de consommation, un accès large aux traitements. Chacun de ces services a exigé un débat public. Leur acceptabilité dépend de trois types de facteurs : le niveau de tolérance sociétal, les ressources financières qui peuvent être mobilisées et le statut légal de l'action. Les salles d'injection et les programmes de prescription d'héroïne font toujours l'objet de débats, ce qui implique le développement de recherches évaluatives.

[.] Il est possible d'obtenir des résultats satisfaisants :

Ces bons résultats portent aussi bien sur les usagers de drogues que sur les habitants avec :

- > Une diminution significative de la délinquance et de l'insécurité
- > Une réduction significative de la mortalité et une amélioration de la santé des usagers de drogue.

L'évaluation quantitative joue un rôle-clé aussi bien dans le partenariat que dans le débat citoyen mais cette évaluation exige un investissement avec de moyens spécifiques, ressources techniques, humaines et financières. Nombre de villes ont mis en place un partenariat qui a identifié des besoins et qui a souvent développé des équipements, par exemple accueils et hébergement pour les usagers, centres d'information. Chacun de ces projets peut être évalué avec des objectifs internes, par exemple le nombre d'usagers reçus ou le nombre d'actes, mais, sans une approche globale des problèmes, il est très difficile d'évaluer l'impact de l'action de ces services sur les problèmes qui se posent dans la ville.

À Hambourg, la diminution de la petite délinquance associée à l'usage a été constatée alors que l'accès au traitement par la méthadone avait été facilité. Les services de police sont convaincus de la relation de causalité entre ces deux faits, mais les recherches évaluatives menées a posteriori sont confrontées à la complexité des variables à prendre en compte.<sup>31</sup>

Des résultats comme la réduction de la mortalité ont été observés dans nombre de villes, mais la relation avec les actions n'ont pu être établies. Évaluer la baisse de la délinquance liée aux drogues suppose qu'un diagnostic initial ait établi la corrélation entre usage et délits. Les outils d'évaluation doivent être programmés avant la mise en œuvre.

Ces dernières années, de grands progrès ont été accomplis dans le recueil et l'analyse de l'information. L'impact de l'action de chacun des services peut être pris en compte. L'expérience acquise a été intégrée dans la politique nationale des drogues en Grande-Bretagne qui rend compte chaque année des résultats obtenus. La politique nationale des drogues est désormais fondée sur des indicateurs quantitatifs.

Le projet pilote de la ville de Leeds est un exemple de programmation locale intégrée. Ce projet a été mené en application des nouvelles mesures législatives qui portent sur les comportements anti-sociaux (Loi sur la délinquance et nuisance, 1998). L'évaluation porte particulièrement sur l'efficacité des mesures de traitement alternatives à l'incarcération. 60% des usagers qui ont commis des délits ont été orientés dans un service de soin pour usagers de drogue, proportion qui n'est pas encore considérée comme satisfaisante. Par contre la réduction de la délinquance est attestée. De mars 2004 à mai 2005, la réduction des vols a été 54% la réduction des accidents avec consommation de drogue a été de 40%. Quant aux délits spécifiquement liés aux drogues, la réduction a été drastique, soit 89,5%.<sup>32</sup>

La ville de Leeds titre trois enseignements principaux de ces résultats

- [.] Les objectifs doivent être définis avec précision. Le management du projet a nécessité de faire appel à des responsables qualifiés qui se sont investis dans le projet.
- [.] Rapprocher les pratiques professionnelles propres à chaque secteur prend nécessairement du temps, un temps dont il n'est pas possible de faire l'économie.
- [.] Les professionnels recrutés dans le cadre du projet doivent être compétents et motivés. Les bons résultats sont dus aux efforts conjugués des acteurs impliqués dans le projet. L'importance de l'investissement des personnes est souvent passée sous silence. Il est difficile à objectiver. C'est pourtant la mobilisation de ces acteurs qui en dernière instance déterminent les résultats de l'action.

(31) Cf. *Approche locale de la criminalité organisée*, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, 2000

(32) Thierry Charlois, 2005, op. cit.

# 07

## Pour une stratégie de changement

### 7.1. Changement des attitudes, changement des pratiques

Les actions de réduction des risques se sont développées sur la base d'un premier constat : quelles que soient les stratégies adoptées, ni la prévention ni la répression ne suffisent à empêcher toute consommation de drogues. La politique des drogues ne doit pas se limiter à lutter contre l'usage de drogues, elle doit adopter une approche globale qui prenne en compte les conséquences de l'usage dans toutes ses dimensions.

Les actions de réduction de réduction des risques élargissent la gamme des réponses face à l'usage de drogue avec plusieurs objectifs :

- [.] Éviter dans l'immédiat la dégradation de la santé de ceux qui consomment des drogues
- [.] Faciliter l'accès au traitement des usagers dépendants
- [.] Lutter contre les processus d'exclusion.

Répondre aux problèmes tels qu'ils se posent sur le terrain, adapter les réponses à la diversité des usages et des problématiques, telle est la démarche. L'approche concrète des problèmes doit se substituer aux représentations mythologiques de l'usager de drogues. Les objectifs doivent être pragmatiques et réalistes.

Une gamme de services a été développée dans le cadre de la promotion de la santé : équipes de rue intervenant dans le contexte de vie, programmes d'échange de seringues, accueils de jour et de nuit, traitement de substitution, salles d'injection ou de consommation. Ces différentes actions dites «à bas niveau d'exigence» répondent aux conséquences de l'abus de drogues tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. Les actions reposent sur deux principes :

- [.] L'usager de drogue doit pouvoir protéger sa santé même s'il continue de consommer des drogues.
- [.] Les usagers de drogues ont comme tout autre citoyen, des besoins qui ne limitent pas à la désintoxication.

Les politiques de réduction des risques impliquent un changement des représentations sociales et des attitudes, qui passent par un changement des pratiques professionnelles :

- [.] Les actions doivent faire appel à la responsabilité : les actions doivent favoriser la prise de conscience des usagers de drogue. Le changement de comportement ne se limite pas à la santé : la prise de conscience des conséquences de l'abus de drogue sur leur environnement participe du processus de responsabilisation.
- [.] La diversité des problématiques est prise en compte : les réponses doivent être adaptées aux différents profils, usagers occasionnels, grande exclusion, mineurs, migrants, femmes, prostitution etc.
- [.] L'information doit être crédible : elle repose sur une évaluation de la réalité des risques selon les usages et les produits. La dramatisation doit être évitée.

Ce changement culturel est interactionnel : il concerne tous les acteurs en présence, professionnels, usagers de drogues, familles et proches. La démarche adoptée contribue au changement :

- [.] Lorsqu'elle reconnaît la diversité des besoins de tous les acteurs en présence,
- [.] Lorsqu'elle fait appel à la responsabilité de chacun,
- [.] Lorsque la négociation entre les acteurs est menée pour renforcer la cohésion sociale

La question des drogues doit perdre son caractère d'exception, elle doit être traitée comme un des problèmes auxquels les sociétés modernes sont confrontées

## **7.2. Promouvoir le changement sur le moyen et long terme**

Le changement des attitudes et des pratiques se heurte à des difficultés qui ne sont pas toujours spécifiques aux drogues. Les acteurs qui s'impliquent dans des actions innovantes s'affrontent aux rigidités des organisations, au cloisonnement des services, aux logiques bureaucratiques.

En première ligne, les acteurs sont particulièrement fragilisés. Dans le contexte de vie de l'utilisateur, ils sont confrontés aux conséquences de l'exclusion sociale. Ils doivent faire face à des usagers en grande souffrance, à des situations de crise, à des comportements violents. Dans les services, ils représentent les usagers problématiques dont personne ne veut s'occuper. Les compétences requises pour ces nouvelles pratiques sont nombreuses, elles sont mal identifiées. Le «burn out» est fréquent. Il a souvent des conséquences graves non seulement pour la personne elle-même mais pour le projet qui perd sa crédibilité.

Le changement des perceptions, des attitudes et des comportements exige un investissement à moyen ou long terme.

Les actions sont souvent subventionnées pour deux ou trois ans. C'est le temps minimum pour observer des changements d'attitudes ou de comportement, mais les changements doivent être consolidés. De plus, deux ou trois ans ne sont pas suffisants pour les villes qui n'ont pas d'expérience antérieure. Connaître le terrain, s'y implanter, acquérir les savoirs et savoir-faire exige des années d'expérience.

C'est une stratégie de changement à moyen et long terme qu'il faut développer. Cette stratégie repose sur plusieurs types d'action avec :

- [.] Le soutien aux pratiques innovantes : les actions doivent s'adapter au changement des modes de consommation, des profils des usagers de drogues, des prises de risques. Le développement d'actions innovantes doit être continu. C'est un critère de.
- [.] L'appel à la responsabilisation : la démarche de santé communautaire qui associe les acteurs concernés doit être favorisée, que ce soit dans le cadre d'associations

d'auto-support des usagers (self-help) ou dans des dispositifs associant des usagers de drogue, des professionnels, des habitants.

- [.] La valorisation des bonnes pratiques : les bonnes pratiques doivent être identifiées et soutenues. C'est la condition pour que l'investissement des acteurs se maintienne sur le moyen et long terme.
- [.] La formation des acteurs en présence : des formations doivent être proposées à tous les acteurs en présence, professionnels, décideurs, habitants, usagers de drogue. C'est la base d'une culture commune en matière de drogue et de toxicomanie.
- [.] La reconnaissance des nouvelles compétences par de nouvelles qualifications : les compétences requises doivent être identifiées (usage de drogue et prise de risque, ressources institutionnelles, savoir-faire de médiation et de négociation). Les acteurs de 1ère ligne doivent être qualifiés.
- [.] La communication à toutes les étapes : projets, mise en œuvre, résultats : Tous les outils de communication doivent être sollicités, de la communication interne à la municipalité et aux services aux médias. Le public doit être tenu informé : réunions publiques, portes ouvertes, internet.
- [.] Les bons résultats doivent être mis évidence. Les difficultés doivent être reconnues et ouvrir à un débat public.
- [.] La mobilisation des médias : il est dans le rôle traditionnel des médias de dénoncer les scandales. Les médias contribuent souvent à la peur et à la stigmatisation, mais ils contribuent aussi à des prises de conscience nécessaires. Les médias doivent être sollicités dès le début des initiatives. Tenir le public informé contribue à la recherche des réponses adaptées, au développement des innovations et surtout à la valorisation des bons résultats lorsqu'ils ont été obtenus.
- [.] Le recours à l'expertise : l'expérience acquise par les villes européennes doit être sollicitée. Des échanges réguliers d'expérience doivent être organisés. Les ressources existantes au niveau européen doivent être mises à disposition de tous les acteurs concernés.

## **7.3. Les difficultés**

Le développement des actions en direction des usagers de drogues est confronté à différents types de difficultés dont les principales sont :

**Le cadre législatif** : l'Union européenne favorise le développement d'actions de protection de la santé des usagers de drogues,<sup>33</sup> mais ces actions exigent souvent une adaptation du cadre législatif. C'est par exemple le cas des traitements de substitu-

(33) Voir guide Internet sur les politiques européennes en matière de drogues disponible sur [www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org)



tion. L'efficacité de ces traitements est maintenant reconnue, tant au niveau européen qu'au niveau international par l'OMS, mais dans certains pays européens, ces traitements n'ont toujours pas de cadre légal. En outre, les traitements sont souvent donnés dans un cadre restreint alors que, en termes de santé publique comme en termes de sécurité, l'action est d'autant plus efficace que le nombre d'usagers en traitement est important, à la condition que ces traitements ne soient pas systématiquement détournés. Par ailleurs, certaines actions ont toujours un statut expérimental, tant au niveau national qu'au niveau international. C'est le cas des programmes de prescriptions médicalisées d'héroïne, expérimentées dans plusieurs pays européens.

**L'acceptabilité des actions :** au-delà du statut légal, l'acceptabilité des actions par l'opinion est variable selon les contextes. L'ouverture d'accueil d'usagers actifs a donné lieu à de nombreux débats. Les salles de consommation restent inacceptables dans nombre de villes européennes y compris lorsque ces actions sont envisageables dans le cadre législatif actuel. De telles expérimentations exigent un changement des perceptions et des attitudes. L'action doit répondre à des objectifs clairement identifiés, elle doit être négociée, sur la base des résultats qui ont été obtenus dans les expérimentations en cours.

**La contradiction entre les objectifs de répression du trafic et les objectifs de santé publique :** une politique locale qui se donne pour objectif l'intégration doit identifier les contradictions, car il y a. Certaines relèvent de pratiques qui doivent être adaptées mais il y a bien différences de mission. Le trafic de drogues peut se développer partout où des usagers se rencontrent, que ce soit dans le contexte de vie ou dans un contexte institutionnel comme les centres d'accueil. Le problème se pose dans des termes différents selon qu'il s'agit d'une scène ouverte en milieu urbain, dans l'environnement d'un programme d'échange de seringue ou d'un centre de soin ou enfin dans les différents contextes festifs. L'expérience a montré que les grandes scènes ouvertes en milieu urbain ne devaient pas être tolérées, tant en termes de sécurité qu'en termes de protection de la santé et d'insertion des usagers de drogues. Par contre, les pratiques culturelles des jeunes doivent être acceptées, et même encouragées et les jeunes doivent pouvoir bénéficier d'une information adaptée aux prises de risques. À chaque fois, il s'agit d'évaluer dans quelle mesure et avec quelles pratiques professionnelles, le trafic peut être contrôlé, la sécurité des habitants et des usagers de drogue peut être assurée, et la protection de la santé garantie.

**La demande accrue de sécurité :** la demande de sécurité conduit à des mesures accrues de contrôles sociaux. Ces contrôles peuvent aller à l'encontre des principes qui ont fondé à la fois les politiques et les pratiques professionnelles dans différentes politiques sectorielles, santé, protection de la jeunesse, famille etc... Pour donner un exemple de ces contradictions, un consensus s'était construit parmi les

experts pour refuser les traitements obligatoires qui donnent au traitement le statut de punition. Contrairement au traitement de la dépendance, le traitement des graves troubles psychiques peut être imposé par mesure de justice. Or le traitement de la dépendance doit être associé au traitement des troubles psychiatriques pour les usagers souffrant de ces troubles. De même, la réinsertion de délinquants récidivistes usagers de drogues doit prendre en compte la dépendance. Le traitement de la dépendance doit-il dans ce cadre être imposé ? De plus, quelle définition donne-t-on à « délinquants récidivistes » ? S'agit-il de vols, de braquage ou de détention de drogue, nécessairement associée à la consommation ? L'utilisation des tests (test urinaire, analyse des cheveux) peut aussi, selon les législations nationales sur le statut légal de la consommation de drogues aller à l'encontre des libertés publiques. Chacune de ces mesures doit donner lieu à un débat public qui doit mettre en regard à la fois les moyens que l'on souhaite se donner et les résultats, qui doivent comprendre à la fois les effets recherchés et les différents types d'impacts (par exemple sur les relations professionnelles, sociales selon les groupes d'appartenance, familiales etc).

Trois principes doivent guider la gestion de ces différentes contradictions :

[.] L'expérimentation

[.] L'évaluation des résultats

[.] La négociation

**Ces trois principes sont constitutifs des politiques de réduction des risques :** Les premières actions ont presque toujours un statut expérimental, en particulier lorsqu'elles exigent un changement du cadre législatif, mais la démarche d'expérimentation doit être continue : elle est nécessaire pour adapter les actions au changement continu des usages, des prises de risques et de leurs conséquences pour les usagers et l'environnement.

Le statut d'expérimentation s'accompagne nécessairement d'une évaluation des résultats, effets et impacts. Les résultats en question peuvent avoir été obtenus par les actions menées antérieurement ou dans d'autres sites. C'est sur la base des résultats obtenus que doivent être menées les négociations entre les acteurs. De plus, la négociation doit être informée par les avis d'experts : l'accès aux seringues stériles n'est pas un objet de négociation. Il est nécessaire pour la prévention des maladies infectieuses, sida hépatites. Les modalités de l'action, par contre, peuvent relever de la négociation. Le danger, ce sont les réponses données à la hâte dont le seul enjeu serait de rassurer l'opinion. De telles actions conduisent à une escalade de mesures répressives qui, loin de rassurer, alimente au contraire la demande sécurité dans la mesure où elles ne suffisent pas à résoudre le problème. Rompre avec ce cercle vicieux exige au contraire de prendre le temps de la consultation et de débats en associant tous les acteurs concernés, des professionnels des différents secteurs

aux associations (usagers de drogues, jeunes, familles, groupes spécifiques etc.). Les questions soulevées par l'usage de drogue ne sont pas qu'une question d'opinion, mais ce n'est pas non plus une question qui relèverait exclusivement de la science, d'autant que, de la biologie à l'anthropologie, en passant par toutes les théories psychologiques ou psychanalytiques, chaque champ a sa propre approche. Comme dans toutes les questions de société, il importe de distinguer ce qui relève de l'expertise et ce qui relève du débat citoyen.

## Conclusions

08

En relation directe avec les populations, les services de 1ère ligne jouent un rôle-clé dans les politiques urbaines locales. Dans la politique des drogues, les services de police ont longtemps été - et restent encore souvent - seuls à intervenir sur le terrain. Avec des équipes qui vont au-devant des usagers de drogue dans la rue, dans les squats ou dans les contextes festifs, il existe désormais une gamme de services sanitaires et sociaux, alternative sur le terrain à la réponse purement répressive.

Ces services relèvent d'une politique de santé publique dite «politique de réduction des risques» liées à l'usage de drogue (harm réduction). Leur mission première est la protection de la santé. Les actions ont pour objectif d'éviter dans l'immédiat la dégradation de la santé de l'utilisateur, de faciliter l'accès au traitement et de lutter contre les processus d'exclusion. Ces actions peuvent aussi contribuer à la sécurité et à la cohésion sociale. C'est d'ailleurs pour répondre aux nuisances dues aux regroupements d'utilisateurs que nombre de villes européennes, en particulier en Europe du Nord, ont développé la gamme des services de 1ère ligne, répondant à tous les besoins identifiés et intégrés dans la politique urbaine locale.

Réduction de l'offre et réduction de la demande se veulent complémentaires dans les politiques de drogues de l'Union européenne mais pour ce qui concerne l'usage de drogues, l'alternative «répression» ou «traitement» s'est révélée insuffisante pour répondre aux problèmes qui se posent sur le terrain. Les usagers à l'origine des troubles de voisinage sont précisément ceux qui échappent aux prises en charge institutionnelles de répression ou de soin. Les actions de réduction des risques apportent un complément qui s'est révélé à la fois nécessaire et efficace : car l'efficacité des actions est désormais démontrée. Plus les usagers pris en charge sont nombreux, mieux leur santé est protégée et moins les habitants sont confrontés aux nuisances, violences ou actes délinquants associés à l'usage de drogues.

La coopération entre les services n'est jamais aisée. Chaque service a ses missions, chacun obéit à des logiques qui lui sont propres. Les élus locaux sont en mesure de négocier entre ces différentes logiques au nom de l'intérêt général dont ils sont porteurs. C'est l'instance légitime pour confronter les services aux citoyens qu'ils représentent. Ils sont enfin garants de la cohésion sociale, qui comprend le bien-être de tous, un accès égal aux ressources disponibles, le respect de la diversité, l'autonomie personnelle et la participation des citoyens. Aussi, quel que soit la répartition des compétences en matière de drogue, l'engagement des élus locaux est-il déterminant pour le développement de dispositif de réduction des risques en cohérence avec l'ensemble des services. Il est en est de la politique des drogues comme de toutes les politiques urbaines : les résultats sont à la mesure de l'implication des acteurs.

## Références

09

- [.] Asociación Bienestar y Desarrollo, Safer Nightlife Projects - *Une proposition européenne pour promouvoir une vie nocturne plus sûre et échanger des bonnes pratiques*, 2007
- [.] Bless Ruud, *Etude multi-villes*, Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, 2002 [PG/Epid (2002)11]
- [.] Connolly Johnny, Pompidou Group, *Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance - Towards a partnership approach*, 2006
- [.] Charlois Thierry, *Workshop Report "Drugs & Insecurity"*, Urbact Programme, SecurCity project, 2005
- [.] Conseil de l'Europe, *Guide Méthodologique pour l'élaboration des indicateurs de Cohésion Sociale*, 2005
- [.] CRIPS-IDF, Lettre d'information *56ème rencontre du CRIPS-IDF "Démocratie participative et réduction des risques"*, 2004
- [.] Emmanuelli Julien, *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques*, SIAMOIS, Institut de Veille Sanitaire, Tome 1. novembre 2000
- [.] Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Approche locale de la criminalité organisée*, 2000
- [.] Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Implication des habitants dans les stratégies locales de prévention et de lutte contre les toxicomanies*, 1998
- [.] Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Politiques de prévention de la criminalité urbaine en Europe : vers une culture commune ?*, 2006
- [.] Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Les parcours transfrontaliers en matière de drogues*, 1998
- [.] Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie, *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*, 2007
- [.] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, *Etude multi-centres Lens, Lille, Marseille, Nice, Toulouse*, 2001
- [.] Sansfaçon Daniel, *Guide méthodologique sur le diagnostic des nuisances relatives aux drogues et la prostitution*, Centre international pour la prévention de la criminalité, Mars 2006
- [.] Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, *Manifeste de Saragosse sur la Sécurité Urbaine et la Démocratie*, 2006

[www.agis-tdrc.eu](http://www.agis-tdrc.eu) - Site du projet Tackling Drugs - *Reducing Crime*, projet d'échange de pratiques entre les villes de Nottingham, Poznan, Assen et Stockholm

[www.democitydrug.org](http://www.democitydrug.org) - Site du réseau Democracy, Cities & Drugs : fiches de pratiques, modèles de plans d'action municipaux, référentiel de formation, guides des groupes de travail, guide sur le politique européenne des drogues, etc.

[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) - Site de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies

[www.exass.net](http://www.exass.net) - Site du réseau EXASS-Net, réseau européen de partenariats entre acteurs de première ligne dans le domaine de drogues permettant l'échange d'expérience et l'assistance pour des coopérations intersectorielles - Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe

[www.fesu.org](http://www.fesu.org) - Site du Forum Européen pour la Sécurité Urbaine

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr) - Site de l'Observatoire Française des Drogues et Toxicomanies : dispositif TREND/

[www.raceanddrugsproject.co.uk](http://www.raceanddrugsproject.co.uk) - Site du réseau T3E-UK

[www.who.int](http://www.who.int) - Site de l'Organisation Mondiale de la Santé : "Rapid Assessment and Responses guides".



