

# 16

## Accessibilité et acceptabilité des actions de réduction des risques

Ce chapitre traite de la question de l'acceptabilité des outils de réduction des risques. L'acceptabilité est questionnée par rapport à deux publics : les cibles de l'action publique que sont les usagers de drogues et les voisins de ces outils qui résident ou travaillent à proximité de ces dispositifs. Il s'agit, à partir de la littérature disponible, de comprendre à la fois ce qui nuit à l'acceptabilité et à l'accès à la réduction des risques et ce qui les facilite. Notons tout d'abord que les articles portant exclusivement sur ces deux thèmes sont peu nombreux par rapport à d'autres thématiques. Les recherches sur la population générale et les riverains font l'objet d'assez peu de publications, alors même que l'objectif de tolérance des actions et les opérations de médiation qui l'accompagnent font partie des missions dévolues aux professionnels de la réduction des risques. Avant d'entamer le développement proprement dit, il convient de revenir sur le terme « acceptabilité » qui reste relativement indéfini dans la littérature. L'acceptabilité des outils de réduction des risques par les usagers renvoie à des questions d'accessibilité des outils et de satisfaction des usagers. Dans les articles de langue anglaise, l'intérêt se porte sur l'efficacité des mesures de réduction des risques vis-à-vis des usagers (qualité de vie, sécurité, santé) et sur les freins à l'efficacité. Les mesures de l'efficacité utilisent différents termes : *efficacy*, *effectiveness*, *impact* et *effects*. L'accès aux soins, la capacité à s'insérer dans une stratégie de réduction des risques et le rôle des professionnels sont au cœur des questionnements de cette littérature. Pour les usagers, les articles parlent surtout d'accessibilité. Dans les rares travaux concernant les riverains, c'est le mot acceptabilité qui est employé (notons que les travaux sur ce thème sont essentiellement de langue française). L'acceptabilité est avant tout sociale et renvoie à la tolérance des actions, tolérance qui est une condition du bon fonctionnement des outils grâce à une pacification des relations entre les usagers et leurs voisins.

Ce chapitre aborde dans un premier temps ce qui relève de l'accessibilité des outils par les usagers puis ce qui relève de l'acceptabilité par les riverains.

## Accès et satisfaction des usagers

Les enquêtes quantitatives et qualitatives s'accordent pour affirmer que les outils de réduction des risques sont acceptés par les usagers de drogues. Une revue de la littérature identifie trois critères d'appréciation prépondérants dans l'utilisation par les usagers des outils de réduction des risques : la discrétion, l'accessibilité et l'adéquation avec le rythme de vie des usagers de drogues (Ben Lakhdar et coll., 2008). L'accessibilité est optimale lorsque la couverture horaire est large et les lieux d'implantation divers et peu visibles (intégration à l'environnement urbain, non regroupement devant l'outil). La discrétion équivaut dans cette littérature à la possibilité de ne pas être identifié comme usager de drogue. En creux, l'accessibilité serait facilitée par une invisibilité dans l'espace public, par la garantie de l'anonymat pour les usagers et par une adaptabilité maximale des horaires.

À ce titre, les automates échangeurs de seringues apparaissent pour certaines populations ne fréquentant pas les autres dispositifs de première ligne comme un outil adéquat (Islam et coll., 2008). Les pharmacies sont également mentionnées comme propices à la garantie de l'anonymat. En dépit de ces éléments portant sur les moyens de rendre les outils le plus accessibles possibles, des freins à l'accessibilité demeurent et réduisent l'efficacité des stratégies de prévention.

### Principaux freins à l'accessibilité

Les travaux disponibles portant sur l'accès aux outils de réduction des risques, outils entendus au sens large, mettent en évidence une trop faible quantité par rapport aux besoins exprimés par les usagers de drogues. Le coût du matériel est également évoqué comme un frein à l'accessibilité et comme facteur de réutilisation des seringues. Le nombre de seringues gratuites disponibles serait inférieur au nombre optimal. Le prix des seringues constitue un frein à leur accès et la gratuité permet de diminuer le nombre de réutilisations. La raison de cette trop faible quantité de seringues données est liée à l'évolution de la pratique d'injection : l'augmentation de l'injection de psychostimulants amène une réutilisation fréquente des seringues, une même seringue serait ainsi réutilisée au moins 4 fois. « Alors que l'on peut évaluer à 60-100 millions le nombre d'injections réalisées chaque année en France par des usagers de drogues, on sait que 10 à 12 millions de seringues seulement sont distribuées » indique Nicolas Bonnet (2006). En 2008, on estime à 14 millions, le nombre de seringues distribuées.

La littérature disponible et notamment les travaux portant sur des grandes villes des États-Unis et du Canada mettent en avant d'autres freins à la bonne utilisation du dispositif par les usagers. Deux enquêtes ont été menées à Vancouver et New-York (Cooper et coll., 2005 ; Werb et coll., 2008), deux autres enquêtes reposent sur un échantillon de villes des États-Unis et livrent

des résultats concordants (Friedman et coll., 2006 ; De et coll., 2007). Parmi les freins à l'accessibilité régulièrement évoqués dans ces recherches se trouvent la lutte policière contre l'usage de drogues (et notamment sa manifestation physique : présence policière, interpellations des usagers) et la précarité des usagers de drogues, particulièrement l'absence de logement leur permettant de pouvoir consommer en lieu sûr (à l'abri du regard policier et du voisinage), tout en disposant de temps pour pourvoir le faire dans de bonnes conditions.

La présence policière et les risques liés à la détention de matériel de réduction des risques reviennent dans de nombreux résultats d'enquêtes comme un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques. Les études menées sur ce thème prouvent que la présence policière accroît les prises de risques (consommations dans des lieux insalubres, injections réalisées dans la précipitation, rejet du matériel dans l'espace public...) et ne serait donc pas propice à la prévention et au maintien en bonne santé. Les usagers de drogues évitent d'être porteurs de matériels qui les identifient comme tels aux yeux des fonctionnaires de police et peuvent déboucher sur une fouille. Ils évitent également d'être porteurs de substances et tendent à consommer n'importe où et dans la précipitation dès que le produit est acquis et peuvent être dissuadés de se rendre dans les structures de réduction des risques. Ces études mettent en avant une contradiction entre impératif de santé publique et pénalisation des usagers en insistant sur les effets négatifs de la présence policière sur les mesures de réduction des risques (Cadet-Tairou et coll., 2010 ; Cooper et coll., 2005 ; Friedman et coll., 2006 ; Werb et coll., 2008). Ces dernières années en France, des professionnels de santé et des usagers font état de la survenue de ruptures répétées du *statu quo* qui prévalait depuis la mise en œuvre des mesures de réduction des risques à savoir l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité des lieux de réduction des risques, de manière à ne pas dissuader les usagers de drogues de fréquenter ces structures (Cadet-Tairou et coll., 2010).

Après avoir été interpellés, les usagers déclarent avoir pris davantage de risques (rachat immédiat de produit, activités délictueuses pour se procurer de l'argent). Outre les risques liés aux trafics de drogues, 51 % des usagers interpellés se sont vus confisqués leurs seringues. Parmi ceux-ci, 6 % déclarent avoir ensuite utilisé une seringue usagée (Werb et coll., 2008). Une enquête menée dans un arrondissement de New-York où la présence policière est forte montre que les usagers les plus marginalisés prennent des risques pour échapper au regard policier. Les moments d'injection sont notamment décrits avec précision, grâce à des entretiens qualitatifs, les usagers déclarent se dépêcher de s'injecter, négligeant les consignes d'hygiène qu'ils connaissent pourtant et laissant le matériel utilisé sur place. Ils déclarent également souffrir d'abcès et autres affections liés à leurs pratiques d'injection (Cooper et coll., 2005, p. 679). Outre ces résultats fondés sur des entretiens auprès des usagers, une autre enquête croise trois variables :

- le nombre d'arrestations pour possession ou vente de cocaïne ou d'héroïne ;
- le nombre d'officiers de police par habitant ;
- les dépenses liées aux incarcérations et arrestations par habitant avec la prévalence au VIH des usagers de drogues.

Les trois variables sont associées à une forte prévalence du VIH chez les usagers de drogues. Le nombre d'officiers de police par habitant a la plus forte association avec la prévalence du VIH (0,358) (Friedman et coll., 2006).

Au vu de ces données, on peut, dans un objectif de santé publique, douter de l'intérêt de l'augmentation des arrestations pour infraction à la législation des stupéfiants (ILS). En France, depuis 2006, le nombre d'ILS fait partie des indicateurs mesurant et évaluant le travail policier. En 2008, les ILS connaissent une très forte augmentation en France (+31 % par rapport à 2007). En valeur absolue, cela équivaut à 150 000 interpellations. Pour se faire une idée plus précise de l'ampleur de l'augmentation : en 1995, l'Office central pour la répression du trafic illicite (Octris) recensait 52 112 ILS. Le chiffre a donc été multiplié par trois. En 2008, 90 % des cas concernent des usagers de cannabis, 10 % des interpellations concernent d'autres substances que le cannabis, ce qui représente 14 800 interpellations (Chiffres Octris). Les interpellations pour simple usage et a fortiori à proximité des structures de première ligne nuisent, d'après les enquêtes précédemment citées, à l'impératif de santé publique, et en particulier à la lutte contre les maladies infectieuses.

Les études mettent en lumière également des inégalités parmi les usagers de drogues dans les possibilités de ne pas s'exposer au regard policier. Les usagers les plus marginalisés, notamment ceux qui ne disposent pas de domicile, sont les plus exposés. Leur consommation a souvent lieu dans la rue et ceci les conduit à prendre davantage de risques. La possibilité ou l'impossibilité de consommer dans des lieux privés apparaît discriminant dans la prise de risque (Cooper et coll., 2005). Outre les inégalités pour ne pas s'exposer au regard policier, plusieurs enquêtes distinguent des sous-groupes parmi les usagers et mettent en garde contre les risques d'une vision homogène des usagers de drogues. Les inégalités entre usagers (liées au logement, mais aussi à l'origine ethnique, au genre ou au cumul d'autres problèmes sanitaires et sociaux) apparaissent criantes et permettent de comprendre que les usagers qui cumulent les facteurs de vulnérabilité soient les plus exposés aux maladies infectieuses et autres risques liés à la consommation de stupéfiants (De et coll., 2007). Enfin, une enquête britannique portant sur les barrières que disent rencontrer les usagers injecteurs prouve que parmi celles-ci figurent les attitudes négatives rencontrées dans les services médicaux et sociaux et notamment le dédain dont feraient preuve les professionnels rencontrés (Neale et coll., 2008).

La plupart des articles et revues de littérature, consultés sur l'accessibilité, ne questionnent pas les attentes réelles des usagers de drogues. Bien souvent ces attentes sont supposées ou postulées.

### Attentes méconnues

Une revue de la littérature et un article reposant sur des données qualitatives reviennent sur cette absence de données robustes concernant les questions d'attentes et de satisfaction des usagers. La satisfaction des usagers reste souvent peu interrogée dans les enquêtes disponibles : « Parmi les 1<sup>ers</sup> résultats, il est à noter le très faible nombre d'études relatives aux perceptions, attentes, besoins des usagers relativement au matériel de réduction des risques. (...) La perception du matériel en lui-même n'est quasiment jamais étudiée » (Ben Lakhdar et coll., 2008, p. 57). Pourtant dans les articles portant sur les outils, la satisfaction apparaît comme une garantie de leur utilisation ou au contraire un motif de leur non utilisation (Morissette et coll., 2007).

Alors que certains travaux mettent en avant le manque de certains outils de réduction des risques, comme les kits d'inhalation, qui permettraient de réduire les prises de risques (Ben Lakhdar et coll., 2008), une enquête québécoise s'interroge sur les attentes des usagers de drogues (Carrier et Lauzon, 2003). Les entretiens qualitatifs réalisés dans cette agglomération révèlent que les usagers rencontrés émettent des souhaits contradictoires concernant les outils de réduction des risques et leur amélioration. Sur les salles de consommation notamment, les avis ne sont pas unanimes et certains usagers les considèrent comme pouvant poursuivre un objectif de sécurité publique plus que de santé publique. Il est important de noter ici que ce constat d'une ambivalence des attentes est rarement mis en avant dans les travaux précédemment cités qui raisonnent davantage en termes de recherche d'efficacité qu'en termes de satisfaction des usagers.

En France, un programme de recherche spécifique sur cette question de l'acceptabilité des outils de réduction des risques chez les usagers de drogues a été récemment mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre l'InVS et le Cermes3. Une enquête sur les consommateurs de crack explore actuellement les attentes des usagers en matière de réduction des risques liée à l'inhalation de crack (Jauffret-Roustide, 2009 et 2010). Par ailleurs, l'enquête Coquelicot inclut dans son édition 2010 un volet spécifique sur l'acceptabilité des outils de réduction des risques liés à l'injection (kits d'injection) et les attentes des usagers vis-à-vis de nouvelles stratégies de réduction des risques (salles d'injection...).

Outre l'accessibilité et les attentes des usagers, les coopérations entre acteurs apparaissent comme facilitant l'accessibilité et la prévention.

### Coopération : facteur de meilleur accès

La politique de réduction des risques associe, notamment en France, des acteurs variés. Les principaux acteurs concernés sont les associations spécialisées dans la lutte contre le sida, les associations ou structures spécialisées dans

la lutte contre la toxicomanie, les groupes dits d'auto-support, les acteurs sanitaires au sens large (pharmaciens, médecins libéraux, services hospitaliers généraux et spécialisés), les acteurs du champ pénal (policiers relevant de la police nationale et de la police municipale, magistrats) et les services sociaux.

Pour un usager de drogues rencontrant au quotidien des difficultés économiques, ces différents acteurs peuvent apporter de l'aide pour préserver sa santé.

Les coopérations entre acteurs relevant du secteur socio-sanitaire permettent d'offrir non seulement un meilleur accès des usagers aux soins et à la prévention des maladies infectieuses, mais également une plus grande diversité de soins. L'existence de réseaux de prise en charge incluant services hospitaliers, associations, médecins et pharmaciens permet d'améliorer l'accès aux soins et l'observance aux traitements prescrits (Bonnet, 2006).

Quelques travaux portant sur les coopérations entre acteurs du champ pénal et acteurs du champ socio-sanitaire prouvent également que celles-ci facilitent l'accessibilité, les policiers pouvant prendre conscience de l'intérêt de la réduction des risques et donner ou recevoir la consigne de ne pas procéder à des patrouilles visibles ou à des interpellations à proximité des outils de réduction des risques (automates, PES, unité mobile) (Racine et Grégoire, 2005). En France, des outils de coordination existent notamment au niveau des préfetures. Ainsi, dès 1985, suite à une circulaire du Premier Ministre, des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie ont été mis en place. Le pilotage de ces instances était censé être assuré, à l'échelle départementale, par la Préfecture. Ces instances étaient responsables de la coordination et de l'animation de l'ensemble des actions de lutte contre la toxicomanie sur le département et devaient regrouper des participants divers : services extérieurs de l'État, collectivités territoriales, associations. Dans la pratique, ces instances n'ont jamais trouvé leur place. Suite à la publication du rapport constatant l'échec des conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie (Karsenty et Nosmas, 1994), une circulaire du 9 Juillet 1996 réorganise le cadre départemental. La lutte contre la drogue et la toxicomanie, au plan départemental, s'organise alors autour du préfet, d'un chef de projet « toxicomanie » nommé par le préfet et plus particulièrement chargé de l'application de la politique gouvernementale, et d'un comité restreint de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Ce comité réunit les responsables départementaux des services de l'État et les représentants de l'autorité judiciaire, du conseil départemental de prévention de la délinquance qui doit inscrire à l'ordre du jour de chaque réunion une rubrique « lutte contre la toxicomanie ». Par l'intermédiaire de ces comités, il s'agissait de mettre en place une coordination dans chaque département. Ce nouveau cadre n'aura pas beaucoup plus de succès que le précédent. Ils sont peu mis en œuvre du fait des missions exponentielles qui incombent aux services territoriaux de l'État et de leur manque de ressources politiques (bonne connaissance des quartiers, des populations, légitimité locale...).

Ces ressources sont détenues par les élus locaux et notamment ceux relevant des municipalités. Certaines municipalités se sont substituées aux services de l'État (avec leur accord) pour permettre des formes de coordination entre acteurs multiples. La ville de Marseille constitue un exemple de ce type de démarches, l'un de ses services a en effet initié des comités de pilotage sur site qui associent des policiers. Ces actions ont permis d'améliorer l'accès aux structures de réduction des risques jusqu'en 2005 (Le Naour, 2005c). Par la suite, les représentants de la police nationale n'ont plus eu la possibilité de participer à ces instances, ce qui recrée des situations d'incompréhension et augmente le nombre d'interpellations à proximité des outils de réduction des risques.

Les travaux s'attardant sur les coopérations entre les acteurs du champ pénal et du champ sanitaire, notamment sur les sites où sont implantés les outils de réduction des risques prouvent que les coopérations facilitent grandement la mise en œuvre et le développement de mesures de réduction des risques, l'accès aux soins des usagers de drogues, et la tenue d'un discours cohérent face à de potentiels détracteurs.

En effet, les outils de réduction des risques font l'objet, de façon récurrente, de critiques plus ou moins virulentes de la part de leurs riverains. Ces critiques témoignent bien souvent d'une incompréhension face à des mesures d'emblée considérées comme hors la loi (permissives alors que l'usage de drogue reste un délit) et d'une perception négative des usagers de drogues. Ces critiques et incompréhensions renvoient aux objectifs d'acceptabilité de la réduction des risques par la population générale et les riverains.

## **Acceptabilité par la population générale et les riverains**

Les enquêtes et études réalisées sur les perceptions en population générale (Credoc, 2004 ; Dubé et coll., 2009 ; enquêtes Eropp<sup>54</sup>) et parmi certaines professions (pharmaciens par exemple : Bonnet et coll., 2006) révèlent des ambivalences relativement fortes. Les personnes interrogées émettent des opinions clivées sur la politique publique en général, sur les outils et sur leur localisation. Les travaux prouvent également que les perceptions et opinions sur l'usage et les usagers de drogues ont un impact sur la façon dont les outils de réduction des risques sont perçus et tolérés. Ce faisant, elles ont des effets sur leur bon fonctionnement et leur développement. Sur sites, des oppositions aux outils peuvent voir le jour et font alors l'objet d'un travail de médiation, généralement réalisé par les professionnels de la réduction des risques. Si l'on souhaite améliorer la perception des outils de réduction des risques et des usagers de drogues, la formation initiale et continue semble rester un outil majeur.

54. Enquête nationale sur l'opinion et les représentations des Français sur les drogues.

## Perceptions ambivalentes

Deux enquêtes récentes menées sur des échantillons de population de deux villes (Marseille, Québec) révèlent que les représentations des usagers sont variables parmi les enquêtés (Credoc, 2004 ; Dubé et coll., 2009). Plus les enquêtés font de l'usage de drogue un problème relevant d'une responsabilité sociale et collective, plus ils tolèrent la réduction des risques. Inversement, plus les enquêtés définissent l'usage de drogues comme relevant de la responsabilité individuelle du consommateur, plus les actions de réduction des risques sont critiquées, d'autres approches lui sont alors privilégiées : enfermement, obligation de soins, prévention primaire. Les actions de réduction des risques pour ce deuxième groupe sont cependant acceptées dans un objectif instrumental : « Cette vision s'articulait autour d'une vision de défense sociale visant à protéger les « bons citoyens » de la contamination » (Dubé et coll., 2009, p. 26).

L'enquête menée à Marseille met également en avant la faible connaissance du dispositif par les habitants contactés. Cette méconnaissance produit des effets ambivalents. Elle permet de ne pas susciter des craintes. Les habitants qui considèrent les usagers de drogues comme des personnes vulnérables considèrent le dispositif comme utile lorsqu'il est porté à leur connaissance. Le revers de la méconnaissance ou de la discrétion autour des actions reste l'absence de communication et le risque d'incompréhension concernant des riverains qui voient les toxicomanes uniquement comme des délinquants.

D'autres enquêtes ont plutôt tendance à mettre l'accent sur les différentiels de représentation liés à l'usage de drogues entre les « riverains » et les promoteurs de la réduction des risques. Ces différentiels constituent selon ces recherches l'explication principale de l'intolérance de la réduction des risques et des usagers (Carrier et Quirion, 2003 ; Peretti-Watel, 2003).

En France, les résultats d'une enquête nationale sur l'opinion et les représentations des Français sur les drogues (Eropp) menée en 1999 (Beck et Peretti-Watel, 2000), 2002 (Beck et coll., 2002) et 2008 (Costes et coll., 2010), livrent des résultats ambivalents.

Une large majorité (72 %) des personnes interrogées adhère au principe de base qui fonde la politique de réduction des risques : « informer les consommateurs de drogues sur la façon la moins dangereuse de les consommer afin de diminuer les risques pour leur santé ». Néanmoins cette majorité s'est quelque peu effritée depuis 2002 (ils étaient alors 81 % à partager cette opinion). Près des trois quarts des Français ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogues (73 % en 1999, 74 % en 2002, question non posée en 2008). L'adhésion au dispositif central de la stratégie de réduction des risques en France, les traitements de substitution, est large : 72 % y sont favorables mais ici également on constate un affaiblissement de l'adhésion (82 % y étaient favorables en 2002). Cette majorité favorable à la réduction des risques s'inverse lorsque l'on envisage les formes les plus « discutées » de la

réduction des risques. Ainsi, seuls 27 % des Français seraient favorables à l'ouverture de « salles d'injection ».

À ce sujet, comme plus globalement pour l'ensemble des opinions sur les politiques publiques menées sur les drogues, les milieux sociaux favorisés, les personnes ayant une éducation scolaire supérieure, les adultes actifs et les personnes ayant une « certaine proximité » (consommant, ayant déjà consommé ou ayant un proche consommant) avec le cannabis sont plus favorables que les autres à la démarche de réduction des risques comme elles sont également moins majoritairement attachées au régime de prohibition.

Cette évolution des dix dernières années vers une relative moindre acceptation de la démarche de réduction des risques est à mettre en regard de l'évolution des représentations sur les usagers d'héroïne. Considérant ces derniers plus comme « responsables » et moins comme « victimes », il semble que les Français soient plus sensibles à une approche « répressive » (Beck et coll., 2002 ; Costes et Adès, 2010).

Les enquêtes tendent également à montrer que le degré d'acceptation de l'installation d'un dispositif de réduction des risques peut varier en fonction de sa proximité. Lorsqu'on questionne les habitants sur l'ouverture prévue par la loi de centres de soins pour les toxicomanes en coopération avec la mairie, les hôpitaux, la police et les habitants, ils sont 95,3% à se déclarer favorables, lorsqu'on leur demande s'ils seraient favorables à une telle ouverture dans leur quartier, 21,5% des enquêtés se déclarent défavorables (Beck et coll., 2002). Localement, lorsque des actions de réduction des risques (unité mobile, PES, travail de rue, automates) sont effectivement mises en place, les populations avoisinantes ne sont pas consultées, parfois elles ne sont même pas informées. Certains individus, organisés ou non en association, vivent relativement mal ces implantations et usent de techniques variées pour tenter de faire déplacer les outils, voire de les faire disparaître (pétition, lettres aux élus, manifestations, altercations plus ou moins vives avec des usagers ou des professionnels des structures, dégradations des outils). Ces contestations donnent naissance à un travail de médiation confié le plus souvent aux personnes travaillant dans les dispositifs de première ligne.

### **Actions de médiation variées**

Les actions menées en direction des riverains ou de l'environnement sont le plus souvent conçues après la mise en place des actions réduction des risques et visent à faire face aux contestations, voire tenter d'y mettre un terme. Ces actions visent donc l'acceptabilité. En visant l'acceptabilité, ordre et santé publique se rejoignent favorisant certains outils de réduction des risques. Plusieurs articles décrivent ces actions et essaient de mettre en avant les variables qui permettent de passer de la contestation à la concertation. Les contestations décrites sont souvent extrêmement violentes (plaintes répétées, dégradations, violences, plus rarement actions en justice) et conduisent à

l'engagement des acteurs politiques (soit pour défendre, soit pour contester aux côtés des riverains).

D'après Racine et Grégoire (2005), les variables susceptibles de permettre le succès d'une implantation d'un outil seraient :

- des représentations du problème proches de la réalité ;
- l'engagement des élus locaux et du niveau politique local (en particulier municipal) ;
- un discours cohérent tenu par les différents intervenants (élus, travailleurs de rue, policiers, cantonniers...) ;
- la fréquence des rencontres et explicitations (ne pas tenir la tolérance pour acquise une fois pour toute) ;
- les types de médiation ou dialogue proposé : la mise en commun des savoirs (savoirs des riverains et savoirs des acteurs de la réduction des risques) semblent mieux fonctionner que les approches descendantes d'explicitation des professionnels vers les riverains (Kübler, 2001 ; Le Naour, 2008 ; Dubé et coll., 2009) ;
- la mixité des équipes amenées à rencontrer des riverains mécontents (mixité des professions et couverture du territoire accompagnées de la tenue d'un discours similaire tenu par les différents intervenants) ;
- la discrétion des outils et dispositifs.

Face à ces contestations riveraines durables ou récurrentes, les types de médiations proposées sont relativement variés (travail de rue, réunions publiques, participation à des comités techniques sur sites). Le terme de médiation est polysémique. La plupart des travaux et évaluation sur la médiation (y compris travaux relevant d'autres champs que celui de la réduction des risques) partent des pratiques de médiation et essaient de comprendre leurs effets sur les conflits de voisinage.

La grande diversité des formes proposées amène au travers des articles disponibles à comparer les résultats de ces différentes procédures notamment en s'interrogeant sur leur capacité à susciter la tolérance des riverains.

Les comités techniques ou tables rondes sont des lieux de mise en relation et mise en commun des savoirs entre riverains et acteurs de la réduction des risques. Ils semblent produire les meilleurs résultats que les réunions publiques ponctuelles. À moyen et long terme, le problème de la participation continue des riverains se pose, comme dans d'autres cas de procédures de démocratie délibérative. La qualité de l'échange (impression ou non d'être entendu) apparaît déterminante dans la durée de participation des riverains et leur bonne volonté.

Initialement destiné aux usagers les plus marginalisés, l'*outreach*, traduit par travail de rue ou intervention de proximité, fait également partie des outils de médiation. Il a été, en effet, étendu au fil des années aux riverains contestataires. Les résultats de ces actions ont été peu évalués, mais les rares enquêtes disponibles mettent en avant leur nécessité sur les sites d'implantation où les

contestations sont vives, voire violentes (Kübler, 2001 ; Cereq, 2002 ; Le Naour, 2008). Elles précisent également que ces métiers reposent sur des compétences identifiables et transmissibles.

Les enquêtes traitant des questions de médiation insistent, notamment pour la France, sur le fait que les métiers dits de première ligne reposent sur des savoirs pratiques acquis sur le tas (Racine et Grégoire, 2005). Les publications livrent des bilans mitigés sur ces programmes mettant en œuvre des actions de médiation. L'objectif de pacification des relations entre les voisins et les acteurs et usagers des services de réduction des risques est le plus souvent atteint à court terme. Les actions de médiation qui atteignent cet objectif sur le moyen ou long terme sont celles qui bénéficient d'un financement pérenne et d'une forte coordination (Fayman et coll., 2003 ; Le Naour, 2008).

Outre l'obtention de la tolérance, voire de l'acceptation des actions, un des autres objectifs sous-jacents fixés par les actions de médiation était la reconnaissance de la qualification des métiers de la médiation (ici du métier d'intervenant de proximité et de sa professionnalisation) (Cormont et coll., 2002 ; Cereq, 2002 ; Jauffret-Roustide, 2009). Cet objectif n'est pas atteint à ce jour.

L'un des moyens identifiés par les auteurs pour permettre une information aussi précise que possible (compte tenu des connaissances disponibles) sur les usages de drogues et améliorer les perceptions sur les consommateurs, ainsi que sur les risques encourus, est la formation initiale et continue (des médiateurs) (Neale et coll., 2008).

### **Enjeux récurrents de formation et d'information**

Il faut distinguer les formations générales destinées à des acteurs non spécialisés de celles destinées à des acteurs potentiellement au contact des usagers (pharmaciens, médecins libéraux, intervenants de rue...).

Concernant les intervenants de rue (dont les dénominations varient d'un site à l'autre : agents de proximité, animateurs de prévention, travailleurs de rue, éducateurs de rue), l'objectif de la création d'un référentiel-métier concernant l'intervention de proximité auprès des habitants était de permettre une professionnalisation des agents et une harmonisation des pratiques de médiation, tant concernant le travail auprès du voisinage que concernant le travail auprès des usagers, notamment marginalisés. Des formations expérimentales ont été mises au point à Marseille mais n'ont pas bénéficié d'une certification permettant leur développement ou leur duplication (Cormont et coll., 2002 ; Cereq, 2002). À ce jour, il n'existe ni formation diplômante ou certifiante, ni de guide de bonnes pratiques. De tels outils sont pourtant présentés comme utiles :

- pour aider les intervenants confrontés à des contestations de leurs actions à trouver les moyens adéquats pour y répondre ;

- pour résoudre des difficultés à entrer en contact avec des usagers de drogues ne fréquentant pas les structures mises en place ;
- pour dialoguer avec les professionnels de santé qui seraient soit hostiles aux usagers de drogues, soit en difficulté face à eux.

Les actions de formation (et d'accompagnement) à destination des professionnels de santé, (notamment auprès des pharmaciens écossais : Matheson et coll., 2007) n'ont été ni recensées, ni évaluées de manière exhaustive. Elles donnent, d'après les rares études, de bons résultats concernant l'amélioration de la perception des usagers de drogues par les praticiens (Bonnet et coll., 2001 ; Bonnet, 2006). Notons que les représentations des usagers de drogues parmi les professionnels de santé connaissent les mêmes variations que parmi la population générale allant d'une forte empathie à un rejet pur et simple. Ces différentiels de représentations permettraient d'expliquer en partie le refus de certains professionnels de santé de participer à la réduction des risques (refus pouvant aller jusqu'à faire savoir qu'on ne souhaite pas travailler avec des usagers de drogues, ce qui dissuade généralement ces derniers de s'adresser à eux)<sup>55</sup>.

Les études portant sur les pharmaciens et l'évolution de leur rôle dans les politiques de réduction des risques en font des acteurs de premier plan. Elles mettent en avant l'isolement ressenti par les pharmaciens face aux usagers de drogues et à leurs demandes. Elles concluent à la nécessité de former les pharmaciens « Les pharmaciens ont besoin de formations spécifiques » (Matheson et coll., 2007 ; Samitca et coll., 2007, p. 55). On retrouve des constats similaires pour d'autres professions et notamment concernant les médecins généralistes (Neale et coll., 2008). Les pharmaciens appartenant à des réseaux de prise en charge et sensibilisés sur les questions de réduction des risques sont plus enclins à vendre des seringues et accueillent mieux les usagers de drogues (Bonnet et coll., 2006 ; Matheson et coll., 2007).

Concernant les actions de formation destinées à des acteurs non spécialisés, le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, de la Mildt, mettait déjà l'accent sur la nécessité d'offrir aux fonctionnaires des formations concernant l'usage de drogues et les politiques menées. Ces actions ont fait l'objet d'une évaluation publiée par l'OFDT en 2003. Les résultats de l'évaluation sont mitigés. Les formations attirent davantage des personnes déjà informées, elles contribuent à modifier les perceptions notamment auprès des institutions pénales, elles permettent également d'impulser des partenariats (en particulier les formations longues). En revanche, l'impact sur les connaissances des participants est peu visible (connaissances des produits et de leur dangerosité notamment) (Toulemonde et coll., 2003).

---

55. Beaucoup d'articles font référence aux perceptions négatives des usagers de drogues parmi certains soignants. L'introduction de l'article de Neale et coll. (2008) qui porte sur la Grande-Bretagne en donne un aperçu relativement exhaustif.

Les perceptions des officiers de police et des magistrats semblent peu avoir été analysées et n'apparaissent pas dans la littérature consultée. On peut néanmoins formuler l'hypothèse suivante : les officiers de police et les magistrats ont probablement des perceptions ambivalentes de l'usage de drogues et sont soumis à des injonctions qui peuvent paraître contradictoires avec les impératifs de réduction des risques. Des formations spécifiques existent mais elles ne semblent pas suffisantes pour modifier leurs perceptions et permettre leur inscription dans une stratégie de réduction des risques, ce que le travail en réseau sur site a permis dans certains cas (Le Naour, 2005c).

**En conclusion**, à l'issue de cette présentation de la littérature disponible portant sur l'accessibilité et l'acceptabilité, non seulement des actions de réduction des risques, mais plus largement des usagers de drogues, plusieurs enjeux récurrents émergent.

Le premier concerne une question classique et longuement débattue depuis le début de la réduction des risques en France (et dans d'autres pays) : il renvoie à la difficulté ressentie sur le terrain à allier pénalisation du simple usage de drogues (ainsi qu'aux mesures qui lui sont associées : interpellations, confiscation de matériel) et mesures de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses. Ces difficultés ressenties sont redoublées par l'incompréhension souvent manifeste des riverains vis-à-vis des outils de réduction des risques, qui comprennent parfois mal que d'un côté l'usage est interdit quand de l'autre des seringues (et autre matériel) sont distribuées. Même si les choses progressent, force est de constater que les actions de réduction des risques sont encore loin d'être unanimement acceptées, *a fortiori* chez leurs voisins immédiats.

L'autre enjeu, lié à celui qui vient d'être évoqué, renvoie à une situation de méconnaissance des drogues, des usagers et des politiques menées parmi la population générale, et surtout parmi certains professionnels directement confrontés à des usagers (pharmaciens, médecins, policiers, magistrats...). Or, les enquêtes le prouvent, le travail en réseau et les formations répondant à certains critères (longue durée, polyvalence des intervenants notamment) paraissent pouvoir accroître sensiblement les connaissances et diminuer les phénomènes de peur et de rejet.

Le dernier enjeu récurrent est celui des vulnérabilités et des inégalités parmi les usagers de drogues pour se protéger efficacement. La représentation de l'usager en capacité de maîtriser sa consommation et sa santé est écornée par certaines enquêtes. Tous les usagers ne sont pas également dotés pour se protéger efficacement des risques associés à leur consommation de drogues.

## BIBLIOGRAPHIE

BECK F, PERETTI-WATEL P. EROPP 1999 : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes. OFDT, 2000, 204 p

BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P. Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP). OFDT, 2002, 116 p

BEN LAKHDAR C, MILHET M, DIAZ-GOMEZ C. Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers. *Revue de la littérature. Evaluation des politiques publiques*. OFDT, 2008, 73p

BONNET N. Pharmacy syringe exchange program for injection drug users. *Presse Med* 2006, **35** : 1811-1818

BONNET N, BEAUVERIE P, GAUDONEIX TAIEB M, POISSON N, IMBERT E, FOURNIER G. Changes in pharmacists practices (1996-2000) related to harm reduction policy (condoms, injecting equipment, methylmorphine) and maintenance therapy delivery (buprenorphine, methadone. *Ann Med Interne* 2001, **152** : S15-S20

CADET-TAIROU AM, GANDILHON M, LAHAIE E, CHALUMEAU M, COQUELIN A, TOUFIK A. Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT, Saint-Denis, France, 2010, 1-280

CARRIER N, LAUZON P. Se shooter en présence d'intervenants ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal. *Drogues, Santé et Société* 2003, **2** : 1-26

CARRIER N, QUIRION B. Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périlisation. *Drogues, santé et sociétés* 2003, **2** : 1-30

CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES QUALIFICATIONS (CEREQ), CAUSSE L, ROCHE P. Activité professionnelle des intervenants de proximité, analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Marseille, Convention Mission sida toxicomanie/CEREQ, janvier 2002

COOPER H, MOORE L, GRUSKIN S, KRIEGER N. The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Soc Sci Med* 2005, **61** : 673-684

COSTES JM, ADES JE. Ten years of change on the issue of drugs in France: public policy, public opinion and media. Fourth Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy. RAND. Santa Monica, California, USA, ISSDP, 2010

COSTES JM, LAFFITEAU C, LE NEZET O, SPILKA S. Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf>

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE (CREDOC). Evaluation du dispositifs automates échangeurs/distributeurs de seringues. Volet Environnement. Rapport Ddass 13 et Mairie de Marseille, 2004, 128 p

CORMONT P, COQUELLE C, RIVET G. Évaluation du programme « renforcer le travail de proximité ». Marseille. Convention Mission sida toxicomanie/Copas, rapport final, décembre 2002

DE P, COX J, BOIVIN JF, PLATT RW, JOLLY AM. The importance of social networks in their association to drug equipment sharing among injection drug users: a review. *Addiction* 2007, **102** : 1730-1739

DUBE E, MASSE R, NOEL L. Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits : contributions de la population aux débats éthiques de santé publique. *Revue canadienne de de santé publique* 2009, **100** : 24-28

FAYMAN S, SALOMON C, FOUILLAND P. Médiation et réduction des risques. OFDT, Septembre 2003

FRIEDMAN SR, COOPER HL, TEMPALSKI B, KEEM M, FRIEDMAN R, FLOM PL, DES JARLAIS DC. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *Aids* 2006, **20** : 93-99

ISLAM M, STERN T, CONIGRAVE KM, WODAK A. Client satisfaction and risk behaviours of the users of syringe dispensing machines: a pilot study. *Drug Alcohol Review* 2008, **27** : 13-19

JAUFFRET-ROUSTIDE M. Self-Support for Drug Users in the context of harm reduction policy: A Lay Expertise Defined by Drug Users' Life Skills and Citizenship. *Health Sociology Review* 2009, **18** : 159-171

JAUFFRET-ROUSTIDE M. La réduction des risques chez les usagers de drogues. Contributions de l'épidémiologie et de la socio-anthropologie. Thèse de santé publique, Mention Sociologie de la santé. Université Paris Sud XI, Février 2010

KARSENTY S, NOSMAS JP. Rapport sur le fonctionnement des Conseils départementaux de lutte contre la toxicomanie. Paris, Inspection Générale de l'Administration, Ministère de l'Intérieur, Novembre 1994

KUBLER D. Politiques de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé : analyse des conflits de mise en œuvre. L'Harmattan, Paris, 2001

LE NAOUR G. 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*, 2005a, **23** : 43-68

LE NAOUR G. Entrer dans l'action publique en la contestant. *Politix* 2005b, **18** : 9-28

LE NAOUR G. Créer l'action collective. Un service municipal dans la conduite d'une politique de lutte contre le sida et la toxicomanie à Marseille. In : Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique. FILÂTRE D, DE TERSSAC G (eds). Octares, Toulouse, 2005c, 155-163

LE NAOUR G. La qualification de plaintes de riverains en savoirs utiles : une géométrie variable. In : Action publique et légitimités professionnelles. LE BIANIC T, VION A (eds). LGDJ, Paris, 2008, 223-239

MATHESON C, BOND CM, TINELLI M. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: national service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *J Public Health (Oxf)* 2007, **29** : 350-357

MORISSETTE C, COX J, DE P, TREMBLAY C, ROY É, ALLARD R, et coll. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population:

Implications for HIV and hepatitis C prevention. *International Journal of Drug Policy* 2007, **18** : 204-212

NEALE J, TOMPKINS C, SHEARD L. Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health Soc Care Community* 2008, **16** : 147-154

PERETTI-WATEL P. Heroin users as folk devils and French public attitudes toward public health policy. *International Journal of Drug Policy* 2003, **14** : 321-329

RACINE P, GREGOIRE L. Agence de Développement de Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux. Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil. *Revue de la littérature*, 2005, 26p

SAMITCA S, HUISSOUD T, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. The role of pharmacies in the care of drug users: what has changed in ten years. The case of a Swiss region. *Eur Addict Res* 2007, **13** : 50-56

TOULEMONDE J, BOGGIO Y, SUBILEAU N, DESJONQUERES T, FLOIRAC E. Formations. Evaluation du volet formation. OFDT, 2003

WERB D, WOOD E, SMALL W, STRATHDEE S, LI K, MONTANER J, KERR T. Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *Int J Drug Policy* 2008, **19** : 332-338