

## Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille : Esquisse pour une santé publique locale

Anne Lovell, Isabelle Feroni

---

### Citer ce document / Cite this document :

Lovell Anne, Feroni Isabelle. Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille : Esquisse pour une santé publique locale. In: Les Annales de la recherche urbaine, N°73, 1996. Ville et santé publique. pp. 23-32;

doi : <https://doi.org/10.3406/aru.1996.2002>

[https://www.persee.fr/doc/aru\\_0180-930x\\_1996\\_num\\_73\\_1\\_2002](https://www.persee.fr/doc/aru_0180-930x_1996_num_73_1_2002)

---

Fichier pdf généré le 23/04/2018

## Résumé

En France, les politiques locales de santé publique confrontées à la recrudescence des maladies infectieuses constituent un champ encore émergent à la croisée du judiciaire et de l'humanitaire. Sous la pression des associations concernées, la prévention du Sida modifie l'encadrement et la répression de la toxicomanie. A Marseille, un regroupement associatif et interprofessionnel prend le relais des dispositifs nationaux de contrôle sanitaire de l'usage de drogues intraveineuses. De la pharmacie de quartier à la distribution des seringues dans l'agglomération, les initiatives à géométrie variable se heurtent à un difficile consensus.

## Resumen

Prevención del VIH y toxicomania en Marsella

En Francia, las políticas locales de salud pública, enfrentadas al recrudecimiento de las enfermedades infecciosas, constituyen un campo aun emergente entre los campos judicial y humanitario. Bajo la presión de las asociaciones respectivas, la prevención del sida modifica el encuadre y la represión de la toxicomanía. En Marsella, una agrupación asociativa e interprofesional difunde los dispositivos nacionales de control sanitario del uso de drogas intravenosas. De la farmacia de barrio a la distribución de las jeringas en la ciudad, las iniciativas de tipo variado encuentran dificultades para ser aceptadas.

## Zusammenfassung

HIV-Prävention und Drogensucht in Marseille

Soweit sie sich der Zunahme infektuöser Krankheiten stellt, gerät die kommunale Gesundheitspolitik in Frankreich in den Spannungsbereich zwischen Justiz und humanitärem Engagement. Der Druck einschlägig operierender Assoziationen verändert den Umgang mit dem Problem der Drogensucht. In Marseille ersetzt ein interprofessioneller Verband die staatliche Überwachung intravenösen Drogenkonsums. Die unterschiedlich operierenden Initiativen - von der Kiezapotheke bis zur Verteilung von Spritzen im Großraum Marseille - haben es schwer, konsensfähig zu werden.

## Abstract

HIV prevention and drug addiction in Marseilles

In France, local health policies faced with an upsurge in infectious diseases are a rising force at the crossroads of the legal and humanitarian areas. Under pressure from the organizations concerned, AIDS prevention is changing the way we deal with and crack down on drug addiction. In Marseilles, an umbrella group of organizations representing different professions is taking over from national health plans in the supervision of intravenous drug use. From neighbourhood pharmacies to the distribution of syringes in urban areas, various initiatives have been coming up against the difficulty of creating a consensus.

# PRÉVENTION DU VIH ET TOXICOMANIE À MARSEILLE

## ESQUISSE POUR UNE SANTÉ PUBLIQUE LOCALE

Isabelle Feroni, Anne Lovell

Un certain nombre d'initiatives originales menées dans plusieurs villes tendraient à montrer le développement récent d'une santé publique au niveau local, secteur d'intervention sanitaire ciblant la santé de populations situées, jusqu'à présent peu développé en France. Le domaine de la prévention du VIH<sup>1</sup> auprès des usagers de drogue serait plus particulièrement révélateur de cette émergence. Son essor serait lié à la convergence vers le local du traitement sécuritaire de la toxicomanie, de la politique de réduction des risques et des politiques de développement social<sup>2</sup>.

### Les vacillations de la santé publique

Santé publique et ville : il n'est pas nouveau de rappeler que cette expression désigne un champ encore mal défini en ce qui concerne la majeure partie de la France. Cette imprécision découle d'une part du caractère général de la santé publique<sup>3</sup>, de l'étendue du domaine qu'elle peut être amenée à englober, et de son contenu changeant eu égard à la dimension dynamique des phénomènes par lesquels elle est concernée.

En l'espace de moins d'un siècle, les politiques de santé des pays industrialisés ont eu à faire face aux maladies contagieuses liées à l'industrialisation et à l'urbanisation, ensuite aux épidémies des autres maladies chroniques survenues parallèlement à la diminution de celles infectieuses. Aujourd'hui, en dehors des inégalités de santé réparties dans le monde, nous constatons la résurgence d'anciennes maladies infectieuses (par exemple la tuberculose), l'apparition de nouvelles (Sida), et les « fléaux » des villes que sont la violence et les diverses toxicomanies. Face à cette évolution, l'appellation non contrôlée de « nouvelle santé publique » ressurgit régulièrement.

Mais une politique de santé publique ne répond jamais tout simplement aux conditions endémiques ou épidémiques. Elle est plutôt l'expression des façons dont une société traite les questions de gouvernementalité et d'ordre social<sup>4</sup>. Nombre de travaux historiques nous montrent en effet que la santé publique est un des moyen que les États se donnent pour réguler les populations.

D'où l'intérêt d'observer sa variation dans des contextes locaux, et selon les formes de centralité ou de concentration des pouvoirs administratifs.

La politique de santé française possède sous cet aspect la particularité d'avoir toujours été traversée par certaines tendances contradictoires, telles qu'un rôle pionnier au niveau international quant à la production d'idées



Marche organisée à la mémoire des personnes décédées du Sida, sur la Canebière, 16.6.1996.

1. VIH : virus d'immuno déficience humaine, principal virus du Sida.
2. Par approche sanitaire de la toxicomanie, nous entendons l'approche policière et judiciaire de l'usage des drogues illicites.
3. Afifi A.A., Breslow L, « The maturing paradigm of public health », *Annu. Rev. Public Health*, 15 :223-35, 1994.
4. D. Porter (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*, The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, Amsterdam, Ed. Rodopi B.V., 1994 ; P. Zylberman et L. Murard, *L'Hygiène dans la République, la santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Fayard, 1996. La naissance de la santé publique est classiquement analysée en parallèle avec celle de l'État moderne. Voir aussi tous les travaux suscités par les analyses de Michel Foucault.

*Les Annales de la Recherche Urbaine* n° 73, 0180-930-XII-96/73/23/10 © METT



Marche contre le Sida, Marseille 1996. Accueil des participants.

concernant l'hygiène publique (l'importance de la propreté des villes, de l'assainissement, etc.), en même temps qu'une pauvreté au niveau des pratiques de santé des populations ; un système de protection sociale presque universel et un État central fort simultanément à une médecine libérale puissante et un privilège accordé d'abord aux sciences et aux techniques<sup>5</sup>.

Au niveau des villes, cette politique française semble se traduire par une quasi absence de la santé en tant que champ d'intervention habituel dans le cadre des politiques municipales, au moins dans l'histoire plus récente<sup>6</sup> du pays. Les compétences et prérogatives des municipalités sont en effet largement limitées à la gestion de l'hygiène publique : questions de salubrité de l'environnement, de l'habitat et des voiries. Tout en nous exposant à la critique éventuelle d'une approche par trop réductionniste, nous pourrions parler de la santé publique locale en France plutôt en termes de génie urbain, ou d'accent mis sur les expertises techniques portant sur l'environnement matériel, qu'en termes d'interventions directes sur les populations.

## Les nouvelles initiatives locales

Des initiatives originales, allant à l'encontre des tendances générales qui octroient une place plus que modeste à la santé publique au niveau local, suggèrent que le paysage sanitaire français est en train de changer. Ces expériences réalisent « l'improbable rencontre de deux politiques publiques encore balbutiantes »<sup>7</sup>, le développement social et la santé. Ces initiatives se déroulent tantôt parallèlement à la mise en œuvre d'expériences dans les quartiers défavorisés des grandes

et moyennes villes (en ayant ainsi le statut « d'enfant bâtarde » de la politique de la ville), tantôt en dehors des collectivités locales traditionnelles.

Qu'il s'agisse d'une approche délibérément hors les murs<sup>8</sup> des institutions établies ou des tentatives visant le maintien ou le rétablissement des droits en matière de sécurité sociale des populations précarisées, la multiplicité des initiatives locales révèle, au moins implicitement, l'inaptitude du système de protection sociale et de soins à faire face aux problèmes émergents liés à la précarité croissante. De même ces expériences expriment une lecture de plus en plus sanitaire – certains diraient une médicalisation – de l'exclusion sociale.

Dans l'effervescence d'expériences qui accompagne la mise en œuvre de la politique de la ville, le domaine de la

5. Ramsey M., in Porter, op. cit. Si la santé publique semble émerger avec l'État moderne, cela n'empêche pas le développement de divers mouvements locaux, tels ceux des associations et corporations au début du siècle en France et plus récemment les différentes formes de santé communautaire dans les pays anglo-saxons comme dans ceux en voie de développement.

6. Il est intéressant de noter que Marseille faisait exception à cette règle, devant l'emprise de l'État sur la régulation des populations à travers les politiques de santé publique. Marseille, ville portuaire régulièrement exposée aux épidémies venues d'ailleurs et dotée d'une forte organisation municipale de santé, a été elle aussi assujettie au contrôle étatique sous la restauration des Bourbons, époque qui marque pour Ramsey la création des premières institutions centralisées de santé publique (Ramsey op. cit). Voir aussi Pollet G., « La construction de l'État social à la française : entre local et national (XIXe et XXe siècles), lien social et politique », *RIAC*, n° 33/73, printemps 1995, pp. 115-131.

7. Comité de rédaction, *Les Cahiers du CR. DSU*, « Santé et développement social : Médicaliser le social ou socialiser la santé ? », juin 1996, n° 11, p. 2.

8. Vidal-Naquet P., « Hors les murs, l'action sanitaire et sociale auprès des publics forains et marginalisés », CERPE, 1995.

prévention du VIH auprès des usagers de drogues intraveineuses (UDVI) nous semble révélateur de certains traits d'une santé publique émergente au niveau local. Nous pouvons ainsi y déceler les lignes d'une politique et des actions ciblant à la fois la santé d'une population spécifique, et plus généralement, des populations<sup>9</sup>.

L'exemplarité potentielle de ce domaine en matière de santé publique est loin d'être évidente et n'a commencé qu'avec la reconnaissance par les pouvoirs publics de la relation entre la toxicomanie et le Sida<sup>10</sup>. Nous suggérons qu'en l'absence d'autres initiatives liées à la santé<sup>11</sup>, celles dans le domaine de la toxicomanie peuvent être considérées comme les seules à avoir atteint un certain degré de généralité dans le cadre des politiques de la ville.

Mais il faut cependant souligner qu'en France l'investissement dans des actions s'inscrivant dans le domaine de la toxicomanie, même quand elles comportent un volet de prévention sanitaire (par exemple la réduction des risques au VIH), est d'abord régi par les soucis de sécurité. Cela est évident dans la législation de 1970 qui règle en France la répression de la toxicomanie. Cette loi est reprise dans le code sanitaire de la Direction Générale de la Santé, qui, tout en abordant le traitement de la consommation de drogues, la criminalise dans un but d'éradication.

La Loi de 1970 fait de l'usage de drogues illicites – sans distinction de catégorie – un délit passible d'une peine d'emprisonnement, l'injonction thérapeutique pouvant se substituer à la peine dans un certain nombre de cas. Le dispositif thérapeutique est caractérisé par sa pauvreté, les possibilités de sevrage étant rares. Son objectif unique était jusqu'à ces dernières années l'abstinence, sans que le taux d'échec élevé ait suscité des remises en cause de cette option.

L'épidémie de l'infection à VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse a bousculé cette approche sécuritaire de la toxicomanie. Bien que le lien entre VIH et injection ait été connu dès le début des années quatre-vingt, les pouvoirs publics en France ont été relativement longs à mettre en œuvre une politique spécifique de prévention en direction des usagers de drogue par rapport aux autres pays européens<sup>12</sup>.

La légalisation et la promotion de l'accès des usagers de drogues au matériel d'injection stérile a été un des enjeux majeurs de la politique de réduction des risques. Ce n'est qu'en 1987 que la vente libre des seringues en pharmacie a été autorisée. La très faible application de cette disposition et l'absence de tout autre programme de prévention spécifique en direction des UDVI, le silence du milieu professionnel de la toxicomanie et de la médecine<sup>13</sup>, et la prise de conscience croissante par des associations humanitaires de l'exclusion des usagers de drogues de l'accès aux soins, a amené la constitution de groupes de pressions dénonçant auprès des pouvoirs publics l'abandon sanitaire des usagers de drogues. Ce n'est qu'en 1993 que des dispositions d'envergure ont été

prises (autorisation des programmes d'échanges de seringues, implantation d'automates, ouverture de programmes de substitution à la méthadone, etc.) sans que pour autant le cadre pénal qui régit la répression de la toxicomanie soit modifié. Le dispositif de santé publique ne constitue qu'une fenêtre dans l'encadrement sécuritaire de la toxicomanie. A partir de cette date se multiplient des expériences dans divers sites (qui amplifient et développent des programmes « sauvages » antérieurs initiés par des associations humanitaires) destinées à améliorer l'accès de usagers de drogues au matériel d'injection stérile et plus globalement aux soins.

Le champ de la prévention du Sida auprès des UDVI au niveau local est le point de rencontre de politiques et



Les marcheurs écoutent les exposés des organisateurs.

d'initiatives sociales distinctes : chasse au trafic, contrôle de la toxicomanie, lutte contre l'exclusion sociale, dont les difficultés d'accès aux soins des UDVI sont une des manifestations, mais aussi incitation à l'élaboration d'initiatives locales dans le cadre des politiques de

9. Du fait du recours à des manifestations publiques ouvertes à tous.

10. Actuellement le terme « toxicomane » se réfère de plus en plus aux usagers d'héroïne utilisée par injection intraveineuse, bien que d'autres pratiques d'absorption soient courantes et que d'autres substances puissent être injectées. Dans cet article nous utiliserons les termes « UDVI » et « Toxicomanes » de façon interchangeable. Bien évidemment, d'autres pratiques liées à la consommation de drogues peuvent constituer des risques particuliers, au VIH (par exemple, relâchement de l'utilisation des pratiques de protection durant les relations sexuelles).

11. A l'exception des expériences phares menées dans le cadre des DSU.

12. Ehrenberg, « Vivre avec les drogues », *Communications* (62), 1996.

13. Sur l'analyse des causes qui ont motivé en France les très importants délais de décision et de mise en œuvre de la politique de réduction des risques se référer à Coppel A., « Les intervenants en toxicomanie, le Sida et la réduction des risques en France », *Communications*, (62), 1996, pp. 75-108.

décentralisation et de développement social urbain. La convergence de ces tendances vers le local renforce doublement la solidité de cet échelon comme niveau de visibilité du problème de la toxicomanie et de l'exposition des UDVI au risque VIH et réalise simultanément son affirmation comme niveau pertinent d'intervention. Cette légitimation autorise et rend durables les initiatives issues de ce champ contribuant ainsi à sa consolidation.

Par ailleurs, le croisement d'une préoccupation sanitaire et d'un traitement territorialisé de la question sociale amène à positionner la question de la prévention du VIH au niveau de la population des UDVI et non plus uniquement des individus, inscrivant cette démarche dans le champ plus global de la santé publique. La prévention des risques de contamination au VIH des UDVI devient ainsi un possible terrain d'entente de politiques différentes, voire opposées, contribuant à faire de la santé publique un terrain neutre et potentiellement consensuel. Nous faisons donc l'hypothèse que le champ du sida/toxicomanie illustre de manière particulièrement significative la nouvelle santé publique au niveau local et en même temps donne forme à ce qui constitue le local.

Ces évolutions transforment nécessairement le cadre de la santé publique locale<sup>14</sup>. C'est pourquoi leur compréhension nous demande maintenant un détour par le concept de local.

## Les itérations de l'État et du local

Si dans l'histoire de la santé publique le rôle du local est souvent circonscrit au municipal, rappelons qu'il recouvre une réalité beaucoup plus importante et complexifiée aujourd'hui par les lois de décentralisation et la mise en œuvre de politiques de développement urbain. Il est donc nécessaire dans un premier temps de situer la notion de local dans les politiques publiques urbaines.

Le plus souvent le local est défini par opposition à l'État central, tout en étant entendu de façon polysémique : comme niveau de gouvernement, comme ensemble de populations, comme ensemble d'acteurs et comme niveau d'administration. Le rapport entre « État » et « local » est presque toujours appréhendé sous une forme linéaire. Qu'il s'agisse du schéma de l'État centralisateur (dans des rapports directifs avec le local) ou de celui plus contemporain de l'État animateur<sup>15</sup> dont la politique de la ville est une des expressions, le local est souvent conçu comme le territoire d'application des politiques. Il serait donc toujours un réceptacle de décisions centrales (modèle de l'État centralisateur) ou d'actions catalysatrices (modèle de l'État animateur) venues d'en haut.

Or bien avant la décentralisation, les analyses du « système notabiliaire »<sup>16</sup> montraient que les rapports du local, entendu comme l'ensemble de ses représentants, maires et autres élus municipaux – et de l'État central, loin d'être caractérisés par une relation dissymétrique, consistaient au contraire dans un processus de négociation continu. Pour la période postérieure à la décentrali-

sation, à partir d'une position d'observation située à l'échelon des villes, nous pouvons penser que le « local » ne se réduit ni à être tout simplement un terrain d'expériences transitoires, ni l'expression rationnelle de la modernisation de l'État. On peut également se demander si ces initiatives locales ne sont pas en train de contribuer positivement à la consolidation de nouvelles formes d'interventions publiques qui à leur tour auront des répercussions au-delà de leur lieu d'origine.

Le local aurait un rôle moteur non seulement en aval dans la mise en œuvre des politiques publiques définies ailleurs, mais aussi en amont, dans leur conception, voire leur élaboration. Le rapport État/local n'apparaît donc pas comme étant uni-directionnel mais plutôt itératif marqué par des va-et-vient. Remarquons cependant que ce mouvement apparaît au moment même où la notion de local devient de plus en plus complexe du fait de l'imbrication des différentes instances territoriales (département, région, ville) et de nouveaux acteurs souvent institutionnels (habitants, usagers, non professionnels et nouveaux professionnels, militants expérimentateurs, communautés).

Le changement du cadre de l'action entraîne en effet le changement des notions qui servent à la décrire. Ceci implique des référents nouveaux avec leur propre dimension symbolique. Nous pouvons donc conclure que le local est nécessairement polysémique.

## L'émergence d'un champ local « toxicomanie/Sida »

Notre analyse de l'émergence locale d'une santé publique ayant pour objet la prévention du Sida auprès des usagers de drogues a pris comme cadre la ville de Marseille. C'est dans la région Provence-Alpes-Côtes d'Azur (PACA), dont Marseille est la capitale, que nous trouvons la proportion la plus importante de cas de Sida attribués à la toxicomanie (41 %) <sup>17</sup>.

Depuis les années quatre-vingt, la toxicomanie est perçue comme constituant un problème social plus spécifique des quartiers « en difficulté » ainsi qu'une des trajectoires possibles des jeunes dans la galère<sup>18</sup>.

A Marseille, ville multi-culturelle déjà très touchée par les nouvelles formes de pauvreté, cette représentation est

14. Stone D.A., *Policies paradox and politics*, Boston, Scott Foresman, 1988.

15. Donzelot J. et Estebe P., *L'État animateur*, Paris, Le Seuil, 1994.

16. Worms J.-P., *Le préfet et ses notables*, *Sociologie du Travail* (3), 1966, pp. 249-275 ; et Gremion P., *Le pouvoir périphérique*, Paris, Le Seuil, 1976.

17. Ceci pour les cas diagnostiqués entre le 1/07/1995 et le 30/06/1996. Depuis 1978, la proportion des cas cumulés en PACA est de 44 %. Le taux de cas de Sida chez les toxicomanes par million d'habitants est nettement plus important dans ces deux régions qu'ailleurs en France.

18. Paillard B., *L'épidémie : Carnets d'un sociologue*. Paris, Stock, 1994 ; Fournié J., *La prévention du Sida auprès des toxicomanes*, Rapport de recherche ANRS, 1993. Voir aussi les travaux du GRASS-IRESCO.

attestée par une analyse de la presse locale<sup>19</sup>. La mise en place au cours des trois dernières années d'un faisceau d'initiatives en matière de prévention du VIH, jointe à l'importance sur le plan local de la problématique de développement social des quartiers, nous ont fait considérer ce site comme particulièrement révélateur du statut du local dans le développement de formes originales d'interventions sanitaires. La période considérée est en effet marquée à Marseille par des initiatives nombreuses et convergentes en matière de prévention du Sida auprès des UDVI, dont certaines sont encore en voie de développement (parmi celles-ci nous pouvons citer la promotion d'un programme mobile d'échange de seringues, l'implantation de programmes de substitution à la méthadone, l'ouverture d'une urgence spécialisée pour l'accueil des usagers de drogue...). Pour une part d'entre elles ces initiatives se déroulent en dehors des institutions habituellement concernées par la prévention de la toxicomanie et sont portées par des acteurs nouveaux de la santé publique, associations humanitaires, usagers ou réseaux non professionnels constitués autour d'un objectif commun.

Outre qu'elle témoigne de la progressive structuration d'un domaine nouveau de santé publique au plan local, l'analyse de ces expériences met en évidence la convergence de la problématique de la réduction des risques et de la problématique du développement social des quartiers. La désignation des populations cibles des actions de prévention est en effet souvent territorialisée et s'accompagne en partie de la mise en œuvre d'actions de « proximité ». Cependant, il faut souligner que ce rapprochement n'est pas l'œuvre des dispositifs DSU eux-mêmes, dont les animateurs se déclarent le plus souvent incompetents sur les questions sanitaires, mais d'acteurs extérieurs aux domaines institués, tant de la santé que des politiques urbaines ou locales.

Le champ émergent sida/toxicomanie, en ciblant des populations situées, constitue une forme de santé publique locale. En même temps certaines des interventions qui le constituent ont pu se consolider et devenir des composantes à part entière du paysage sanitaire local. L'observation de ce champ permet par ailleurs de constater des évolutions en cours dans le milieu local socio-sanitaire, notamment en matière de qualification des acteurs et de rôles, de rapports aux usagers, de définition même de la notion d'usager, de filières d'accès aux fonctions de responsabilité et de référence à des modèles d'intervention venus d'ailleurs.

Les données utilisées dans le cadre de l'analyse sont de deux types : dans un premier temps, des données historiques nous ont permis de retracer la genèse, vue de Marseille, d'une opération nationale de prévention en direction des UDVI. Ensuite, des données issues d'entretiens menés avec les acteurs d'opérations locales de prévention, en cours ou récentes, nous ont permis d'identifier les formes originales prises par cette santé publique émergente et de caractériser son rapport aux politiques

d'animation du territoire. Les matériaux utilisés se rapportent à quatre opérations de prévention actuelles ou en cours à Marseille, opérations qui existent dans d'autres villes mais qui prendront une forme spécifique selon les endroits (Voir à ce propos les problèmes d'implantation d'échanges de seringues à Toulouse)

– Les expérimentations qui ont précédé la conception du stéribox et y ont contribué au niveau local<sup>20</sup> ;



– La conception et la mise en activité d'un programme mobile d'échange de seringues (PES) ;

– Le développement de diagnostics locaux de la toxicomanie dans les quartiers en difficulté ;

– L'implantation d'automates distributeurs/échangeurs de seringues.

## L'opérationnalisation des décrets au niveau local

La genèse de la politique française de réduction des risques – qui encadre l'ensemble des expérimentations locales – illustre combien le local ne se restreint pas à être le cadre d'application de politiques décidées au niveau national mais contribue activement à la conception même de ces politiques. L'exemple du stéribox est à ce titre tout à fait pertinent. Ce kit de prévention est en effet emblématique de la politique de réduction des

19. Peraldi M., *Comme ils le disent : sept années d'articles sur la drogue dans la presse marseillaise*, Communication au colloque international « La ville, l'argent, la mort », Université de Barcelone, mai 1996.

20. Le Stéribox est constitué d'un emballage rigide contenant une seringue, un coton, une fiole d'eau stérile. Il permet une plus grande discrétion de la vente de la seringue (qui n'est pas visible) et offre un emballage de récupération de la seringue usagée. Les stéribox ne peuvent être vendus qu'en pharmacie au tarif conseillé de 5 F.

risques en direction des UDVI en France. L'histoire de sa conception synthétise les retards et les contradictions de la politique sanitaire française de prévention du Sida à l'égard des usagers de drogue. Sur un autre plan, l'analyse des conditions qui ont mené à sa conception met en évidence le rôle décisif joué par les acteurs locaux dans l'actualisation des politiques de prévention, voire dans leur conception même.

Entre 1987 et 1993, des groupes de pressions se constituent pour dénoncer l'application très inégale du décret autorisant la vente des seringues, le caractère insuffisant de cette disposition et l'abandon plus général par les autorités sanitaires des usagers de drogues. Ces mouvements revendiquent le développement d'une véritable politique de réduction des risques. Sur le plan local, la visibilité croissante du Sida et la réticence de nombre de pharmaciens à vendre des seringues aux usagers de drogues amène, dans plusieurs villes, et sans concertation, des intervenants en toxicomanie ou des associations humanitaires à entamer un travail de sensibilisation auprès des officines, du Conseil de l'Ordre et des syndicats professionnels.

À Marseille, ainsi, 400 pharmacies sont démarchées par un organisme spécialisé dans la prévention de la toxicomanie. Démarchage direct, discussions, conflits, travail de réseau, contribuent à rendre plus effective dans un site donné une disposition légale valable pour l'ensemble du territoire et augmenter de façon très nette l'application effective de la disposition Barzach. Dans plusieurs sites, des professionnels ou des associations humanitaires développent des efforts spécifiques pour accompagner l'acte de vente de la délivrance d'un message de prévention. C'est ainsi que des kits de prévention (contenant en plus d'une seringue, du coton ou un préservatif et parfois un message de prévention) voient le jour presque au même moment dans différentes villes de France (Marseille, Bordeaux, Ivry...) et sont distribués aux pharmaciens associés à l'opération.

Dans un deuxième temps, à partir de 1993, ces initiatives locales seront coordonnées et financées par l'AFLS<sup>21</sup> dans le cadre d'une expérimentation nationale. Leur confrontation aboutit à retenir le produit vendu dans le Val de Marne qui sera généralisé sous le nom de « stéribox ».

Le rôle du local et des acteurs de terrain dans cette opération n'est cependant pas limité à la phase de conception. Pendant plus d'un an, ce sont les associations qui se chargent de gérer les stocks de stéribox (c'est le cas à Marseille) et d'approvisionner directement les pharmaciens, cette opération se déroulant en l'absence de toute législation sur la question<sup>22</sup>, la reprise de la marque par l'État n'intervenant qu'en 1995.

Les acteurs de santé publique impliqués dans cette opération ne sont donc ni des médecins, ni des professionnels de la santé, mais bien des acteurs de terrain. La double appartenance de certains acteurs du champ local aux instances nationales (associations professionnelles, commissions officielles) a facilité la circulation des

expériences et des idées. Cette caractéristique rend en partie compte de la complexité des rapports national/local plus circulaires qu'exclusivement hiérarchiques.

La résultante de la politique de réduction des risques, en l'occurrence l'autorisation de la vente libre de seringues, est donc liée au mouvement de va-et-vient entre organismes locaux, organismes nationaux et corps de l'État. La santé publique locale n'est donc pas l'effet d'un rapport vertical et descendant national/local mais tire une partie de son autonomie de l'interaction qu'elle entretient avec le national.

## Un programme de prévention à la recherche d'un partenaire local

L'exemple de la mise en place d'un programme mobile d'échange de seringues à Marseille illustre de la même façon la complexité des rapports entre le niveau central et local de décision des politiques de santé publique.

En 1993, l'Agence Française de Lutte contre le Sida suscite une réunion regroupant des professionnels de la toxicomanie issus de diverses régions sur le thème de la réduction des risques. Cette réunion vise à susciter l'émergence de projets sur le plan local dont le contenu n'est pas a priori défini. L'initiative s'inscrit dans le contexte des pressions exercées par des groupes d'usagers ou d'associations auprès des pouvoirs publics français pour la définition d'une véritable politique de réduction des risques.

À Marseille, l'émergence d'une association regroupant des professionnels issus d'associations humanitaires et d'institutions spécialisées dans le domaine de la toxicomanie concrétise cette incitation. Créée par des acteurs situés à l'interface du champ de la prise en charge spécialisée des toxicomanes et des soins, cette association a l'originalité de regrouper des individus qui relèvent de plusieurs institutions et qui favorisent la mise en commun et la circulation des idées tout en évitant les cloisonnements institutionnels. Son premier projet vise à pallier l'insuffisante disponibilité de matériel d'injection dans la ville par l'implantation d'un programme mobile de distribution et d'échange de seringues (PES).

Aucune association sur le plan local ne pouvant ou ne voulant prendre en charge la gestion directe du projet, c'est à l'instance parisienne d'une association humanitaire expérimentée en la matière que le groupement interprofessionnel fait appel pour qu'elle incite en retour son homologue marseillais à prendre en charge le projet. Ici le local, ou une de ses instances, interpelle le central pour qu'il anime à son tour le local. Le local est en quelque sorte triangulé.

21. Association française de lutte contre le Sida.

22. L'autorisation de mise sur le marché des stéribox n'interviendra en effet qu'en 1995.

L'analyse de la deuxième phase du projet de PES, le choix des lieux de stationnement du bus, renforce le caractère non évident de l'accès au local. Ce programme de prévention cherche à définir ses sites d'implantation à partir des secteurs géographiques identifiés comme étant susceptibles de regrouper des usagers de drogues. La non superposition systématique d'un territoire et de la population d'UDVI, liée au caractère mouvant de la pratique (dissociation des lieux d'achat, d'usage et d'habitat), rend d'emblée plus complexe la territorialisation de l'opération. C'est le recours à des usagers ou ex-usagers, qui permet à l'équipe chargée de la mise en œuvre du projet de définir les sites de stationnement, usagers qu'elle encourage à se constituer en association, contribuant ainsi au processus de fabrication du local.

Si l'implantation dans des secteurs « ouverts » comme le centre-ville – c'est-à-dire marqués par une grande circulation d'usagers de drogues et de populations précaires et par la présence de plusieurs institutions de prévention de la toxicomanie – pose peu de problèmes en termes d'acceptation, l'implantation dans des quartiers périphériques, et plus particulièrement dans des zones inscrites dans des secteurs DSU, s'avère plus délicate. Venant de l'extérieur et en l'absence d'une sollicitation issue des sites, l'association ayant en charge le projet est accusée de vouloir stigmatiser le quartier et se trouve rejetée par les travailleurs sociaux. C'est le recours à des usagers ou ex-usagers qui lui permet finalement de développer sa connaissance du terrain.

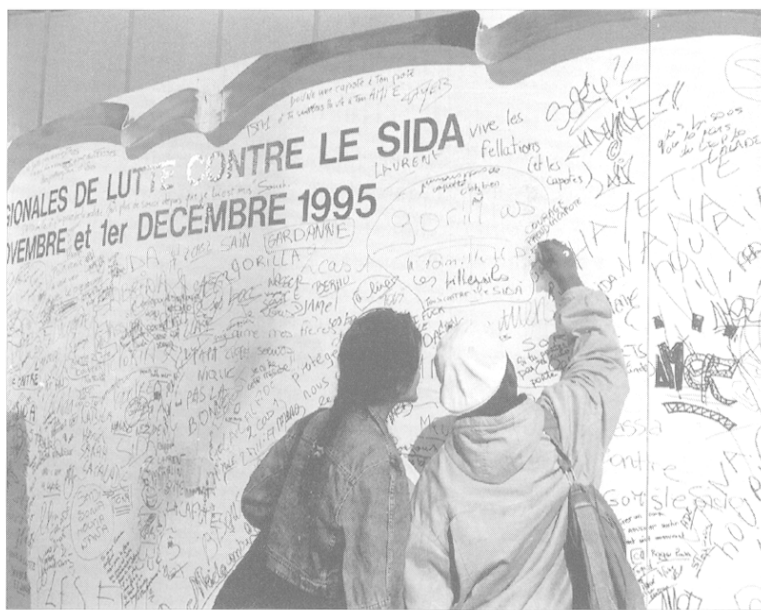
## Accès aux populations et politique de développement social

L'émergence d'une initiative de santé publique en matière de réduction des risques peut être indirecte, développement secondaire de la rencontre d'une demande sécuritaire et de la recherche de son public par une institution spécialisée. C'est le cas de figure dans lequel s'inscrit l'expérience d'une importante association marseillaise de prévention de la toxicomanie, répondant à la demande d'intervention d'un office HLM dans une cité « en difficulté ». Le problème qui est désigné par l'organisme logeur ne relève pas du soin de la toxicomanie, mais bien du registre sécuritaire : visibilité de la consommation de drogues dans les immeubles, sentiment d'insécurité, contexte de dégradation générale de l'environnement. L'association se trouve confrontée à une demande qui ne relève pas directement de son registre d'intervention mais qui l'intéresse du fait du possible recoupement entre le public d'usagers de drogues du quartier et le public qu'elle est amenée à prendre en charge dans ses consultations.

Une méthodologie originale d'intervention est élaborée, consistant à évaluer la réalité du phénomène de la toxicomanie sur le site et en même temps à qualifier les acteurs du local sur la question de l'usage des drogues, créant ainsi une chaîne thérapeutique entre le terrain et

l'institution. C'est ensuite dans le cadre de cette expérience que sont noués les premiers contacts avec les pharmaciens, perçus comme des informateurs potentiels sur l'étendue du phénomène de l'usage de drogues sur le territoire de la cité, partenaires « naturels » d'une action de sensibilisation au niveau local et progressivement relais et co-producteurs de la politique de réduction des risques au niveau local.

Une intervention locale s'accompagne ainsi d'un travail de maillage qui permet une concaténation d'actions à différents niveaux : sur le site d'un habitat, sur un quartier, sur une ville. Apparemment indépendantes les unes des autres, ces actions sont en fait profondément articulées, du fait même des catégories d'acteurs sur lesquelles elles reposent qui ouvrent la voie à des réseaux différents. Cette expérience d'intervention locale sera répétée et progressivement formalisée sur le plan méthodologique sous la forme de « diagnostics locaux ». Cette formalisation permettra son application dans d'autres secteurs DSU, dans des cités où les acteurs locaux désignent des « problèmes » de toxicomanie. En effet au type de méthodologie mise en place, caractérisée par le travail partenarial avec les travailleurs sociaux du site dans le but de traiter un problème local, correspond le modèle de



Le mur des noms des victimes du Sida.

développement social préconisé par le DSU<sup>23</sup>. Cette convergence agit du même coup comme facteur de consolidation et de légitimation de la méthode. La rencontre d'une demande d'intervention de nature sécuritaire et d'une préoccupation d'accès au territoire d'un organisme de travail social contribue du même coup à la

23. Alfonsi G., Joubert M., Weinberger M., « La prévention des toxicomanies. Quels supports pour les politiques locales ? ». Texte présenté au séminaire de recherche du GAR Psychotropes, Politiques, Sociétés, Paris IRESCO, 1996.



Marseille. Automate échangeur de seringues.

construction du local et au développement, à la marge, d'une action de santé publique.

## Un dispositif territorialisé d'automates échangeurs de seringues

Nous évoquerons de manière plus succincte une expérience en cours à Marseille qui est peut être annonciatrice d'une évolution importante du contenu et des formes de la santé publique au niveau local.

A l'occasion du récent changement d'équipe municipale, une mission Toxicomanie/Sida a été créée à la Ville de Marseille, ayant comme objectif spécifique la coordination de l'ensemble des actions de réductions des risques menées sur l'ensemble du territoire marseillais, ainsi que l'impulsion d'actions originales et novatrices en la matière. La première opération concrète de cette mission a été l'implantation en étroit partenariat avec l'État d'un dispositif de huit échangeurs/distributeurs de seringues dans l'ensemble de la ville. Si l'implantation d'automates ne constitue pas une innovation en matière de réduction des risques, les caractéristiques de l'opération sont tout à fait originales.

Selon un principe de traitement égalitaire des différents secteurs de la ville, chaque mairie d'arrondissement s'est vu attribuer la charge d'implanter un appareil sur son territoire. Le choix du site a été laissé aux maires qui ont pu selon le cas utiliser les recommandations du comité de pilotage, consulter les comités d'intérêt de quartier ou décider seuls du choix des sites. Enfin la gestion des appareils, ainsi que le travail de proximité (information et sensibilisation des riverains) et d'information auprès des usagers, ont été confiés à quatre associations participant déjà dans la ville à des actions de réduction

des risques. Dans cette expérience d'ampleur, le statut du local n'est pas assimilable au ciblage territorial d'une population ou à ses besoins, mais à une rationalité politique qui définit d'emblée les territoires comme équivalents. L'effet de stigmatisation de sites particuliers – notamment les quartiers en difficulté – se trouve ainsi gommé, mais l'objectif d'accès à la population singulièrement dévié, la localisation des appareils ne correspondant pas obligatoirement à celle des usagers ou à la géographie de leurs besoins. Cette forme de santé publique locale cible ainsi plus des territoires politiques que des populations.

## Les territoires du local

Le local, traité, appréhendé, construit au travers des interventions de santé publique est ainsi profondément variable. Il peut recouvrir des territoires et des acteurs divers, être mouvant et ne posséder par ailleurs aucun caractère d'évidence.

L'analyse de la genèse du programme d'échange de seringues montre que, derrière l'affichage du projet « local », dans le sens où ce projet se trouve inscrit dans un site et répond à des besoins locaux particuliers, est lisible tout un jeu complexe d'interrelations entre le pouvoir central, les associations locales, des instances nationales d'une association locale et pour finir le monde hors frontière de l'humanitaire. L'hypothèse d'une interaction linéaire central/local paraît bien insuffisante pour rendre compte de la complexité des niveaux mobilisés et de leurs rapports réciproques.

Le local ne préexiste pas aux projets mais il s'élabore en même temps qu'eux. Acteurs, réseaux, champ d'interventions et projets se définissent mutuellement.

Par ailleurs le caractère situé du local n'est pas évident : celui-ci peut recouvrir un territoire d'administration (une cité pour un office HLM, la circonscription pour l'action sanitaire et sociale), un territoire d'animation (le territoire du DSU par exemple), un territoire politique (un arrondissement), le territoire des pratiques (achat, usage de drogues), mais aussi un territoire imaginaire (celui des peurs collectives liées à l'abus de drogues).

L'intervention dans la cité requise par l'office HLM se déroule dans un territoire qui est prédéfini par les limites des compétences territoriales du demandeur. Il possède une certaine solidité institutionnelle liée à la taille de l'acteur mais aussi à son implication dans le réseau public local de développement social. Le local sur lequel l'association de prévention de la toxicomanie est sollicitée, possède une consistance et une légitimité plus forte que le local, territoire des pratiques des usagers de drogues.

Le territoire visé par le programme mobile d'échange de seringues est plus flou, il correspond aux zones de pratiques marginales désavouées et contrairement aux premières non inscrites dans l'espace des politiques

publiques. Il est en plus mouvant, suivant le déplacement des usagers et changeant, soumis à l'évolution des modes de consommation. Ces territoires ne coïncident pas toujours, mais des interventions ciblant des territoires différents et partageant le même souci de développement du local peuvent prendre pour cadre le même espace géographique, et de ce fait même rentrer en conflit.

Enfin, dès lors que les interventions de santé publique sont territorialisées ou cherchent à accéder à une population identifiée à un site, ses promoteurs se heurtent aux nouvelles autorités territoriales que représente l'acteur collectif DSU ou sont orientées par le biais des financements du contrat de ville vers ces structures. L'ensemble des initiatives décrites ont été amenées à rencontrer, à se heurter, souvent à se combiner, aux programmes locaux de développement social urbain.

## Les nouveaux acteurs de santé publique

Les expériences relatées illustrent à quel point une des caractéristiques majeures de ce nouveau champ de santé publique local, qui se met en place autour de la prévention du VIH auprès des UDVI, est l'entrée sur scène de nouveaux acteurs de santé publique. L'engagement durable des associations et organismes de travail social dans le travail de sensibilisation des pharmaciens, voire de commercialisation du stéribox, contribuent à faire de ces organismes de nouveaux acteurs de santé publique locaux<sup>24</sup>. Les frontières classiques qui séparent les domaines d'intervention du sanitaire et du social, et notamment la singularité française qui fait de la santé le domaine réservé des professionnels de la médecine se trouvent ici bouleversées. Des liens nouveaux et durables s'établissent entre acteurs issus de mondes sociaux différents sous la forme de réseaux de coopération entre professionnels du travail social et associations humanitaires et corporations médicales.

Les acteurs associatifs issus de l'humanitaire sont une des figures majeures de ce champ. Qu'ils soient porteurs autonomes de projets, chargés de les mettre en œuvre, ou encadrés dans des dispositifs collectifs, ils se distinguent des travailleurs sociaux ou des professions de santé du secteur sur plusieurs points. « Travailleurs circulatoires » issus de l'humanitaire, ils sont inscrits dans une géographie qui n'est plus celle du centre et de la périphérie de la France mais du monde de l'humanitaire<sup>25</sup> et non du local comme les professionnels du travail social ou du DSU, qui tirent une partie de leur légitimité de leur rapport étroit à un territoire.

Les modèles de santé publique auxquels ces acteurs associatifs se réfèrent dans leurs activités font une large place au « communautaire », entendu le plus souvent au sens du développement d'initiatives locales à partir de ses ressources propres. Leurs rapports à la population qui constitue leur cible d'intervention ne sont pas construits sur un principe de distance experts/profanes mais bien de

collaboration. Leur modèle d'intervention préconise ainsi les groupes d'auto-support et le développement du rôle des pairs.

Les usagers de drogues sont une autre des catégories d'acteurs nouveaux de la santé publique. C'est aux usagers ou ex-usagers que l'association porteuse du projet de bus d'échange de seringues fait appel pour accéder au local, faute d'être relayée par les professionnels du travail social. Par ailleurs les usagers organisés en association sont conviés au titre de leur connaissance locale de la population toxicomane à participer aux comités de pilotage du dispositif automate de la ville de Marseille. Le statut des usagers dans la santé publique locale oscille entre deux rôles : médiateurs auprès de la population ciblée, « experts » en localisation des populations difficiles à atteindre ou acteurs autonomes de prévention quand ils sont constitués en association. La légitimité de ce deuxième rôle n'est cependant pas évidente pour tous les acteurs du champ, et est le plus souvent contestée par ceux dont les usagers de drogues constituent le public permanent.

Le réseau dans une forme non instituée est un des autres acteurs de la santé publique émergente. L'établissement de diagnostics locaux de la toxicomanie au niveau d'un site motive des contacts non habituels entre travailleurs sociaux et pharmaciens. Ces contacts permettent d'aborder des préoccupations qui dépassent le site – la non-application de la Loi Barzach et le taux élevé d'UDVI contaminés par le virus du VIH –, et de les aborder ensuite grâce à l'opération « kit de prévention » et stéribox. Le réseau qui en résulte est formé de la rencontre surprenante d'un organisme local de prévention de la toxicomanie, d'une corporation de pharmaciens et d'un grossiste en produits pharmaceutiques. La santé publique émergente se construit ainsi sur de nouvelles configurations d'acteurs.

## Médiateurs, relais et passerelles

Quels que soient l'ambition ou l'enjeu des opérations, elles partagent le commun objectif de vouloir accéder à un moment ou à un autre de leur processus d'implantation à la population ciblée, directement ou par l'intermédiaire de relais. Le local n'est pas accessible directement, il est médiatisé.

Deux modèles sont mis en œuvre pour accéder à la population recherchée : le recours à des relais, experts du site, inscrits dans le monde du travail social, et le recours aux usagers eux-mêmes institués du même coup en représentants légitimes de la population ciblée. Le choix entre ces deux options semble être lié au statut d'exté-

24. Tendance inaugurée par le mouvement associatif autour du Sida, en particulier par AIDES.

25. Sur le concept de circulation des travailleurs, voir A. Tarrius, *Les fourmis de l'Europe*, L'Harmattan, 1992. J. Attali parle de « nomades » pour désigner la circulation des consultants au niveau global.

riorité de l'intervenant ou de l'association par rapport au local.

L'arrivée sur le terrain de l'association intervenant dans la cité en difficulté est en quelque sorte légitimée, autorisée par l'organisme logeur, un des acteurs majeurs du site. Ce n'est pas le cas de l'association qui cherche à implanter son programme d'échange de seringues, extérieure au territoire visé à plusieurs titres : par le lieu de genèse du projet, une association marseillaise non territorialisée, par une recherche d'accès au site en dehors de toute demande issue de celui-ci, et par l'origine non locale de ses animateurs.

Mais cette médiation n'en demeure pas moins indispensable pour définir très précisément ses secteurs géographiques d'intervention. La première tentative du programme d'échange de seringues en ce sens échoue. La démarche qui consiste à faire appel aux techniciens du social du site concerné rencontre un piètre écho et se heurte à la mise en cause de l'existence même du problème. Le mode d'entrée dans ces territoires explique en grande partie ce refus. L'intervention n'est pas suscitée par une demande émanant du site lui-même, mais par une démarche externe au territoire concerné, élaborée à l'échelle de la ville dans son ensemble et visant des zones à risque. Le DSU, ou du moins l'acteur collectif qui l'incarne dans les sites, semble ainsi s'investir d'une souveraineté territoriale qui limite l'arrivée d'acteurs externes et contrôle en quelque sorte l'intervention sur le local et du même coup son processus de développement.

Les initiatives qui caractérisent cette nouvelle santé publique locale ont la particularité de brouiller les frontières qui marquent traditionnellement les limites du sanitaire et du social, du médical et du sécuritaire. Elles ciblent des populations et non des individus et tentent de promouvoir l'accès aux soins des plus démunis ou marginalisés dans une logique d'équité entre les citoyens. Elles introduisent des acteurs nouveaux : associations, usagers, réseaux informels, qui mettent en œuvre des techniques de travail qui ne se réfèrent pas seulement au modèle de l'expertise professionnelle classique.

L'analyse des expériences marseillaises montre par ailleurs que l'objectif de santé publique n'est pas toujours isolé ou déconnecté d'autres préoccupations de politiques ou d'actions sociales. Il leur est même co-extensif. Objectif de santé publique et objectif de traitement social et sécuritaire de la toxicomanie dans un quar-

tier en difficulté apparaissent souvent imbriqués. Enfin ces initiatives sont amenées à rencontrer et souvent à s'inscrire dans les politiques de développement urbain des sites dans lesquelles elles se développent, parce qu'elles partagent une partie de leurs cadres de référence et qu'elles contribuent à les consolider. Le domaine de la prévention du VIH peut donc être considéré comme une passerelle entre le discours sécuritaire qui caractérise la politique de la ville à un moment donné, et la santé publique locale.

On peut toutefois s'interroger sur la portée des expériences relatées. S'agit-il d'épiphénomènes s'inscrivant dans le contexte de lutte contre la propagation d'une épidémie, ou de témoins d'une restructuration plus durable de la santé publique au niveau local ? La consolidation d'un champ de santé publique Sida/Toxicomanie est-elle imputable à une spécificité épidémiologique locale ou témoigne-t-elle de l'émergence de nouveaux enjeux relatifs au statut du local dans la santé des populations ?

Si une certaine convergence apparaît entre une majeure partie des initiatives citées, notamment en ce qui concerne le statut du local, l'approche des populations et l'émergence de nouveaux acteurs, le cas du dispositif automate est plus ambigu. La rationalité politique qui guide le choix des lieux d'implantation des appareils se différencie d'une démarche partant de l'évaluation des besoins d'une population dans un territoire donné. Elle s'inscrit *a contrario* d'une territorialisation de la santé publique. L'approche de la santé publique locale doit maintenant intégrer une autre hypothèse qui est celle du dépassement par les villes du cadre de leurs compétences réglementaires pour une municipalisation progressive de la santé publique. ■

**Isabelle Feroni**  
**Anne Lovell**

N.B. : Bien que la santé publique locale puisse recouvrir en partie ce que certains entendent par santé communautaire, cette dernière notion nous semble se référer plutôt à une implication des sujets eux-mêmes dans une action locale en matière de santé pouvant posséder en même temps une dimension globale. Si la santé publique locale peut inclure la santé communautaire mais ne l'inclut pas nécessairement, la santé communautaire est toujours une santé locale, car c'est une forme d'action située dans un territoire.

Malgré l'importance de ce débat, il ne nous est pas possible dans le cadre de cet article de rentrer dans le détail de cette discussion.

**Isabelle Feroni**, sociologue, est chargée d'études à l'Observatoire Régional de la Santé PACA et chercheur associé à l'unité INSERM 379 à Marseille. Elle a travaillé sur les professions de santé et mène actuellement une évaluation des dispositifs de réduction des risques à Marseille. Elle a publié dans la revue *Sciences Sociales et Santé*.

**Anne Lovell**, anthropologue, est Maître de conférences à l'Institut des Sciences Sociales Raymond Ledrut à l'Université de Toulouse le Mirail. Elle a travaillé sur les politiques de santé publique, la santé et la précarité et la psychiatrie en collaboration avec R. Castel. Elle a publié dans *Raisons Pratiques*, dans la *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* et dans *American Anthropologist*. Cet article est issu d'une recherche portant sur l'émergence d'une nouvelle santé publique autour de la prévention du SIDA chez les usagers de drogues par voie intraveineuse à Marseille. Les travaux ont été menés dans le cadre du volet « la santé publique et le local » du programme PIR-Villes.