

toxi[base]

revue
documentaire

toxiibase nationale
de documentation sur les
pharmacodépendances,
14, av. Barthélemy 69007 Lyon, France.
tél 78 72 47 45
fax 72 72 53 44

1

1^{er} trimestre 1994

Politiques locales et prévention en toxicomanie

- dossier Politiquesp. 1
locales et prévention en toxicomanie
- sélection thématiquep. 12
prévention
épidémiologie
santé publique
les produits et leurs effets
traitement
pathologie et psychopathologie
toxicomanie et sida
sciences humaines et sociales
marché de la drogue
législation
- informations généralesp. 24
- actualités congrèsp. 25
- actesp. 28
- fiche pratiquep. 29

Politiques locales et prévention en toxicomanie

*Par Lionel Gibier et Thomas Rouault**

Introduction

Composer une revue documentaire sur les politiques locales de prévention en toxicomanie est faire le pari de la complexité. On risque d'être amené à balayer tout le champ social en partant de la simple information sur la drogue pour arriver à de vastes projets concernant tous les aspects de la vie d'un quartier tels que le logement, la santé, l'échec scolaire, l'exclusion, l'économie locale, etc...(2, 3, 5, 24). La menace du brouillard, du brouillage et de la noyade est réelle.

C'est pourquoi nous proposons un simple fil conducteur de questionnements naïfs : de quoi parle-t-on quand on évoque les politiques locales de prévention en toxicomanie; qui en sont les interlocuteurs et les acteurs; où cela se discute, les CCPD sont-ils les lieux adéquats à la mise en place d'un partenariat si souvent prôné; quel est le rôle des élus et quel est celui qu'on veut leur voir jouer, au point de susciter une formation à leur attention; quelles sont les expériences tentées, et quelle est la place spécifique de la drogue dans ces expériences; quelle est d'ailleurs la place spécialiste de la toxicomanie dans ces dispositifs; la santé communautaire, la santé publique sont-elles en plein développement dans ce domaine, l'émergence du Sida a-t-elle modifié les politiques locales?

Quoi ? De quoi parle-t-on ?

Qu'entend-on par **politique locale de prévention**? C'est un concept suffisamment large et général pour pouvoir interpellier l'ensemble des partenaires de la collectivité; ce ne peut être pour autant un concept flou... Elle a pour but de libérer l'initiative locale pour favoriser la place de chacun et coordonner l'action dans la cité, dans les zones particulièrement touchées par les questions de toxicomanie (38). Il s'y ajoute deux enjeux : un enjeu de démocratie locale (le choix entre l'exclusion et la solidarité tant dans le domaine de la toxicomanie que du Sida) et un enjeu de sécurité urbaine (la relation toxicomanie-délinquance) (9).

Voici les grandes intentions annoncées que l'on retrouve dès que l'on lit sur le sujet des politiques locales de prévention. Encore faut-il **définir le terme prévention**. Assez souvent celui-ci reste imprécis ou globalisant, car il se contente de remplacer le terme de "lutte" qui est jugé trop guerrier (9), trop conflictuel malgré ses "qualités" mobilisatrices. Ainsi, en C.D.P.D., tout le monde parlera de prévention, mais avec des significations différentes...

La notion de prévention primaire est la plus consensuelle (les avis divergeant essentiellement sur la place du spécialiste de la toxicomanie); de même pour la prévention tertiaire (encore que souvent synonyme de soins), les choses se compliquent avec la prévention secondaire, selon qu'on se réfère à l'O.M.S. ou à des classifications plus pragmatiques (17, 18, 32, 35, 37, 46). La prévention de l'offre est assimilée au trafic sans particulièrement prendre en compte les conséquences sur l'économie locale (43). Quant à la réduction des risques, elle est d'apparition récente dans les écrits français et reste très centrée sur le Sida (47).

*Vice Président du C.P.R.C. Tours

* Directeur Toxibase

Qui ? Quels sont les interlocuteurs ?

La notion de "politiques locales de prévention" étant ainsi rapidement introduite, il reste à savoir (outre le "comment libérer l'initiative locale pour favoriser la place de chacun et coordonner l'action"), qui doit mettre en place les dispositifs et aussi, à qui doit-on s'adresser pour le mettre en place (ce qui sous-entend l'incontournable problème des financements...). Dès lors la complexité apparaît. On se retrouve en effet face à une logique sectorielle des problèmes et une confusion extrême des acteurs de la politique urbaine et de l'état. **Tableau ci après.**

Quels dispositifs locaux?

Si l'on dresse une typologie (incomplète bien sur) des dispositifs il faut citer (50):

La DIV (Délégation Interministérielle à la Ville) à en charge :

. La politique de DSQ depuis 1984 (271 quartiers), relayée aujourd'hui par la procédure contrat de ville, plus complexe mais plus large et qui est actuellement assez critiquée. 250 contrats de ville sont prévus actuellement.

. Le contrat action-prévention (CAP) depuis 1984. 400 communes sont concernées.

. La DATAR avec la DIV animent environ 28 programmes d'aménagement concerté du territoire (PACT) dans le cadre de la reconversion industrielle.

. Le ministère de l'éducation nationale soutient 554 ZEP (Zones d'éducation prioritaires) dont 292 correspondent à des sites de développement urbain.

. Le FAS (Fonds d'action Sociale) gère 60 sites d'intégration.

. La DIJ (Délégation à l'Insertion des Jeunes) coordonne 221 missions locales.

. La Caisse des dépôts et consignations a créée le programme développement-solidarité

. Le ministère des affaires sociales et le ministère des affaires étrangères ont créé les contrats d'agglomération pour l'intégration des populations étrangères.

. Le ministère de la jeunesse et des sports développe les CAT (contrats d'aménagement des rythmes de l'enfant).

. Le ministère de la culture assume les conventions de développement culturel.

. 27 départements bénéficient des plans locaux pour la sécurité du ministère de l'intérieur.

. Le logement des plus démunis (loi Besson sur le 1% de logement des plus démunis dans les communes) fait l'objet de plusieurs actions.

. Le ministère du travail met en place des plans locaux pour l'insertion économique.

Extrait de (50) : Villes, démocratie, solidarité. Le pari d'une autre politique. Préparation du XIème plan. Groupe "villes". p.43-45.

Au plus simple (20) : le soin à l'Etat, la formation à la région, la prévention à l'adolescence au département, les quartiers à la municipalité. Mais l'Etat est concerné à plus d'un titre (DRASS, DDASS, Education Nationale, DDJS, Justice des mineurs et des adultes, Intérieur, Défense...) sans oublier, surtout en la circonstance, les tentatives de dispositifs transversaux : D.I.V. et D.G.L.D.T. (35) ainsi que les C.E.S. Tout ce monde sera susceptible de se retrouver au Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance (C.D.P.D.) voire au C.C.P.D., en compagnie des spécialistes de la toxicomanie, des clubs de prévention, du C.F.E.S., etc...(3).

Comment expliquer une telle complexité? Reproche unanime, outre la récente décentralisation, la politique de la ville qui se dilue dans la multiplication des dispositifs et l'enchevêtrement des compétences. Cette complexité pourra également être éclairée par une analyse historique de l'évolution des politiques sociales (10) dévolues aux communes (la Troisième République centralise à cause du laxisme, du clientélisme et de la disparité des moyens... décentralisation des années 80... puis, partenariat obligé avec l'Etat du fait de la gravité des problèmes locaux).

Très explicite aussi, l'historique (44) de la notion d'insertion (passage de l'idée d'intégration à celle d'insertion, avec une sorte "d'écèlement du social", une mutation de certaines de ses formes d'organisation qui ne permet plus de penser l'unité, l'insertion nécessitant l'utilisation d'un qualificatif : sociale, professionnelle, économique, par la santé, le logement, la culture... et renvoyant à des intervenants spécialisés, mais aussi, en négatif, à différents types de non-insertion alors que l'intégration n'avait pour corollaire que l'exclusion sociale).

Enfin l'étude de l'évolution des différentes instances nationales (C.N.D.P., D.I.M.I.S.P.J.D., C.N.D.S.Q., C.N.V. et D.S.U.) (8, 42) situe pareillement les hésitations et les difficultés à installer durablement et utilement ces nécessaires tentatives de transversalité.

L'intervenant de terrain lui-même, souvent enjoint à participer à cette transversalité, aura moult difficultés à trouver sa place et un discours commun, et on ne s'étonnera pas des crises, des "burn-out", perte de confiance en soi qui en résultent. D'autant que ces professionnels peuvent être eux-mêmes confrontés à des bouleversements dans leur propre champ de compétence (par exemple dans le domaine du Sida, les infirmières, les travailleurs sociaux, etc...) (74). Si l'on prend le cas des enseignants (59), les changements par l'évolution des politiques publiques (en particulier les ZEP) sont parfois ressentis comme une cassure de leur culture professionnelle. Les enseignants sont perdus face à l'injonction paradoxale de devoir modifier leurs habitudes tout en faisant preuve d'initiatives et ce d'autant plus qu'ils n'ont été sollicités que tardivement sur l'exercice de nouveaux modèles d'enseignement et de formation (par la loi de Juillet 1989 qui invoque "les nouveaux rôles des enseignants").

L'intervention des professionnels dans les enjeux sociaux est donc difficile, en particulier dans le domaine de la toxicomanie (75) autour de la question de la mise en place de réseaux de partenariat entre spécialistes. Plus généralement les liens entre les travailleurs sociaux et les projets nés des quartiers eux mêmes apparaissent difficiles hors des lieux de concertation institutionnels (C.C.P.D., C.L.I., opérations prévention été jeunes...etc).

Où ? le C.C.P.D.: lieu de rencontre, lieu d'écoute?

Le C.C.P.D. apparaît le plus fréquemment investi comme le lieu de rencontre de ces multiples intervenants. C'est même sa vocation première. Il permet (communal ou départemental) de territorialiser la réflexion (on importe les problèmes des autres et on exporte ses problèmes chez les autres) (10).

Il s'agit de se parler (10), échanger (35), se concerter (3), comprendre-fédérer-impulser (9), coordonner (33), faire un état des lieux (8) des ressources locales (24), un diagnostic local (14), recenser les institutions, leur histoire, leurs qualifications et leur logique d'intervention (le policier fait une conférence sur la drogue et montre des produits, le travailleur social fait une conférence sur la drogue et montre des détresses (17).

Le résultat est souvent décrit comme décevant. Le C.C.P.D., d'abord sensible à la sécurité puis à la santé publique (3) cherche à améliorer la répression, le contrôle préventif, à exploiter les renseignements (32), à créer des observatoires de la délinquance. Dans le cadre de la prévention de la demande, les recettes restent classiques, visant la prévention primaire (32), par le biais d'information et d'une sensibilisation, la formation d'adultes relais (3), le soutien à des colloques, des forum (29), des fondations (30), ou la création d'outils tels que des valises (9), des clips (7), des brochures (22), des annuaires (17, 31), des fonds documentaires...La constitution de conseil communal des jeunes (8, 10, 13, 33) leur permettant une auto organisation, une implication et une responsabilisation est aussi évoquée.

La tâche du spécialiste dans ce contexte serait de dynamiser la réflexion (36) en travaillant les représentations sur la toxicomanie et la prévention : globaliser le phénomène (28), "despécialiser le problème" (14), le "désinstitutionnaliser" (25), le "dépsychiatriser" et le "resocialiser" (20), situer la prévention de la drogue hors la drogue, place cependant l'intervenant en toxicomanie face à un paradoxe par rapport à son propre rôle. Cependant désinstitutionnaliser ne veut pas dire disparaître mais fournir des ressources techniques permettant une fonction de catalyse (pratique de type communautaire) et une fonction de maillage (s'engager dans un processus de coopération réfléchie) (25).

Les critiques les plus fréquentes du C.C.P.D. font état de réunions formelles, descriptives et peu constructives (8), la notion de partenariat y restant incantatoire (20), mais ne réglant pas les

problèmes de coordination (3), que l'on tente de résoudre par la mise en place de groupes restreints (32), d'un pilotage fort (préfectoral : 30, 14) pour coordonner, impulser, animer ce lieu de réflexion et le transformer en lieu d'action, en dynamisant les collectivités locales par un tissu de contrats (communaux, inter communaux, municipaux, D.S.Q., D.S.U., C.A.P.). Se rencontrer, apprivoiser les méfiances réciproques, ne suffit pas à s'écouter, encore moins à bâtir des actions cohérentes. Il faut aussi y faire remonter les projets (1), passer par la recherche-action pour comprendre (9), enfin et surtout impliquer les élus (3).

L'Elu : sujet de toutes les sollicitudes

Mettre en place des politiques locales de prévention ne peut évidemment s'envisager qu'avec les élus et avec leur implication. On bute ici sur une question essentielle, relevée par tous, celle de la participation des habitants eux mêmes aux projets locaux, garantie de leur authenticité et de leur dynamique propre. Ce qui peut paraître un pléonasme, sans les habitants pas de projet, s'avère beaucoup plus difficile à mettre en oeuvre que l'énoncé le suppose. L'évaluation des services publics et de la politique d'accueil aux populations les plus défavorisées le prouve (56). Cette ambiguïté de la conduite des projets locaux est illustrée par l'attitude des élus et responsables locaux, en particulier par la compétition stérile qu'elles peuvent avoir entre elles.

On relève ainsi trois attitudes principales de la part des élus (51, 72). En premier lieu celle du choix du silence ou de l'ignorance sur les enjeux locaux à ce niveau, par peur de la stigmatisation de la commune vis à vis de l'extérieur ou encore par but électoral ou par manque et/ou disparité des moyens existants. De ce point de vue le sujet drogue est très souvent mis à l'écart par de nombreux élus qui refusent tout simplement de le considérer en se réfugiant dans une logique sécuritaire ou un refoulement rassurant. La deuxième attitude de l'élue consiste à affronter le sujet du fait du déséquilibre entre le centre ville et la périphérie, du fait du sentiment d'insécurité diffus et de la frustration qui peuvent en résulter. Cette deuxième attitude conduit à une troisième, celle du volontarisme désordonné ou à la chasse aux subventions, à la recherche d'affichage systématique des actions menées, le tout bien souvent avec de nombreuses difficultés de concertation avec les habitants et des difficultés de négociations avec le conseil général. L'absence d'évaluation est souvent la caractéristique de la plupart des actions ainsi menées.

La question c'est d'arriver à penser une politique adaptée. Les C.C.P.D. ont été confrontés à la complexité du sujet toxicomanie (évolution, modes de vie, prises de risques...etc) et à son ampleur qui est venue déstabiliser la politique et la vie locale en se surajoutant aux problèmes existants, obligeant ainsi les élus à agir (46). Mais leurs premières actions vont être d'une grande banalité, cela est particulièrement clair dans leurs compte-rendus de propositions, inclus dans le rapport Sullerot (7). Elles mettent l'accent sur l'information-dissuasion en prévention primaire (Histoire de Pascal en CM2 à Paris, 29), réhabilitant l'instruction civique tout en faisant l'éloge du Patriarche et de Synanon, ou se cantonnant strictement à la dichotomie soins-répression tout en soulignant sa bonne volonté (lutter contre la toxicomanie en non contre les toxicomanes, 23).

Mais c'est que, à l'élue, on demande bien plus. Certes qu'il trouve des subventions et impulse une politique (27), mais après avoir découvert et intégré la fonction écran de la toxicomanie (15), qu'il envisage d'agir sur les causes de la dégradation et pas seulement sur les dégradations (20), qu'il lutte donc contre le "agir vite" (avant d'observer ou de comprendre), contre "la solution unique", et évite les concurrences (15). On lui demande de bâtir des villes plus solidaires donc plus sûres qui ne se voilent pas la face sur les dysfonctionnements sociaux mais au contraire qui acceptent de les voir, de les analyser, de les traiter, de les faire reculer. Enfin, on en revient aux habitants, il lui faudra reconnaître les porteurs de projets, souvent sans intermédiaire (la reconnaissance des jeunes par le politique ne passe pas par les travailleurs sociaux) (1), et être un appui, un relais entre la mobilisation et l'administration (18).

C'est pourquoi la formation des élus semble être de plus en plus un outil nécessaire à la mise en place des politiques locales de prévention en toxicomanie. Bien sûr la vision des difficultés n'implique pas la vision des solutions (16), mais chercher à comprendre, à définir des stratégies pour comprendre, donc à être déjà dans l'action rien que pour comprendre (9) tend à susciter la mise en place de formes de prévention adaptée et efficace qui ne relève ni de l'ordre de la répression ni de l'ordre des soins (33). Ces formations comportent en général (10, 11, 12, 13, 14) un volet sociologique et historique de l'action sociale et des produits, une explication sociopsychologique des usages de drogues à l'adolescence, un développement sur cette

adolescence si problématique dans notre société, une présentation de la D.I.V., voire de la D.G.L.D.T. et des C.E.S. ou de Combat pour la vie, enfin des données géopolitiques volontiers effrayantes (9). Il conviendra également de tenir compte du terrain d'exercice des élus, les problématiques fines étant variables selon la taille des agglomérations, le "toxicomane des champs" ayant aussi sa spécificité (31).

Concernant les grandes villes, tant que l'on continuera uniquement à assigner à la population exclue une place d'acteur collectif face à ses difficultés, l'on ne reconnaîtra pas sa capacité d'individuation. La zonopole (selon l'expression de P. Viveret), la popularisation de l'exclusion, interdiront alors l'émergence de la nouvelle citoyenneté invoquée par beaucoup comme l'enjeu majeur de cette décennie (54, 55). La misère du monde (53) sanctionne également la pauvreté des instruments de participation politique des "nouveaux" exclus. De nouveaux moyens restent à inventer si l'on veut échapper à la ghettoïsation à l'américaine et à ses paradoxes, à savoir que la drogue peut être aussi un facteur de socialisation en contradiction avec la notion de citoyenneté, notamment par l'élaboration d'une économie locale basée sur le trafic qui se substitue au tissu économique antérieur et "sain" (54, 55).

La drogue constitue une des fractures urbaines majeures de ces dernières années, ce qui est relevé par de multiples études et rapports, en particulier dans le cadre de la préparation du XIème plan (50, 56, 58). Bien qu'une réflexion en profondeur soit mise en oeuvre sur les orientations de la ville, le paradoxe est que l'action politique et l'état paraissent éprouver de plus en plus de difficultés à s'affirmer et à se coordonner sur ce sujet (52). Les caractéristiques des quartiers en difficultés ne cessent de s'aggraver : taux de chômage de 19,7% (contre 10,8% pour l'ensemble de la France en 1993); 55,3% de part d'habitat social (contre 14,6% sur l'ensemble du pays); 18% de population étrangère en moyenne (contre 6%) (50). Pour les grandes villes, l'incapacité des communautés urbaines à penser et à intégrer les facettes d'une véritable politique globale (économique, sociale, urbaine, culturelle, éducative) est devenue dramatique même si de notables différences existent, par exemple entre Lyon et Marseille ou Lille où la situation est plus complexe (49).

On le voit, en politique locale de prévention on peut partir de la drogue pour aboutir fort loin, ce qui impose que chaque action proposée ait un objectif clair (18) et donc évaluable.

Le champ de l'action du RMI et de l'insertion des jeunes

800 000 jeunes non scolarisés de moins de 25 ans forment la "clientèle" des dispositifs d'insertion sociale et professionnelle.

Dans un rapport de préparation du XIème plan sur l'insertion des jeunes en difficulté, rapport pourtant très critiqué par le Conseil scientifique chargé de son évaluation (58), il était démontré que ces jeunes n'étaient pas prioritaires et se retrouvaient souvent exclus des dispositifs d'insertion.

Jeunes déstructurés, jouant à cache-cache avec les travailleurs sociaux (analogie avec la population toxicomane peu couvert par la protection sociale et le RMI (48,75)), rencontrant des problèmes de logement (78), population au demeurant souvent difficile à repérer comme le montre les données partielles recueillies par ce rapport.

Les situations locales parfois très lourdes (racket, trafic de drogue développé...) dans certaines communes ou certains établissements scolaires sont souvent difficilement compatibles avec un traitement social long, ce qui ne favorise pas l'affichage de résultats rapides (58). Il est en effet plus facile et moins coûteux de construire un terrain de basket que de monter une entreprise d'insertion...

Le développement d'une politique d'insertion pour les jeunes présente les mêmes points faibles que ceux évoqués précédemment au sujet du développement urbain: intégration de la problématique du développement urbain et de l'insertion des jeunes marginalisés, complexité et rigidité institutionnelle des dispositifs, inadaptation des professionnels et intervenants, diversité d'approche des élus (58).

Dans le bilan de l'insertion par le RMI, après les quatre premières années de ce dispositif (57), le RMI comptait 567 000 allocataires fin 1991 et ne paraissait pas avoir touché prioritairement les familles en situation de grande précarité mais plutôt les personnes jeunes et isolées. Les SDF ne représentaient que 5 à 8% des allocataires. La dynamique d'insertion du RMI est encore insuffisante, il apparaît ainsi "qu'il existe un "stock" d'allocataires sans contrat ni suivi qui a du mal à être résorbé", d'autant plus que le contrat d'insertion ne garantit pas une sortie rapide du RMI, particulièrement avec la situation actuelle du marché du travail.

Comme pour les dispositifs évoqués plus haut, le dispositif d'insertion du RMI s'est heurté au manque de développement de projets locaux que les CLI (commissions locales d'insertion) étaient censées promouvoir. L'offre d'insertion préalable prévaut souvent et finalement les différents dispositifs en place se recoupent souvent sans coordination véritable.

Interaction limitée avec les entreprises, partenariat difficile entre l'état et le département, rôle limité des associations en raison de la faiblesse de leurs moyens, mobilisation difficile et tardive de l'ANPE expliquent en partie les limites du système.

Pour les toxicomanes le RMI apparaît cependant comme une garantie pour une meilleure protection sociale (22% des toxicomanes en Ile de France et en région PACA, résidents en centres de soins, bénéficiaient du RMI en 1991, 77). Le RMI apparaît pas pouvoir constituer un sas d'entrée idéal pour préparer la réinsertion locale des toxicomanes car il renvoie en fait sur les dispositifs d'insertion évoqués plus haut et de plus son attribution reste exclue pour les moins de 25 ans.

Mobiliser certes, mais comment?

S'il s'agit de "libérer l'initiative locale pour favoriser la place de chacun et coordonner l'action dans la cité", cela n'explique pas comment il faut s'y prendre pour aboutir à cette mobilisation. S'appuyer sur les expériences en cours ou déjà réalisées ayant fait l'objet de publications est ainsi d'une grande utilité. Même si certains reconnaissent que les moyens actuels d'action sont encore imprécis (15), on retrouve souvent les mêmes concepts, les mêmes termes qui servent de fil conducteur aux actions.

Diagnostic local (3, 15, 18, 24), partenariat (2, 3, 15), enquête participative (2), méthode participative (15), politique participative (8), formation participative (39), recréer ou réactiver le lien social (1, 6, 18), outil de santé communautaire (2), diagnostic de santé communautaire (4), réponse communautaire (18), travail communautaire (38), réponses collectives (18), mise en place d'action de proximité concernant les jeunes, mais aussi les familles, les adultes, telles sont les principales pistes de réflexions.

On souligne ainsi la prise en charge par les habitants d'un rôle actif dans la résolution de leurs propres problèmes avec le concours des professionnels et des autorités, démarche qui doit s'inscrire dans un contexte pluridisciplinaire où chacun a sa place; la force de ce mouvement de transformation et de créativité naît de la collaboration des habitants, des prestataires de service et des décideurs (38). Le diagnostic local, par exemple, est déjà une action participative qui permet entre autre, de mettre en évidence la forme de savoir empirique, rituel, culturel de la population (5). Le chemin de base (38) passe par des phases de sensibilisation, formation, prise de conscience, participation sociale etc... Il mêle (25) les savoirs psychologiques, sociologiques, les représentations de la population et des partenaires (18), l'analyse historique des situations locales (15).

Une grille d'analyse des actions locales (20) donne une trame en neuf points. De plus quasi tous les auteurs insistent sur le facteur temps (en particulier 3, 5, 24, facteur temps tant dans la durée que le découpage de l'action, 6) et la réflexion éthique indispensable à ces actions complexes. Les recommandations sont d'harmoniser, de globaliser, de territorialiser, de contractualiser, de cibler le public, de responsabiliser élus et préfets, et de travailler en partenariat (14).

Cependant les obstacles sont nombreux, en particulier les projets proposés après une formation peuvent être très en deçà des espoirs des formateurs (15). D'autre part il faut tenir compte des réponses collectives face à la drogue, qui guident les mobilisations spontanées, et qui sont habituellement de deux ordres (18), une volonté de restauration d'une cohésion sociale (sous-tendue par une sorte de morale type "chasse à la drogue"), et une promotion d'un mode de vie sain (morale de type hygiéniste). Enfin, l'effet pervers des médias n'est pas une vue de l'esprit, soit que leur présence agit sur le phénomène (1, 4, 15, 43), soit qu'un article mal intentionné par goût du sensationnalisme vienne détruire un long travail de modification des représentations du quartier.

Ainsi de nombreuses expériences se réfèrent au concept de santé communautaire.

La piste de la santé publique et de la santé communautaire

Si la décentralisation n'a pas beaucoup étendu les compétences des collectivités locales en matière de santé publique (beaucoup moins que l'action sociale par exemple), elle a provoqué une mutation des initiatives locales qui va bien au delà de leurs obligations légales.

Ainsi certaines grandes villes ont inclus la lutte contre les dépendances dans le champ d'intervention des services communaux ou dans le programme "ville-santé" lancé en 1986 par l'OMS en Europe. Le rôle des régions s'est d'avantage affirmé sur certains axes particuliers (SIDA) ou sur des institutions particulières (ORS. Observatoires régionaux de la santé). Par ailleurs, même si cette approche reste limitée, un volet santé a été inclus dans les programmes locaux et les contrats de ville soutenus par la DIV (DSU, DSQ...etc) quand une volonté politique existait et qu'elle pouvait s'appuyer sur une institution pilote et qu'une action de santé préexistait bien entendu.

En ce qui concerne les projets de santé communautaire (80), certains d'entre eux sont souvent cités d'une manière emblématique et exemplaire. Ainsi, même s'ils sont différents, le travail d'étude, de diagnostic et d'intervention communautaire réalisé dans le quartier de Franc Moisin - Bel Air à Saint Denis dans la région parisienne (4, 77, où les problèmes de toxicomanie ont fait l'objet d'une approche spécifique) ou encore le fonds d'action santé de ATD quart monde à Nancy.

Pour un repérage plus complet des actions entreprises on se référera aux fiches techniques par projet, répertoriées dans le remarquable guide du GREP (63) et, pour l'agglomération lyonnaise, au "répertoire" (76) et au rapport du groupe prévention (15). Citons également les expériences de la Villeneuve (1, quartier de Grenoble), de EGO (2, Goutte d'Or à Paris), Garges les Goneses (5), Orly (18), Roubaix (6, projet "roulez santé"), Lormont (8), Nanterre (27).

La situation de santé dans les quartiers défavorisés révèle une profonde intrication avec la cohorte de problèmes socio-économiques de la population. Dès lors la santé doit être conçue comme un facteur d'insertion, elle représente aussi un des modes de "traitement" des difficultés sociales (61).

Ce type d'approche encore peu développé en France est par contre plus important dans les pays anglo-saxons où l'intervention médico-sociale s'est appuyée historiquement sur les organisations caritatives.

Les méthodes d'intervention en DSU et en santé publique sont finalement destinées à se rencontrer et à se renforcer l'une l'autre (62). Ces actions sont strictement planifiées en ce qui concerne le diagnostic local, l'approche épidémiologique, l'approche socio-anthropologique, le cadre institutionnel et partenarial. Elles ne peuvent réussir qu'avec la participation active des habitants à tous les niveaux de ce qui doit être conçu comme une démarche à partir d'un objectif commun (38) respecté par tous (ce qui entraîne forcément des heurts, par exemple entre la logique hygiéniste des uns et la logique communautaire et participative des autres).

Le bilan de ces expériences paraît très riche, même si de nombreuses questions demeurent:

. Dans quelles conditions se déroulent le diagnostic horizontal à partir de secteurs d'intervention différents ?

. Comment sont reliés les diagnostics à une intervention concertée et concrète? En particulier: quelle est l'autonomie de la dynamique de quartier et de la recherche-intervention vis à vis des services communaux et territoriaux? Quels changements impliquent les difficultés de collaboration et les résistances des différentes logiques professionnelles ?

. Ces actions semblent d'autant moins difficiles à mettre en place que le tissu associatif est déjà présent, que le quartier a déjà une histoire de militantisme (1). Et si cela n'est pas le cas?

. Comment peuvent se pérenniser à long terme ces actions alors qu'elles sont conçues au départ pour une durée limitée, ce qui pose la question du financement et celle de la coordination avec les dispositifs existants?

. Comment penser l'évaluation des actions, notamment les risques d'une "expertise" extérieure alors que cette étape doit s'appuyer sur les acteurs de terrain et les coordinateurs de l'action?

Enfin il est certain que la formation des intervenants, des professionnels et des acteurs aux méthodes de diagnostic et de santé communautaire et à l'auto-évaluation est un enjeu fondamental pour la réussite.

Ce type d'action provoque inévitablement un questionnement profond par rapport à la logique des politiques publiques en santé publique face à la situation socio-économique des populations défavorisées.

La spécialisation : insuffisante mais nécessaire

A côté de ces actions de politiques locales globales, il existe des expériences plus centrées sur la toxicomanie, mais éclairées par ses aspects sociologiques. Repérer des stratégies de résistance ou de contrôle de l'extension du phénomène, réduire l'influence des réseaux qui favorisent et encouragent l'abus de drogue, en agissant sur les représentations, les ressources... comme si la prévention primaire venait à la rencontre de la prévention tertiaire (18). Il faut souligner ici le manque de recherche ethnologique dans les quartiers et donc notre manque de connaissance des différentes typologies de modes de consommation locale de drogues (38).

L'épidémie due au VIH, le développement progressif des stratégies de réduction des risques a un impact considérable sur les politiques locales de prévention (47, 48). Bien sûr, là aussi, on pourra globaliser le problème (2, on part du Sida, on déboule sur la toxicomanie, on arrive aux difficultés socio-économiques et à l'exclusion...). Cependant de nombreuses actions dans ce domaine sont spécifiques. Les actions sur les médecins et les pharmaciens, le travail sur leurs représentations des toxicomanes (28, 34, 47), la création de réseaux ville-hôpital, avec la participation de spécialistes de la toxicomanie et d'associations telles que Aides, de bénévoles, voire de malades, peut modifier considérablement des pratiques habituellement peu soucieuses de partenariat et de partage des compétences. De même se développent des stratégies incluant des U.D.I.V. (usagers de drogue intraveineux, pouvant même se regrouper en association telle que ASUD), utilisant les groupes de pairs (47), les notions de "counseling", de pédagogie participative, approchant une forme d'intégration des toxicomanes. La mise en place de dispositifs d'échanges de seringues (47) est une sorte de paradigme des difficultés de l'action de prévention locale, avec les susceptibilités et réticences des élus, des forces de l'ordre, des habitants, d'associations de quartiers voire de certains intervenants en toxicomanie, et même de toxicomanes (2), et l'émergence de nouveaux partenaires.

Conclusion

Après la lecture de cette revue documentaire, on peut tenter deux conclusions contradictoires.

La première, la version optimiste, soulignera que les expériences de préventions locales en toxicomanie se multiplient, qu'une prise de conscience des manques dans nos connaissances aboutit à des recherche-actions, que progressivement se fait jour l'idée qu'il ne s'agit pas d'augmenter les interventions classiques mais de les transformer, de les recomposer, et d'inventer de nouveaux modes d'action.

La seconde, la version pessimiste, mettra l'accent sur le fossé entre les propos et les actions, la faible mobilisation des élus, des administrations, et même des habitants dans ces nouveaux modes d'action, avec le danger, devant la complexité des problèmes, de concevoir la prévention comme un système de gestion dans lequel ce ne sont plus les difficultés des sujets qui sont en jeu mais davantage la volonté de gérer l'état de marginalité par lequel il se manifeste aux yeux des autres.

Pour en savoir plus et compléter l'approche bibliographique sur le développement social local et sur l'approche de santé publique:

Deux bases de données complémentaires à 3617 TOXIBASE :

- . 3617 PRISME sur le social
- . 36 17 BDSP sur la santé publique

Des bibliographies annotées au CFES (2 av. Auguste Comte 91170 Vanves):

- . Populations défavorisées/santé
- . La santé des jeunes en difficulté
- . Adolescents et santé