



Lutte contre le sida : la reconfiguration d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille

Gwenola Le Naour

► To cite this version:

Gwenola Le Naour. Lutte contre le sida : la reconfiguration d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille. Sciences Sociales et Santé, 2005, Vol. 23 (N° 1), pp.43-68. halshs-00119902

HAL Id: halshs-00119902

<https://shs.hal.science/halshs-00119902>

Submitted on 12 Dec 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE NAOUR, Gwenola (2005). Sciences sociales et santé. Vol. 23 N° 1. « Lutte contre le sida : la reconfiguration d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille ». P. 43-68.

Lutte contre le SIDA : la reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues » à Marseille.

Gwenola Le Naour^{*}

^{*} Maître de conférences en science politique. IEP de Lyon, Triangle. Coordonnées électroniques : gwenola.le-naour@wanadoo.fr

Title :

Fight against AIDS : the reshaping of a policy of "reduction of harm linked to drug using" in Marseilles.

Summary:

The writer focuses on the changes in Marseilles's healthcare policy for drug-addicts during the 1990's. Doing so, she evaluates the influence of the nationwide adoption of so-called policies of reduction of harms linked to drug-using (hence, harm reduction policy).

The arrival of AIDS and the decision to carry out health and social harm reduction policies linked to drug addiction thus bring to light people whose conceptions of the issue of drugs, of drug addiction, and of treatments to implement are in competition with those of "traditional" contributors to the issue of drug addiction. The emergence of these agents does not lead to the victory of one group over another but to juxtapositions and hybridisations of the various plans of action and public policies.

Key words: AIDS, drug addiction, public policy

Résumé :

L'auteure analyse les transformations de la politique marseillaise de soins aux toxicomanes au cours des années 1990. Elle mesure l'influence locale de l'adoption au niveau national de mesures dites de réduction des risques liés à l'usage de drogues (RDR). L'intrusion du SIDA et la décision de mettre en œuvre une politique de RDR sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie font ainsi émerger des acteurs dont les représentations du problème de la drogue, de la toxicomanie, et des traitements à mettre en œuvre apparaissent concurrentes de celles des intervenants « classiques » en toxicomanie. Les positionnements de ces acteurs n'aboutissent pas à la victoire d'un groupe sur un autre mais à des juxtapositions et des hybridations des dispositifs et des différentes politiques publiques.

Mots clés : SIDA, Toxicomanie, Action publique

Introduction

Les usagers de drogues par voie intraveineuse constituent un « groupe à risques », c'est-à-dire particulièrement exposé au virus du SIDA. Cette exposition est connue à partir du milieu des années 1980, mais ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard que des mesures de prévention de grande ampleur en direction des usagers de drogues sont prises dans le cadre de ce que les pouvoirs publics nommeront une « politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues ». Plusieurs recherches (Setbon, 1993 ; Coppel, 1996 ; Bergeron, 1999 ; Steffen, 2000) ont centré leurs interrogations sur les raisons de « l'exception française » en matière de lutte contre le SIDA, cherchant à comprendre les causes de la forte propagation par rapport aux autres pays européens et l'adoption plus tardive de mesures préventives. En dépit des inadaptations et résistances du système de soins français, des politiques de lutte contre le SIDA ont vu le jour (Borraz, Loncle-Moriceau, 2000). Ce sont les modalités de développement d'une de ces politiques, dans les années 1990, à Marseille¹ qui sera l'objet de cet article.

Comment un nouveau cadre d'action publique parvient-t-il à s'imposer localement et comment s'articule-t-il aux politiques pré-existantes et aux dispositifs plus anciens ? Comment une politique de réduction des risques a-t-elle été mise en place dans l'agglomération marseillaise ? La prise en compte de l'épidémie de SIDA a-t-elle entraîné des modifications substantielles dans les dispositifs sanitaires prenant en charge des usagers de drogues, tels que le dispositif traditionnel de soins aux toxicomanes, la médecine libérale et l'hôpital public ?

L'hypothèse ici défendue sera que l'organisation de nouveaux modes d'action et de nouveaux principes conduit à la mobilisation d'un plus grand nombre d'acteurs qui vont émettre des avis concurrents sur l'action publique, ce qui n'empêchera pas sa création, mais n'aboutira ni à un consensus autour de celle-ci, ni à une harmonisation des différents dispositifs qui sont, dans la plupart des cas, simplement juxtaposés.

¹ La Ville de Marseille est qualifiée de ville pilote en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues. L'expérience marseillaise constitue un cas particulier qui résulte d'une configuration d'acteurs spécifiques et d'événements concomitants (changement de Municipalité, création de nouveaux services administratifs) qui ont permis le développement d'une politique locale de réduction des risques dans l'agglomération marseillaise (Lovell, Feroni, 1996 et 1998).

Pour tenter d'appréhender la rencontre entre des acteurs aux idées concurrentes et les transformations de dispositifs concrets que cette rencontre suscite ou ne suscite pas, la posture ethnographique² et la mise en récit de l'action publique nous ont semblé opérantes afin de décrire et analyser les conflits, compromis, juxtapositions et hybridations qui traversent les dispositifs d'action publique lorsqu'ils font l'objet de modifications. Nos questionnements rejoignent ceux des travaux pionniers en analyse des politiques publiques et notamment les travaux de Jeffrey L. Pressman et Aaron Wildavsky sur l'action conjointe complexe. (Pressman, Wildavsky, 1984, p. 102). Analysant la mise en œuvre d'un programme fédéral destiné à développer les emplois en faveur des minorités ethniques dans la ville d'Oakland en Californie, Pressman et Wildavsky examinent l'ensemble des processus qui mènent ce programme à l'échec. Le grand nombre d'acteurs censés participer à la mise en œuvre et les objectifs contradictoires qu'ils poursuivent, ne permet pas au programme de reposer sur une action conjointe. A leur instar, ce qui nous préoccupe, c'est finalement cette question classique des conditions dans lesquelles l'action conjointe complexe est rendue possible. Si, dans leur monographie, les différents acteurs engagés, aux intérêts multiples, ne parviennent pas à mener une action conjointe, notre étude de cas prouve qu'une politique engageant un grand nombre d'acteurs aux intérêts divergents parvient à se développer et aboutit à des formes différenciées d'« action conjointe » entre ces acteurs allant de la juxtaposition à l'action commune.

A partir d'une expérience locale, il s'agira de montrer par quel processus un groupe d'acteurs hétéroclites parvient à redéfinir un problème public, ici l'usage de drogues, pour permettre et justifier le développement d'une action en partie contestée par d'autres acteurs érigés en spécialistes de ce même problème. Il faudra, ensuite, examiner les mécanismes et arrangements par lesquels ces acteurs, aux pratiques et représentations différentes, se trouvent finalement impliqués dans une même action publique locale ; et montrer, si, et comment, les acteurs et les dispositifs produits par cette action publique interagissent les uns avec les autres et avec les dispositifs et institutions plus anciennes.

² Les données fournies s'appuient, dans le cadre d'une thèse de science politique, sur un travail sur les archives de la Mission SIDA Toxicomanie de la Ville de Marseille, les revues spécialisées (*Interventions*, *Remaides*, *ASUD-Journal*), une série d'entretiens approfondis avec les acteurs ayant participé et ceux s'étant opposés à la mise en place localement d'une politique de réduction des risques, ainsi qu'une observation non participante des réunions du Comité de Pilotage Automates Echangeurs de Seringues durant deux années consécutives (d'octobre 2000 à octobre 2002), et enfin une observation participante menée dans le cadre d'un stage de 18 mois (de janvier 2001 à octobre 2002) au sein de la Mission SIDA Toxicomanie de la Ville de Marseille.

1. L'adoption conflictuelle de mesures de prévention de l'épidémie de SIDA chez les usagers de drogues à Marseille

L'implantation de mesures de réduction des risques (RDR) dans la cité phocéenne peut être envisagée comme une reterritorialisation de l'action publique, dans le sens où elle permet aux services de l'administration déconcentrée de prendre l'initiative et, dans une certaine mesure, le contrôle de l'action publique locale en direction des usagers de drogues. L'adoption de mesures de prévention du SIDA et l'extension des projets expérimentaux (boutique, sleep-in³, programmes d'échange de seringues), au milieu des années 1990, sous forme d'appels à projets, représente, pour les acteurs de l'Etat déconcentré, l'occasion de prendre la main et de faire entrer dans le système local d'action publique d'autres acteurs, jusqu'ici absents de la scène marseillaise.

1.1 L'ouverture d'une fenêtre politique

A Marseille, au milieu des années 1990, si le discours ambiant consiste à affirmer qu'il faut agir pour enrayer l'épidémie de SIDA parmi les usagers de drogues, les initiatives venant du monde associatif, du monde médical, et de l'intervention en toxicomanie, contrairement à ce qui se passe à Paris à la même période, sont peu nombreuses. Cette situation peut s'expliquer par l'échec d'une première initiative, expérimentée à la fin des années 1980.

Fin 1989, la Direction Générale de la Santé (DGS) avait ainsi décidé de l'ouverture de trois Programmes d'Echange de Seringues (PES) expérimentaux : un à Marseille, un à Paris, un en Seine Saint-Denis. Les trois PES devaient être pilotés et évalués par l'INSERM. Le PES de Paris est confié à Médecins du Monde, car l'association faisait déjà de l'échange de seringues et avait réclamé un budget à la DGS ; mais les deux autres services sont contactés par la DGS⁴. Le centre Puget Corderie reçoit alors un financement de la DGS pour ouvrir le premier PES marseillais.

³ Centre d'accueil de nuit pour usagers de passage ou en détresse.

⁴ Anne Coppel formule l'hypothèse selon laquelle l'administration (DGS) s'est montrée rétive à une ouverture à d'autres acteurs que les thérapeutes : « Face à l'urgence médicale, MDM dépose un projet d'échange de seringues au début de l'année 1989. Les nouveaux venus ne sont pas les bienvenus. Au ministère de la Santé, la DGS est garante du système de soins aux toxicomanes. Elle s'inquiète : avec MDM, l'expérience aura nécessairement un retentissement public, et il serait désastreux pour l'image du système de soins spécialisés en toxicomanie que la première expérience de prévention du sida soit portée par un acteur inconnu au bataillon des spécialistes. Vivement, l'administration sollicite deux spécialistes, le Dr Prat à Marseille et le Dr Roy en Seine-St-Denis », Coppel, 2002, p. 93-94.

En l'absence de mobilisation locale des associations de lutte contre le SIDA, une forte centralisation et un rapport étroit entre la DGS et les directeurs de centres de soins éclairent en partie le fait qu'à Marseille, les expérimentations en matière de RDR, soient confiées à des intervenants en toxicomanie⁵. En effet, les services spécialisés dans le soin aux toxicomanes sont les associations AMPT⁶, SOS Drogue International⁷ (SOS DI), et le service public appelé centre Puget Corderie⁸. L'AMPT obtient sans difficultés l'autorisation d'ouvrir un centre bas-seuil en 1992 et la DGS confie, en 1989, au Centre Puget Corderie la mise en place d'un des trois premiers programmes pilotes français d'échange de seringues.

Ce sera un échec puisque le programme s'arrêtera, en 1992, faute de public⁹. Dès les premiers mois de fonctionnement, son directeur affirmera qu'aucun des toxicomanes qui consultent son centre, ne demande de seringues et donc que cela est inutile. Selon ses dires, ce programme n'a donc pas rencontré de public. Seul acteur à l'époque à avoir accepté de mettre en place un PES à Marseille, le directeur du Centre s'est, en fait, servi de celui-ci pour appuyer l'idée qu'il défendait, selon laquelle les PES sont inutiles puisque les pharmaciens délivrent déjà des seringues¹⁰.

⁵ En effet, la politique de lutte contre la toxicomanie est marquée, durant la décennie 1980, par une extrême centralisation qu'Henri Bergeron a dénommé « couple DGS-intervention spécialisée » (Bergeron, 1999).

⁶ Association Méditerranéenne de Prévention des Toxicomanies, créée à Marseille en 1984.

⁷ Fondée en 1984 par la chanteuse Régine, l'association SOS Drogue International est à l'origine une association parisienne. Elle s'implante à Marseille en 1987 grâce au rachat d'un centre de soins et à la reprise de son agrément.

⁸ Le Centre Puget Corderie est un service spécialisé de soins aux toxicomanes. Son statut est celui du service public, bien que rattaché à un Centre Hospitalier Spécialisé, il dispose d'un statut particulier qui garantit son autonomie, il est en outre situé en ville, loin de l'hôpital. C'est le premier centre à ouvrir ses portes à Marseille au début des années 1970. Il est placé sous la tutelle de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du département (DDASS 13).

⁹ Seul le programme de Médecins du Monde fonctionnera. Celui de Marseille s'arrêtera officiellement, en 1992, faute de public. Celui de Seine St Denis sera repris par une nouvelle association, en 1992.

¹⁰ Rappelons que l'objectif des services spécialisés dans le soin aux toxicomanes est de faire en sorte que les personnes dépendantes aux produits psychotropes retrouvent leur « liberté » et sortent de la situation sociale généralement marginalisée dans laquelle cette dépendance les a placées. Ils sont soudés par une croyance collective, construite à partir des années 1970, qui va être un frein puissant à la mise en place de la substitution et de l'échange de seringues (Bergeron, 1999). Elle repose sur la « liberté », l'idée que la dépendance constitue une aliénation dont les patients doivent être délivrés grâce à l'abstinence et au moyen de cures de sevrage et post-cures. Cette croyance contribue à véhiculer l'image d'un « toxicomane » qui est avant tout un malade, dont la toxicomanie est un symptôme, maladie qui trouve ses fondements dans l'inconscient ou le passé des personnes concernées, l'usage de drogue servant à échapper aux problèmes que le patient ne peut gérer, le sevrage permettant de mettre à jour les problèmes masqués par l'usage de produit, la prise en charge psychothérapeutique tentant de permettre au patient sevré de vivre avec ses problèmes sans consommation de drogues. En outre, pour qu'une prise en charge ait le plus de chances de réussir, le toxicomane doit être volontaire, il doit exprimer une demande de soins.

Les services de la DDASS prennent acte de cet échec et formulent plusieurs hypothèses différentes de celle du thérapeute pour expliquer le manque de public et, par conséquent, le faible nombre des seringues distribuées. Pour plusieurs des chargés de mission de la DDASS, l'échec du PES tient à son lieu d'implantation – les toxicomanes consultant le centre étaient dans une démarche de sevrage avec prise en charge psychothérapeutique, même s'ils avaient continué ou repris une pratique d'injection, jamais ils n'auraient osé demander une seringue à leurs thérapeutes – et au manque d'initiative du directeur du centre qui, d'après plusieurs acteurs de l'époque, ne souhaitait pas voir réussir le programme. Le PES ferme, en 1992. Hormis ce PES, entre 1989, date de la création de la cellule SIDA de la DDASS des Bouches du Rhône, et, 1993, rien ne se fait en matière de SIDA et de toxicomanie, et ce malgré la création de la cellule SIDA et l'embauche d'une personne mobilisée sur ces questions. En effet, entre 1989 et 1993, seuls l'AMPT et le centre Puget Corderie ont tenté quelques actions de prévention du SIDA et des hépatites, sans toutefois que les équipes dirigeantes n'envisagent la promotion d'une politique de RDR.

Les années 1993-1994 sont des années charnières car elles permettent l'ouverture d'une fenêtre politique dont les acteurs marseillais vont parvenir à tirer parti. « (...) *Des fenêtres s'ouvrent dans les systèmes politiques. Ces fenêtres politiques, opportunités pour l'action ou pour des initiatives données, se présentent et restent ouvertes seulement pour de courtes périodes. Si les participants ne peuvent pas ou ne parviennent pas à tirer avantage de ces opportunités, ils doivent attendre jusqu'à qu'une nouvelle opportunité se présente (...)* » (Kingdon, 2003, p. 166, traduit par nous). C'est ainsi qu'en 1993-1994, le gouvernement et le Ministère de la santé annoncent le développement de mesures de prévention du SIDA chez les usagers de drogues. Les agents de la DDASS se saisissent de cette opportunité. Leurs possibilités d'action ont été jusqu'alors fortement entravées par les oppositions des acteurs locaux et l'absence d'une mobilisation marseillaise en faveur de la lutte contre le SIDA chez les usagers de drogues.

La publicisation des débats sur le traitement de la toxicomanie, l'alternance gouvernementale, les mesures annoncées et les crédits alloués par le gouvernement Balladur, en 1993 et 1994, permettent aux membres de la cellule SIDA d'encourager le développement des mesures de RDR à Marseille. Ils agissent ainsi comme des « entrepreneurs de politique publique » au sens où Kingdon l'entend : ils tirent avantage des événements politiques qui leur sont favorables

pour faire triompher les solutions qu'ils préconisaient et qui n'avaient pu aboutir jusqu'alors. Cette cellule SIDA se saisit de l'adoption de mesures nationales de réduction des risques et décide de les développer à Marseille.

1.2 Un service déconcentré comme entrepreneur de politique publique

A partir des années 1993 et 1994, la cellule SIDA de la DDASS des Bouches du Rhône va devenir un véritable entrepreneur de politiques publiques pour encourager le développement de l'ensemble des initiatives menées en direction de la prévention du SIDA chez les toxicomanes. *« Un problème est identifié, une solution est développée et disponible dans la communauté de politique publique, un changement politique fait que c'est le bon moment pour un changement de politique publique, et les contraintes potentielles sont moindres (...). Les entrepreneurs de politique jouent un rôle majeur pour tirer parti de l'ouverture de la fenêtre politique, reliant certaines solutions à certains problèmes, surmontant les contraintes par des propositions de reformulation, et profitant des événements politiquement propices. »* (Kingdon, 2003, p. 165-166, traduit par nous). Les membres de la cellule SIDA vont se servir des opportunités de financements pour soutenir des associations de lutte contre le SIDA ou des associations d'usagers. Ce faisant, ils vont permettre que d'autres acteurs locaux entrent et remettent en cause le monopole de l'expertise légitime sur les questions de toxicomanie détenu par le centre Puget Corderie et l'AMPT. Ils vont plus particulièrement s'efforcer de privilégier toutes les associations souhaitant développer des actions de proximité auprès des usagers de drogues.

Adossée aux actions de la DDASS, une structure *ad hoc* jouera le rôle moteur pour catalyser les différentes initiatives. En effet, lorsque le problème du SIDA émerge à Marseille, il est pris en compte par une poignée d'individus, notamment des intervenants en toxicomanie qui, pour la plupart, vont entrer en conflit avec les associations ou institutions dont ils font partie. Au sein de l'AMPT, notamment, plusieurs personnes quittent leurs postes, pour s'investir dans d'autres associations et institutions après avoir tenté d'infléchir, sans succès, les positions de l'équipe dirigeante concernant le travail de rue et l'échange de seringues. Ces acteurs chercheront alors, devant ce qui leur apparaîtra comme de l'attentisme de la part de leurs collègues ou supérieurs, à se mobiliser et à mobiliser un certain nombre de soutiens favorables à une autre « prise en charge » des toxicomanes, tenant compte de l'épidémie.

Le Groupe Interpartenarial de Recherche Action sur le SIDA et les Toxicomanies (GIRAST) est créé à l'initiative de ces intervenants en toxicomanie, en désaccords avec leurs institutions, qui cherchaient à mettre en place d'autres méthodes de prise en charge des toxicomanes malades du SIDA et qui n'avaient pu bénéficier du soutien de leurs institutions, en 1987. Il devient association loi 1901, en 1990. L'objectif premier est d'organiser des rencontres et des réunions entre les différentes professions concernées par les problèmes du SIDA et des toxicomanies. L'intention de départ des membres fondateurs était de réunir des intervenants en toxicomanie non satisfaits par la politique menée en matière de prévention du VIH et des médecins et personnels hospitaliers mécontents du traitement réservé aux usagers de drogues atteints par le VIH dans leurs structures. Ils percevaient le sevrage comme totalement inefficace, voire inhumain du fait des crises de manque qu'il suscite, face à des usagers malades du SIDA. De même, l'attente d'une demande de soins ne pouvait plus être un principe de prise en charge face à des usagers refusant l'abstinence et risquant de contracter le virus.

Le but des membres du GIRAST était donc de créer un lieu où pourraient se rencontrer et échanger des acteurs qui étaient confrontés à des problèmes similaires et qui pouvaient s'entraider et développer d'autres outils et méthodes thérapeutiques et préventives. Cette association devient, au cours des années 1993-1994, un lieu de recherche-action au sein duquel des solutions alternatives sont pensées et où sont élaborées de nouvelles actions de prévention du SIDA chez les toxicomanes.

Pour encourager le développement de telles actions, une ancienne infirmière de l'AMPT, cofondatrice du GIRAST, devenue chargée de mission à la cellule SIDA de la DDASS des Bouches du Rhône occupe une position privilégiée. En premier lieu, elle dispose de ressources acquises durant sa carrière professionnelle à l'AMPT : connaissance des acteurs du terrain, des médecins, des associations spécialisées et des associations de santé. En second lieu, elle est une actrice multipositionnée (Massardier, 1997) au sens où elle est à la fois chargée de mission à la DDASS et membre active du GIRAST. Cela lui permet de disposer de ressources et de faire valoir des compétences pour négocier avec les associations et ainsi devenir « passeur » entre les associations de lutte contre le SIDA, les projets développés au sein du GIRAST et ceux de la DDASS. *« Au résultat, toutes ces positions lui permettent d'accumuler un capital relationnel et des informations, ainsi que de « porter » des dossiers (...) en les faisant circuler dans chacun des ses espaces et réseaux d'appartenance (...) »*

(Massardier, 2003, p. 161). Elle est soutenue par les autres membres de la cellule SIDA qui se mobilisent également pour défendre les projets visant à développer les mesures pour prévenir l'épidémie de SIDA chez les toxicomanes. Ils prendront notamment part à des débats au GIRAST.

Nouvelles mesures gouvernementales, individus mobilisés depuis la fin des années 1980 et auxquels un cadre est fourni pour agir, les conditions objectives semblent alors réunies pour permettre l'élargissement de la mobilisation et l'implantation de dispositifs concrets d'action publique. Cependant, le territoire sur lequel les différents individus mobilisés envisagent de mener leurs actions, n'est pas entièrement neuf en matière d'action publique auprès des toxicomanes. Les acteurs qui souhaitent l'introduction et le développement de la RDR, connaissent l'hostilité des figures locales du soin aux toxicomanes pour la RDR et, notamment, pour l'échange de seringues¹¹. Lorsque les membres de la cellule SIDA de la DDASS des Bouches du Rhône décident de créer une unité mobile d'échange de seringues, sous la forme d'un bus allant de place en place pour donner et échanger des seringues, il leur faut trouver des acteurs prêts à porter un tel projet. Devant le premier échec du centre Puget Corderie et convaincus qu'un PES a sa place à Marseille, les chargés de mission de la cellule SIDA de la DDASS, décident de s'adresser à des associations susceptibles de gérer un bus, une unité mobile d'échange de seringues dans l'agglomération marseillaise, expérience déjà menée à Paris par l'association Médecins du Monde.

Ils contactent donc des associations hors de l'intervention en toxicomanie. Médecins Sans Frontières et Aides refusent. Médecins du Monde, qui dispose d'un dispensaire à Marseille, mais n'a pas développé d'actions spécifiques en direction des usagers de drogues, est contactée et accepte de mettre en place un bus d'échange de seringues. L'association détache une salariée de l'équipe parisienne à Marseille pour conduire cette action. Un comité de suivi officieux du projet est alors créé au sein du GIRAST, composé, dans un premier temps, uniquement de personnes favorables à l'implantation d'un bus. Les membres de la cellule SIDA de la DDASS font partie de ce groupe de travail, ainsi que l'association Aides¹² et

¹¹ Entretien du 25 juillet 2000 avec une responsable de la cellule sida de la DDASS des BDR : « C'est une période excessivement compliquée. Au départ l'idée de mettre en place une action de réduction de risques est surtout une intuition, du domaine du ressenti. Nous avons peu d'arguments à opposer au camp adverse qui lui en avait à revendre. Le projet d'échange de seringues est monté contre les intervenants en toxicomanie, l'AMPT craignant que l'on démobilitise les pharmaciens et qu'il est inutile de créer un programme alors que des seringues sont déjà disponibles en pharmacie, en vente libre. Le Centre Puget Corderie est lui – aussi contre, soutenant que cela n'est pas utile car eux ils ont un programme et que personne ne demande de seringues ».

¹² Aides est une association de lutte contre le SIDA créée en 1984 et reconnue d'utilité publique en 1990. Sur les

Médecins du Monde¹³. Ces deux associations entrent alors dans la politique locale de RDR¹⁴. Elles sont relativement nouvelles dans le domaine de la toxicomanie et les membres des antennes marseillaises n'ont que peu de connaissances concernant cette question. Si les délégations parisiennes de Médecins du Monde et Aides ont investi le domaine de la lutte contre le SIDA chez les usagers de drogues (Coppel, 2002), les antennes marseillaises n'avaient pas entrepris d'introduire de telles actions. Les membres de la cellule SIDA de la DDASS les sollicitent pour répondre aux appels d'offres sur la RDR. L'implication de leur fédération ou de leur maison-mère au niveau national conditionne à la fois le choix fait par la DDASS et leur adhésion aux différentes propositions de partenariat qui leur sont faites. C'est donc par l'entremise d'un service administratif que des associations de lutte contre le SIDA sont amenées à participer à la politique locale de RDR.

1. 3 L'unité mobile d'échange de seringues : un moyen pour faire entrer de nouveaux acteurs

La cellule SIDA de la DDASS installe ensuite officiellement un comité de suivi du projet et convoque des représentants de Médecins du Monde, d'Aides, du GIRAST, du Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA (CRIPS), du Centre d'Information et de Suivi de l'Immuno-déficience Humaine (CISIH), de l'AMPT, du Centre Puget Corderie, de l'Ordre des médecins, de l'Ordre des pharmaciens. Le comité de suivi a été créé pour éviter, qu'en cas d'échec du projet, une seule association soit responsable. Les réunions du comité de suivi aboutissent à un débat qui porte sur l'utilité d'un PES. Plusieurs réunions au sujet de l'unité mobile sont organisées, en 1994. Le débat « marseillais » reprend bon nombre des éléments du débat national. Néanmoins, outre les questions éthiques entre objectif d'abstinence et tolérance de l'usage, les acteurs marseillais sont d'accord sur la nécessité des mesures de prévention. Leurs avis divergent quant aux outils, aux modalités de leur mise en place et de leur participation. Pour la DDASS qui souhaite appliquer une politique de RDR à Marseille, puis l'étendre au reste du département, cette étape est la plus importante dans la mesure où elle conditionnera l'implication des différents acteurs. L'enjeu pour les pouvoirs

trajectoires et les militants (Fillieule, 2001).

¹³ Médecins du Monde est une association humanitaire, née en 1980. Sa vocation était d'abord internationale. Toutefois, en 1986, une mission France est créée, dont l'objectif est d'aider les personnes qui n'ont pas accès aux soins. Médecins du Monde s'implante à Marseille, en 1994.

¹⁴ Avant ces sollicitations, elles n'avaient pas choisi de s'impliquer dans des actions de RDR à Marseille, alors même que nationalement leur fédération y était fortement engagée et que des données sanitaires plaçaient Marseille parmi les villes les plus touchées par la contamination par le SIDA des usagers de drogues.

publics consiste à rendre crédible l'idée de l'installation d'outils de RDR dans l'agglomération, mais également de faire adhérer, ou au moins de ne pas contrarier, un grand nombre d'acteurs susceptibles d'entreprendre de telles actions.

Une partie des acteurs, qui entrent pour la première fois dans les instances locales de négociation, sont déjà convaincus et prêts à s'investir. La mobilisation nationale a réussi et les services territoriaux leur garantissent soutien et rémunérations. C'est, notamment, le cas des associations et services spécialisés dans le domaine de la lutte contre le SIDA : Aides et Médecins du Monde, d'une part, le CISIH et le CRIPS, d'autre part. En revanche, les spécialistes locaux du soin aux toxicomanes sont loin d'être prêts à s'investir dans un quelconque partenariat avec les associations de lutte contre le SIDA. Ils sont, au contraire, déterminés à faire barrage aux actions de RDR qui ne correspondraient pas à leur philosophie, et ne les cautionneront pas. Les représentants de l'AMPT et du Centre Puget Corderie invités à ces réunions sont les directeurs de ces deux institutions. Le directeur du Centre Puget Corderie est un médecin psychiatre, fondateur du centre et figure reconnue nationalement du soin aux toxicomanes. Le directeur de l'AMPT est également une personnalité de la politique de soins, présent dans les comités exécutifs de plusieurs associations nationales et européennes. Tous deux sont des « institutions locales » en matière de soins aux toxicomanes. Ils se montrent particulièrement méfiants vis-à-vis des solutions préconisées par la DDASS. Même si aucun d'eux n'est hostile, sur le principe, à l'introduction de mesures de prévention du SIDA, la création d'un programme massif d'échanges de seringues continue de susciter leurs réticences¹⁵.

Ces deux acteurs sont habitués aux vis-à-vis avec les pouvoirs publics, notamment les administrations¹⁶. Sur ce point, leur expérience est plus grande que celles des représentants de Médecins du Monde, de Aides et du CRIPS, et, dans une moindre mesure, des services nouvellement créés comme le CISIH, qui découvrent les acteurs de la politique locale en même temps que ses enjeux. Toutefois, le fait que l'instigatrice de la réunion soit la cellule SIDA de la DDASS des Bouches du Rhône et que l'animation de la réunion ait été confiée à une chargée de mission qui a quitté l'AMPT, modifie la donne habituelle. Les directeurs de l'AMPT et du centre Puget Corderie ne sont pas ici en terrain conquis malgré leurs années de

¹⁵ Synthèse réalisée à partir des entretiens recueillis auprès de différents acteurs ayant participé aux réunions de cette période.

¹⁶ Ils sont, en outre, membres de la Commission consultative des traitements de substitution de la toxicomanie créée et nommée par le ministère de la Santé, en 1994. Ces deux acteurs occupent donc des positions multiples

pratique des réunions institutionnelles. En outre, toutes les personnes invitées occupent des postes de responsabilités au sein de l'institution à laquelle ils appartiennent.

Les premières réunions du comité de suivi donnent donc lieu à des débats où différentes idées sont confrontées. Ces confrontations opposent schématiquement deux camps : celui des acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA et celui des acteurs traditionnels de la lutte contre la toxicomanie. L'Ordre des Médecins et l'Ordre des Pharmaciens observent, le CISIH et le CRIPS oscillent entre les deux camps, restant plutôt favorables au premier. A ce stade, les réunions sont particulièrement tendues, mais les partisans de l'implantation d'outils de RDR sont désormais majoritaires.

Face aux réticences des directeurs de l'AMPT et du Centre Puget Corderie concernant l'unité mobile d'échange de seringues, la stratégie des chargés de mission de la DDASS, pour introduire des mesures de RDR, consiste à faire appel à des acteurs hors du secteur marseillais de l'intervention en toxicomanie pour porter le dispositif. Il s'agit de contourner les acteurs classiques tout en les associant à la décision. Les intervenants en toxicomanie présents finissent par accepter de valider le projet, uniquement parce que le comité de suivi, dont ils font partie, sera maintenu et que l'unité mobile est régie par un statut d'« expérience pilote » qui signifie un arrêt de l'expérience en cas de problème. Les acteurs s'entendent ici sur l'adoption d'un nouvel outil tout en permettant de le rediscuter par la suite, voire de le remettre en cause. Nous sommes ici en présence d'une action négociée au sens où les acteurs débattent et parviennent à trouver un terrain d'entente à propos du dispositif, de ses missions, de son statut dans le temps, des modalités de participation de chacun (chargé du projet, financeur, contrôleur, censeur, etc.)¹⁷.

qui leur permettent d'être quasiment incontournables.

¹⁷ Le comité de suivi sera, par la suite, supprimé et le bus obtiendra le statut de PES géré par Médecins du Monde.

Outre ces deux structures importantes, des groupes d'Auto-Support¹⁸ et de santé communautaire¹⁹ voient le jour. Ces groupes, structurés rapidement en association loi 1901, possèdent des connaissances fondées sur une expérience personnelle des drogues et de leurs effets. Il s'agit d'Auto Support des Usagers de Drogues Marseille, du Tipi et d'Autres Regards. Ces trois associations sont des associations locales dont les objectifs sont : promouvoir la santé, restaurer l'image et faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes, dont elles se veulent les représentantes, à savoir les personnes usagères de drogues pour ASUD, les personnes séropositives pour le Tipi, les personnes prostituées pour Autres Regards. En 1994, ces acteurs s'investissent à Marseille, dans le domaine de la toxicomanie, et participent au développement d'une politique locale de RDR. Les pouvoirs publics, au niveau national (Direction Générale de la Santé-division SIDA notamment) et local (DDASS des Bouches du Rhône), les y encouragent en leur accordant des financements.

La politique de soins aux toxicomanes était jusqu'alors produite et réalisée par les intervenants en toxicomanie, qui possèdent une expérience et des connaissances précises sur ces questions. Si ces acteurs détiennent des compétences concernant le SIDA et les pratiques de l'usage de drogues, ils sont, en revanche, considérés par les intervenants en toxicomanie comme des novices du soin aux toxicomanes. Face à des acteurs institutionnalisés luttant contre la toxicomanie, ces nouveaux arrivants se regroupent et se structurent autour de l'objectif de « la lutte contre le SIDA et pour l'accès aux droits » des usagers de drogues. C'est à partir de cette période, au cours des années 1993-1994, date à laquelle le projet de l'unité mobile est monté que se débute véritablement une politique locale, au sens d'action collective concertée tendant vers un objectif commun, de RDR sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie. En effet, les réunions officielles et non officielles, à l'instigation de la cellule SIDA de la DDASS, destinées à monter le projet de l'unité mobile, mettent en présence les

¹⁸ « Terme qui désigne (...) un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, des pairs, en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques : satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble. A la base il y a un constat : les besoins de la catégorie sociale à laquelle le groupe appartient ne sont pas et ne peuvent pas être satisfaits par ou au travers des institutions et des mécanismes sociaux existants, d'où la nécessité de l'auto-organisation. Outre l'aide matérielle et relationnelle, l'Auto-Support peut aussi viser à promouvoir des idéologies ou des valeurs au travers desquelles les membres forgent et acquièrent une nouvelle identité. Il offre souvent à ses membres une tribune, soit pour informer l'opinion publique sur le problème concernant le groupe ou pour corriger des idées fausses ». Définition reprise de De Katz et Bender par Toufik, A., 1997, p. 2.

¹⁹ Issue de la médecine humanitaire et des ses interventions dans le tiers monde, la santé communautaire repose sur le principe de participation active des populations auxquelles les actions de santé sont destinées. Les membres des groupes de santé communautaire mentionnés ici sont majoritairement issus de la « communauté » qu'ils sont censés représenter : personnes prostituées, séropositifs, usagers de drogues. Pour plus de précisions

différents acteurs impliqués qui y confrontent leurs points de vue. L'intrusion du SIDA et la décision de mettre en œuvre une politique de RDR sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie font entrer ces acteurs aux représentations du problème de la drogue, de la toxicomanie, et des traitements à mettre en œuvre, différentes de celles des intervenants « classiques » en toxicomanie.

2. L'introduction d'une politique locale associant des acteurs en conflits

Les acteurs dont la priorité est la « lutte contre le SIDA et pour l'accès aux droits » participent à la politique de soins aux toxicomanes par le biais d'une volonté politique relative à la mise en œuvre d'un dispositif de « réduction des risques ». Ils s'imposent, grâce à l'appui des autorités publiques. La DDASS occupe ici une position intermédiaire entre les différents acteurs qui seront amenés à collaborer. En effet, les crédits qu'elle octroie, constituent la principale source de financement des différentes associations de lutte contre la toxicomanie et le SIDA. Elle est donc une institution centrale pour ces deux secteurs. Bien que désormais « légitimes », les acteurs issus de la mobilisation en faveur d'une prise en compte de l'épidémie de SIDA et de sa prévention chez les usagers de drogues, doivent composer avec les intervenants en toxicomanie qui restent des acteurs incontournables dans ce domaine. Acteurs émergents et acteurs traditionnels deviennent des participants réguliers de la politique locale de RDR. Ils interviennent dans le même territoire, la ville de Marseille, et ont développé des outils apparemment similaires (traitements de substitution, échange de seringues, accueil sans contraintes). Pourtant, l'adoption de ces outils ne signifie aucunement que ces différents acteurs soient devenus partenaires et aient adopté les mêmes points de vue sur la question du traitement de la toxicomanie. Entre ces acteurs, les désaccords persistent mais la co-présence sur le même territoire les oblige à tenir compte les uns des autres et à aboutir à des compromis.

2.1 La RDR, une notion à géométrie variable

Pour les pouvoirs publics, la RDR est un moyen de labelliser un ensemble de pratiques dont le statut était juridiquement flou et de répondre à un problème construit comme une urgence sanitaire par les militants de la lutte contre le SIDA. Elle est, ainsi, définie : « (...) *La politique*

sur la notion de santé communautaire, voir Mathieu, 2001, p. 257 et 258.

de réduction des risques ou des dommages, terme plus adapté, est bien plus qu'une simple dispensation de matériel d'injection stérile. Elle consiste à accepter la dépendance des usagers de drogues afin de permettre, voire de provoquer, le contact avec ceux d'entre eux qui sont les plus marginalisés, les plus vulnérables, à l'écart de la prévention et du soin. Aussi pragmatique qu'elle soit, cette politique de réduction des risques ne cherche en aucun cas à cautionner des pratiques toxicomaniaques. Elle réalise plutôt un équilibre fondé sur un impératif de prévention (les aider à se garder en bonne santé en attendant qu'ils trouvent une voie de sortie de la toxicomanie) et une logique thérapeutique (intentionnalité de soins et de réinsertion sous-jacent dans les programmes). Au-delà de la prévention de la contamination virale par les virus du SIDA et des hépatites B et C se profile donc la notion d'accompagnement vers les soins et d'aide à la réinsertion sociale des usagers avec l'ultime objectif de réduire la toxicomanie elle-même. Objectif qui devient réaliste avec la prise en compte institutionnelle des usagers à laquelle concourt l'ensemble du dispositif réduction des risques ("créer du lien" »²⁰. Les objectifs des différentes parties en conflits sont conciliés, voire rendus complémentaires dans cette définition. Celle-ci est, en effet, suffisamment large pour permettre l'articulation des dispositifs et des modes d'intervention, les outils de prévention, le travail de rue et l'échange de seringues, sont conçus comme des modes d'accès aux autres services, que ce soit l'hôpital, la médecine de ville, ou les centres spécialisés gérés par les intervenants en toxicomanie dont les méthodes restent fondées sur l'idée que l'usage de drogues est une déviance. Cette définition est diffusée et formalisée par les institutions centrales après plusieurs années de fonctionnement de la politique publique et après des allers-retours entre les différents niveaux de l'action publique, notamment entre les niveaux local et national (Lovell et Feroni, 1996).

A Marseille, « créer du lien », « rencontrer », « établir une relation de confiance », sont des idées qui constituent un point de convergence et un dénominateur commun à l'ensemble des acteurs, sans pour autant qu'il soit possible de dire qu'ils sont parvenus à se mettre d'accord. Le terme RDR y est soumis à de l'instabilité et il s'apparente pour les acteurs marseillais à une conception de la « santé publique » reposant plus sur l'idée de lutte contre l'exclusion que sur une gestion collective des risques (Hassenteufel et alii, 1998). Les acteurs qui animent les dispositifs de RDR se conçoivent comme des relais devant faire en sorte que les usagers de

²⁰ In Direction Générale de la Santé, « Guide méthodologique pour les communes : Organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération de seringues », Paris, 1996, « Qu'est-ce qu'on entend par "Politique de réduction des risques"? », p. 15.

drogues entrent en contact avec les institutions sanitaires et sociales, soit par un « travail de rue », soit par les structures bas-seuil. Si le terme de « santé publique » renvoie, dans sa première acception à une approche collective et préventive des risques (Setbon, 1996), cette conception de la santé publique est rapidement présentée comme un moyen de pallier les lacunes du modèle curatif individuel dominant dans le système sanitaire français qui pense la médecine sous l'angle de la maladie et de son traitement. Cette oscillation entre deux approches, à première vue antinomiques dans leur définition (collectif / individu, préventif / curatif), conduit à une hybridation qui donne naissance à « la nouvelle santé publique » autour du thème de « la santé pour tous » et de la lutte contre l'exclusion (Hassenteufel et alii, 1998). Cette conception de la « santé publique » combine gestion collective - prônant une approche préventive ciblée en direction des populations concernées - et approche curative individuelle - visant à faire prendre en charge les individus malades et exclus par le système de soins traditionnel. Ainsi, cette définition combine la conception de la santé défendue par les associations de lutte contre le SIDA et celle des personnels médicaux.

Le dispositif RDR est censé s'articuler autour des institutions plus anciennes du dispositif sanitaire classique. La « réduction des risques » est alors l'objet de requalifications successives. Les travaux de Christine Dourlens (Dourlens, 2003) sur la lutte contre le saturnisme infantile relatent et analysent les mêmes phénomènes. Un problème peut être l'objet de turbulences et donner lieu à de qualifications successives sans changer de dénomination générale. Le terme réduction des risques demeure mais est souvent investi de sens différents, notamment au niveau local²¹. Il renvoie ainsi à de multiples problématiques qui lui confèrent un caractère instable, ce qui permet aux acteurs de l'investir de manière très différente selon leurs objectifs. L'action publique marseillaise en direction des usagers de drogues se définit donc en se faisant, au gré des rencontres, entre acteurs hétérogènes poursuivant un but prioritaire de « survie des toxicomanes » et de lutte contre l'épidémie au sein de ce public.

²¹ Plutôt que de construction d'un problème, Christine Dourlens préfère parler de « dépliement-repliement » : « La métaphore du dépliement-repliement nous semble particulièrement bien rendre compte des processus par lesquels, à certains moments, les problèmes publics parviennent à prendre forme et relief, à marquer en creux les limites de leurs territoires et donc à imposer l'évidence de leur existence, avant de se dissoudre éventuellement dans un fonds indifférencié d'enjeux. Elle fait entrevoir la fluidité de ces transformations, indiquant que celles-ci ne résultent pas d'ajouts, de suppressions, de substitution, mais s'opèrent plutôt, au contraire, par déplacements, modulations, glissements. » in Dourlens, 2002. p. 67.

2.2 Des acteurs entre juxtaposition, imbrication et action commune

Les questions sur les changements ou les permanences, induites par l'irruption du SIDA, sur le système sanitaire français, sont les préoccupations centrales de nombreuses recherches. L'une d'entre-elles résume les hypothèses qui structurent ces différents travaux de la manière suivante : « *Une première hypothèse insiste sur l'inscription de cette recomposition dans un mouvement plus général d'émergence en France d'un modèle de santé publique, qui entend promouvoir une approche collective des questions sanitaires, avec un objectif de prévention. (...) La deuxième hypothèse, à l'inverse, insiste sur les permanences : les recompositions que l'on ne peut manquer d'observer demeurent inscrites dans un modèle sanitaire organisé autour de deux pôles, l'hôpital public et la médecine libérale, dont elles épousent les formes légitimes (...)* » (Borraz, Loncle-Moriceau, 2000, p. 38-39). Le cas du dispositif « réduction des risques » mis en place à Marseille accrédite la seconde hypothèse qui privilégie l'idée des permanences et des recompositions, plutôt que l'idée d'un changement radical de l'organisation du système de soins. En effet, l'intrusion du SIDA dans le système sanitaire français, s'il est à son origine un facteur de désordre, permet à l'hôpital public de se repositionner et de sortir renforcé et relégitimé de cette période troublée.

Des dispositifs concrets visant à réduire les risques liés à l'usage de drogues voient le jour, à Marseille, et sont portés par des acteurs divers. Les associations de lutte contre la toxicomanie comme les associations de lutte contre le SIDA ont mis en place des structures dites « *bas seuil d'exigence* »²² : la boutique Transit gérée par l'AMPT, le bus méthadone et l'unité mobile d'échange de seringues gérés par Médecins du Monde, l'accueil d'Aides Provence, l'accueil d'Autres Regards, l'accueil du Tipi, le sleep-in gérée par SOS DI, la boutique Protox, financée par l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille. Ces services sont censés permettre aux usagers d'entrer en contact avec le système de soins : intervention spécialisée ou services de droit commun. La coexistence de ces multiples services et acteurs aboutit à des agencements différenciés entre acteurs émergents et acteurs traditionnels, entre services de RDR et services plus anciens. Ces agencements sont de trois types : juxtaposition, imbrication et action collective.

²² Autour du terme bas-seuil d'exigence sont regroupés les centres destinés aux usagers non abstinents, dispensant des services et pratiquant l'écoute et l'échange de seringues. Au côté de ces centres « bas-seuil », les centres « haut-seuil d'exigence » regroupent les centres de cures, mais aussi la plupart des centres de substitution.

Dans le premier cas, celui de la juxtaposition, on peut analyser plus particulièrement les liens entretenus entre le dispositif RDR et le dispositif d'intervention en toxicomanie : si l'intrusion du SIDA dans le domaine de la toxicomanie et sa conséquence directe - la mise en place d'une politique de RDR, ont mis fin au monopole de l'expertise du problème de la toxicomanie, jusqu'à présent détenu par les intervenants en toxicomanie, ils n'ont modifié ni leurs discours, ni leurs pratiques. En dépit de cette convergence autour de la RDR comme vecteur d'une « nouvelle santé publique », ils n'ont pas adopté les mêmes pratiques, notamment en matière d'échange de seringues et de prise en charge, ce qui permet de défendre l'idée selon laquelle les différents dispositifs destinés aux usagers de drogues sont juxtaposés. Après s'être opposés aux mesures de RDR, les intervenants en toxicomanie les ont acceptées. Ils se sont reconvertis dans la RDR qu'ils avaient vivement contesté, tout en réussissant à conserver leur philosophie, leurs pratiques et structures « traditionnelles ». Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes subsistent, la demande de soins reste un élément conditionnant la prise en charge. Les outils préconisés par la RDR, notamment les traitements de substitution ont permis aux acteurs du dispositif spécialisé d'élargir leur palette thérapeutique. Au côté des cures de sevrage, ils proposent désormais des traitements de substitution avec accompagnement psychothérapeutique, dont la finalité reste l'arrêt de la prise de drogues. La fréquentation de ces centres est restée constante. L'échange de seringues et les centres bas seuil d'exigence sont pour les équipes dirigeantes de ces associations des moyens d'élargir leur clientèle et d'accroître leur file active. Ils sont conçus comme des lieux tampons entre la rue et les centres de soins, des lieux où les usagers non encore volontaires pourront se familiariser avec le dispositif spécialisé et être orientés vers des centres de soins quand ils auront formulé la demande de prise en charge. Si l'ensemble des dispositifs de RDR est censé fonctionner en amont des structures de soins traditionnelles et des services de droit commun, les dispositifs de RDR apparaissent plutôt juxtaposés aux dispositifs spécialisés et ne sont pas articulés avec eux. En outre, les services de RDR, gérés par les associations de lutte contre la toxicomanie, (notamment la boutique Transit de l'AMPT, fermée depuis mars 2002, le sleep-in et le Point Ecoute de SOS DI) sont autonomes et les personnes affiliées à ces structures se sentent relativement peu estimées par les directions locales de leurs associations. S'il arrive que des accompagnements vers les services spécialisés soient réalisés, ils concernent une minorité d'usagers. Les travailleurs de rue de ces différentes associations

privilégient l'accompagnement vers les structures dites de droit commun : l'hôpital public²³, la médecine de ville, les services sociaux.

Cependant, cette juxtaposition n'est pas synonyme d'ignorance mutuelle car ces différents acteurs se savent désormais engagés dans une même politique territoriale et sont contraints de tenir compte les uns des autres car leurs financeurs sont en partie les mêmes. S'ils souhaitent que leurs subventions soient reconduites, ils doivent jouer sur leurs complémentarités, et donc sur leurs différences. Ainsi, ils défendent le plus souvent leurs actions en arguant du fait qu'elles permettent de diversifier l'offre de services auprès des usagers de drogues, venant ainsi compléter l'offre existante. Il ne s'agit donc plus de remettre en cause l'action de son voisin mais de faire la démonstration de l'articulation de ses actions avec les siennes. Finalement, les divergences d'opinion sur les méthodes à utiliser sont transformées tant dans le discours des acteurs que dans leurs pratiques en complémentarités, ce que les institutions centrales et locales reprennent dans leurs argumentaires sur la RDR. Ainsi, chaque association construit ses activités autour de publics différents, y compris les associations de santé communautaire et de lutte contre le SIDA. Les acteurs émergents développent parallèlement aux activités d'accueil des interventions plus ciblées qui leur permettent d'obtenir des financements supplémentaires et de justifier leur existence²⁴.

Ainsi, les différents acteurs peuvent coexister sans heurts. Ceci aboutit à une juxtaposition qui repose essentiellement sur un partage tacite des publics entre services bas seuil d'exigence et services haut seuil d'exigence. Ils ont mis un terme au conflit et accepté l'existence des uns et des autres en s'entendant sur la possibilité d'exister en dissociant les publics. Le compromis entre les différents services et les différentes associations de lutte contre le SIDA et de lutte contre la toxicomanie et leur coexistence pacifique repose sur un partage des publics : aux dispositifs de première ligne (dits « bas seuil d'exigence »), les usagers en grande précarité exclus du système de soins et/ou ne souhaitant pas arrêter leur consommation ; aux dispositifs

²³ Le terme « hôpital public » masque une multitude d'acteurs, individuels ou collectifs : Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier Spécialisé, services, médecins, cadres administratifs. Sans trop entrer dans le détail, il faut, toutefois, préciser que les Centres de Suivi de l'Immuno Déficience Humaine ont joué un rôle prépondérant dans l'organisation du dispositif marseillais de prise en charge des malades du SIDA ou des porteurs du VIH. L'ancienne Directrice de ces centres, s'est, notamment, personnellement impliquée dans la politique de réduction des risques, la soutenant et l'encourageant. Un hôpital assume la prise en charge des usagers de drogues. C'est l'Hôpital Sainte-Marguerite, doté du centre Addiction Sud, expérience prototype qui associe une boutique financée par l'Assistance Publique, le service Méthadone de l'hôpital, et les réseaux Toxicomanie-Ville-Hôpital et VIH-Psychiatrie.

²⁴ Le Tipi s'est notamment spécialisé dans les interventions en direction des publics des festivals musicaux.

de seconde ligne (dits « haut seuil d'exigence), les toxicomanes engagés dans une démarche de soins, les premiers pouvant alimenter les seconds.

Dans un deuxième cas, celui des dispositifs sanitaires de droit commun (médecine libérale et hôpital public) et de leur articulation avec la politique de RDR, il semble que les dispositifs de RDR aient réussi à s'imbriquer et à infléchir les discours et les pratiques des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers vis-à-vis des usagers de drogues. La mise en place du dispositif « réduction des risques » est également destinée à améliorer les conditions de vie et de soins des personnes séropositives ou malades du SIDA usagères de drogues. L'hôpital public et la médecine libérale sont, dans ce cadre, des acteurs centraux. Les acteurs, qui se sont mobilisés dès les premiers cas de contamination connus, réclamaient la prise en charge de patients qui ne l'étaient pas par le dispositif sanitaire. Concernant les usagers de drogues par voie intraveineuse, ce groupe-cible faisait l'objet d'une prise en charge spécialisée. Selon les associations de défense des usagers, soit les patients, usagers de produits stupéfiants et souffrant de problèmes de dépendance, étaient renvoyés vers le dispositif spécialisé même si le motif de leur hospitalisation n'était pas l'usage de drogues, soit les praticiens hospitaliers tenaient insuffisamment compte des crises de manque suscitées par l'arrêt de la prise de produits durant leur hospitalisation. Les médecins hospitaliers ont été pris à parti par des associations²⁵, telles Aides ou Act-up. Ceux-ci ont été contraints de revoir leurs méthodes vis-à-vis de ces patients, de se montrer plus tolérants et compréhensifs à l'égard de l'usage de drogues, de pratiquer l'écoute active, reformulation du travail médical qui épouse les volontés des différentes associations contestataires. Des représentants d'usagers sont désormais invités et donnent leur avis à la Commission de Suivi des Traitements de substitution²⁶. Dans ce deuxième cas de figure, le compromis repose sur un partage des compétences, les médecins de ville et les services hospitaliers disposent des moyens de soulager des patients gravement malades alors que les associations de santé communautaire ont accès à ces patients et souhaitent les aider à vivre au mieux leurs maladies.

Ce qui nous conduit à aborder un troisième cas : les membres des différents services de RDR constituent un groupe hétérogène mais au sein duquel les acteurs sont liés et produisent de

²⁵ L'association Act up-Paris a à plusieurs reprises pris à parti des médecins marseillais refusant de prendre en charge des toxicomanes. Pour plus d'informations voir : site internet d'Act Up-Paris : <http://www.actupp.org/article13.html>

²⁶ Pour une réflexion plus large sur ces questions de participation des associations d'usagers et de malades à l'organisation des soins et des traitements (Dodier, Barbot, 2000).

l'action collective. Ces personnes sont amenées à se rencontrer régulièrement, notamment dans le cadre d'un comité de pilotage animé par la Ville de Marseille et la cellule SIDA de la DDASS des Bouches du Rhône. En 1996, un programme partenarial Ville-Etat-Associations baptisé « Automates Echangeurs de Seringues » est mis en place. Un « Comité de Pilotage Automates Echangeurs de Seringues », chargé de veiller à la bonne conduite du programme, réunit mensuellement, jusqu'en juin 2001, puis bimensuellement des représentants des différents services de RDR membres du programme : ASUD, l'AMPT, Aides, Médecins du Monde et SOS DI ainsi que des représentants de différents services de l'Etat et de la Ville de Marseille. Au sein de ce comité de pilotage se réunissent régulièrement des salariés des programmes RDR d'Aides et Médecins du Monde, de la boutique Transit de l'AMPT, du sleep-in et du Point Ecoute de SOS DI, d'ASUD. Tous les membres actifs de cette instance sont directement issus des services de RDR et entretiennent des relations et des échanges qui conduisent à des collaborations entre membres d'associations dont les objectifs diffèrent. Les discours et pratiques communes des acteurs participant à ce programme ne sont pas articulés artificiellement mais sont le produit de nombreuses réunions de travail qui ont conduit à des enquêtes menées conjointement, comme ce fut le cas auprès des pharmaciens, en 2002, à l'élaboration de plaquettes d'information concernant les actions de RDR. Les agents de proximité financés dans le cadre de ces programmes informent les usagers de drogues rencontrés dans la rue de l'existence de structures de RDR sans se référer aux associations d'appartenance ou à l'association dont ils sont issus. Ainsi, un travailleur de rue employé par Aides peut indiquer aussi bien le sleep-in géré par SOS DI que l'accueil de sa propre association à un usager. Certains acteurs impliqués dans les dispositifs marseillais de RDR ne font pas partie de ces programmes, bien qu'ils puissent y être associés ponctuellement. Par exemple, l'Hôpital Sainte-Marguerite abrite dans ses locaux une boutique, animée par des éducateurs spécialisés et des infirmières salariés de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, vers laquelle les travailleurs de rue orientent certains usagers de drogues. Ces comités de pilotage parviennent à stabiliser un groupe de militants de la RDR. On peut qualifier ce groupe pratiquant l'action collective, de « coalition mixte » au sens où cette coalition regroupe des acteurs hétéroclites - acteurs privés, fonctionnaires, contractuels de la fonction publique – convaincus de l'intérêt de défendre et pérenniser une politique de RDR à Marseille, voire de l'étendre à d'autres villes ou au reste du département.

Les relations qu'entretiennent les différents participants à la politique locale de RDR oscillent donc entre trois formes : la juxtaposition, l'imbrication et l'action commune. La juxtaposition

repose sur un partage des publics, l'imbrication sur un partage des compétences, et l'action commune nécessite la constitution d'un enjeu commun.

Conclusion

La rencontre et les collaborations entre les différents acteurs qui animent ces dispositifs n'aboutissent ni à la victoire d'un groupe d'acteurs sur un autre, ni à un consensus autour de la RDR. Sur de très nombreux points, les désaccords subsistent entre les acteurs engagés dans l'action. En effet, des conflits d'interprétation autour de l'usage de drogues et de son traitement sanitaire et social perdurent. Cette persistance de divergences d'opinion n'empêche pas pour autant la mise en place d'une politique fondée sur la coexistence de ces acteurs, ni l'adoption d'outils communs et de pratiques partagées. L'accord et le sens partagé ne sauraient donc être les prérequis obligés pour mettre en place une action publique. Déplacer le regard des phénomènes de changements ou de continuités dans les politiques publiques aux questions de conflits et de compromis susceptibles de donner lieu à des hybridations et des recompositions permet de s'interroger sur ce qui rend possible l'action conjointe d'acteurs en désaccords. En analysant les conflits et les compromis auxquels ils donnent naissance, nous avons cherché : d'une part, à comprendre les stratégies des individus au cours de leurs échanges pour faire triompher leurs points de vue et convaincre les parties adverses ; d'autre part, à mettre en évidence ce sur quoi ils acceptent de transiger pour parvenir à co-exister au sein des mêmes dispositifs et sur un même territoire. Si l'analyse de l'action publique a tendance à focaliser son attention sur les situations où les acteurs parviennent à s'entendre, de nombreuses politiques locales ne reposent pas sur l'accord des différentes parties. Les conflits persistants méritent donc, selon nous, une attention accrue pour comprendre les compromis dont l'action publique locale fait l'objet et ainsi souligner les mécanismes complexes qui permettent l'innovation et une meilleure prise en charge de publics aux besoins hétérogènes.

Bibliographie

Bergeron H., 1999. *L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.

Borraz, O., Loncle – Moriceau, P., 2000. Permanences et recompositions du secteur sanitaire, les politiques locales de lutte contre le SIDA . *Revue française de sociologie*, 41 (1), 61-78.

Coppel, A., 1996. Les intervenants en toxicomanie, le SIDA et la réduction des risques, *Communications*, 62, 75-107.

Coppel, A., 2002. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.

Dourlens C., 2002. « La dynamique du dépliement : la mise sur agenda du saturnisme infantile », in Gilbert C., *Risques collectifs et situations de risques. Apports de la recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, L'Harmattan, 65-77.

Dourlens C., 2003. *Saturnisme infantile et action publique*, Paris, L'Harmattan.

Dodier, N, Barbot, J., 2000. L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH, *Sciences Sociales et Santé*, 18 (1), 75-117.

Fassin, D. (Ed.), 1998. *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.

Fillieule, O., 2001. *Trajectoires d'engagement. Aides et Act Up*, Paris, Textuel.

Gilbert, C., 2002. *Risques collectifs et situations de risques. Apports de la recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, L'Harmattan.

Hassenteufel, P., Le Bihan-Youinou, B., Loncle-Moriceau, P., Vion, A., 1998. L'émergence d'une nouvelle santé publique In : Fassin, D. (Ed.), *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 84-109.

Kingdon, J., 1984. *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little Brown.

Lovell, A., Feroni, I., 1996. Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille, *Annales de la Recherche Urbaine*, 73, 22-32.

Lovell, A., Feroni, I., 1998. SIDA-Toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille. In : Fassin, D. (Ed.), *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 84-109.

Massardier, G., 1997. Les savants les plus « demandés ». Expertise, compétences et multipositionnalité. Le cas des géographes dans la politique d'aménagement du territoire, *Politix*, n°36, 163-180.

Massardier, G., 2003. *Politiques et action publiques*, Paris, Armand Colin.

Mathieu, L., 2001. *Mobilisations de prostituées*, Paris, Belin.

Muller, P., Surel, Y., 1998. *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Clefs Montchrestien.

Pressman, J. L Wildavky A., 1984. *Implementation. How great expectations are dashed in Oakland; or why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on foundation of ruined hopes. The Oakland project*, Berkeley, University of California Press, 3ème édition.

Setbon, M., 1993. *Pouvoirs contre SIDA, de la transfusion sanguine au dépistage : Décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil.

Setbon, M., 1996. Le risque comme problème politique, sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, 11-28.

Steffen, M., 2000. Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie, France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie, *Revue française de sociologie*, 41 (1), 5-36.

Toufik, A., 1997. Définition – Concepts et Historique des Groupes d'Auto – Support. Document Toxibase n°204404, Lyon, 1-15.