

<b>Zeitschrift:</b>	Ethnologica Helvetica
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerische Ethnologische Gesellschaft
<b>Band:</b>	17-18 (1993)
<b>Artikel:</b>	Le SIDA et les consommateurs de drogue : la prévention à l'épreuve de la ville
<b>Autor:</b>	Malatesta, Dominique
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-1007607">https://doi.org/10.5169/seals-1007607</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 10.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## Le SIDA et les consommateurs de drogue La prévention à l'épreuve de la ville

Le SIDA et la politique de prévention qu'il a déclenchée ont marqué d'une empreinte puissante les représentations de la santé et de la maladie. La problématique de l'intégration sociale, dans le système sanitaire comme dans le milieu de vie, s'est aussi révélée incontournable pour réfléchir aux types de prévention à mettre en œuvre, et plus précisément au droit à la prévention. Les réponses à l'expansion de l'épidémie se sont révélées ainsi éminemment variées.

La prévention est rapidement apparue comme le concept clé pour aborder et tenter de juguler l'épidémie, dans l'attente d'un vaccin ou d'un protocole thérapeutique susceptible d'amener à la guérison, qu'il s'agisse de prévenir la contamination ou l'exclusion sociale une fois la maladie déclarée. Le SIDA a en effet d'abord touché des catégories de population marquées du sceau de l'illégalité, voire de l'immoralité. N'a-t-on pas parfois évoqué les victimes «innocentes» de cette épidémie: les bébés ou les hémophiles?

La Suisse s'est distinguée par la rapidité avec laquelle elle a lancé des campagnes de prévention, et particulièrement par la mise sur pied d'une évaluation nationale et continue des stratégies de prévention. Ce pays, et certaines de ses villes, ont de plus réagi relativement vite au problème aigu de l'extension de l'épidémie dans des groupes de population dits «à risques». Il sera question ici d'un de ces groupes, celui des consommateurs de drogue par voie intraveineuse.

La prévention du SIDA chez les consommateurs de drogue met en jeu plusieurs champs théoriques et d'application. Au fur et à mesure de l'avancement de la réflexion, de plus en plus d'acteurs s'y sont trouvés impliqués, des consommateurs de drogue eux-mêmes jusqu'aux responsables politiques, en passant par les usagers de la ville, la police et les médecins. Le fait même de poser la question de la prévention d'une épidémie dans une population considérée souvent comme délinquante ou déjà malade, et encore plus la mise en œuvre de cette prévention, ont mené à la reformulation de nombre de représentations et de

pratiques. La prévention du SIDA pour cette catégorie de population pose la question de son intégration sociale dans la ville comme dans les réseaux de soutien et de prise en charge.

L'hypothèse générale défendue ici est qu'on assiste à un phénomène d'urbanisation de la prévention du SIDA dans cette population particulière, corrélativement à la médicalisation et à la scientification de la prise en charge des consommateurs de drogue. La plupart des consommateurs de drogue vivent en effet en milieu urbain: c'est là surtout que le trafic de stupéfiants se déroule, que les possibilités d'obtenir de l'argent sont les plus aisées, que les usages de la «rue» enfin sont les plus variés. Les services consacrés à la prévention du SIDA<sup>1</sup> vont alors s'installer dans la ville pour se rapprocher de leur population-cible. Consécutivement, les consommateurs de drogue vont acquérir le droit à une certaine présence dans la ville pour simplement accéder à ces services de prévention qui leur sont spécialement destinés.

La visibilité des toxicomanes, il est vrai, est souvent révélée avant la mise en place de services de prévention, par l'émergence de «scènes» de la drogue. Des villes suisses, de Zurich à Genève en passant par Olten et Soleure, connaissent désormais ces territoires spécifiques qui se donnent à voir, repérés et repérables, informant avec constance la population dans son ensemble de la présence des consommateurs de drogue. Cette visibilité nouvelle a en outre été largement relayée par la presse nationale et internationale. Le Platzspitz, parc public zurichois, est devenu une image de référence du malheur social. L'histoire s'est accélérée brusquement, les villes suisses se sont découvertes elles aussi des pratiques métropolitaines.

C'est donc dans les villes que les «scènes» de la drogue ont trouvé place. Les scènes sont ouvertes ou fermées, de tailles diverses, mais elles sont toujours repérables comme autant de – nouvelles – fractures dans le territoire urbain, de mises à jour de tensions sociales et culturelles. La prévention du SIDA va devoir faire face à des enjeux qui dépassent largement la seule dynamique de politique sanitaire. Avant d'aborder le problème de la mise en œuvre de services de prévention spécifiquement destinés aux consommateurs de drogue, il importe de décrire certains enjeux qui ont préexisté aux questions de mise en

<sup>1</sup> Dans ces services on peut trouver selon les cas du matériel d'injection stérile, des conseils, des soins médicaux, des entretiens d'aide, etc.

œuvre, et qui continuent d'alimenter le débat dans les milieux professionnels et politiques.

### De la notion de groupes à risques à celle de comportements à risques

Le risque de contracter le virus a d'abord été énoncé comme propre à des groupes de population: les homosexuels et les toxicomanes constituaient les deux principaux «groupes à risques». Puis la formulation prit une autre tournure, plus précise et en même temps plus transversale, avec l'utilisation du terme de «comportements à risques». Il s'agissait globalement de répondre, éthiquement, à la nécessité de déstigmatisation de certains groupes sociaux ainsi que de diriger la prévention sur des voies plus précises et performantes. Plutôt que de demander aux personnes concernées par ces comportements à risques (sexualité «libre» et injection de drogues particulièrement) de changer leur mode de vie, les acteurs de la prévention ont choisi de penser la prévention dans une efficacité à court terme, qui se traduise par l'adaptation et non par la suppression de certaines pratiques. Le «shoot» pouvait être propre, le sexe plus sûr, quels que soient par ailleurs les modes de vie et le genre de sexualité pratiquée. Cette reformulation équivalait en fait à énoncer que le malheur ou le risque de contracter une maladie mortelle pouvait ne pas être consubstantiel à certains modes de vie réprouvés. Cette politique est loin d'avoir convaincu tout le monde. Ici, on refusera de vanter l'usage du préservatif dans les écoles pour n'évoquer que la fidélité ou l'abstinence sexuelle, ailleurs on refusera de remettre librement des seringues stériles pour ne considérer que la cure de désintoxication, outil de guérison, comme seule réelle sauvegarde de la santé et de la vie.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> En Suisse, des associations sont de plus en plus présentes dans les débats sur le type de prévention du SIDA qu'il faudrait mener. Certains parlent d'injonction thérapeutique, c'est-à-dire d'obligation d'entrer en cure de désintoxication, voire d'enfermer les séropositifs pour raison de traitement dans des espaces spécifiques. On se rappellera aussi la proposition de médecins de tatouer ces mêmes séropositifs – sur l'aine – en vue d'une meilleure protection des «autres»!

## **La toxicomanie, le SIDA et le discours scientifique**

Le SIDA a mobilisé les secteurs médicaux et sociaux: il fallait parer à l'urgence et trouver des freins à l'extension de l'épidémie. Les laboratoires de recherche, comme les services hospitaliers ou les médecins de santé publique, se sont engagés dans ce qu'il est habituel d'appeler un combat. Il est vrai, comme le montre bien M. Pollak (1992: 24-39), que les conditions d'apparition du virus et de son expansion ont poussé nombre de professionnels à un véritable engagement.

Cet engagement est aussi le fait de scientifiques. Les recherches sociologiques et épidémiologiques menées chez les consommateurs de drogue se sont révélées comme autant de signes d'une procédure d'acculturation du toxicomane<sup>3</sup>, qui n'était plus dès lors considéré comme exclusivement dépendant de drogues «dures», mais aussi comme une personne «sociale et bio-physiologique». Les comportements sociaux et sanitaires sont devenus ainsi des éléments d'analyse de la situation d'un groupe de population sur lequel la prévention du SIDA allait devoir s'articuler, visant par là différents moyens de parvenir à son objectif: réduire le risque de contracter le virus ou de le transmettre. C'est ainsi que les conditions de vie du consommateur de drogues peuvent lui rendre difficile l'accès à des seringues stériles. Le projet serait ici de renforcer l'état de santé et l'intégration sociale du toxicomane pour (re)mettre l'emphase sur la prévention du SIDA afin que ce virus ne soit pas considéré comme un risque parmi d'autres qui jalonnent sa vie: violence grandissante du milieu du trafic ou conditions d'injection dangereuses, infections, overdoses, prison, ... C'est comme s'il fallait ici prendre soin de la personne avant de lui donner des soins.

A l'inverse, la cure de désintoxication, dans nombre de pays, notamment en France, reste l'élément fondamental dans le dispositif de prise en charge. Dans ce cas, ce sont surtout les psychiatres d'obédience psychanalytique qui ont mené la réflexion sur le fait toxicomaniaque<sup>4</sup>.

Et c'est bien précisément le problème de l'efficacité de la prévention du SIDA qui a fait surgir le besoin de connaître différemment et plus extensivement un groupe de population pour lequel les informations

<sup>3</sup> Le terme de «toxicomane» est utilisé par commodité. Il ne rend pas compte d'une classification de type émique, pas plus qu'il ne définit un mode de vie.

<sup>4</sup> L'ouvrage publié sous la direction de Ehrenberger et Mignon (1992) développe cet aspect de la problématique des drogues dans nos sociétés.

étaient parcellaires. Plus encore, le fait de sortir le toxicomane du champ d'étude et de réflexion propre à l'intervention psycho-thérapeutique pour l'intégrer dans le champ de la santé publique, qui tend à contextualiser et à actualiser l'état de santé de la population, suivant les événements épidémiologiques par exemple, n'est pas seulement la conséquence de la mise en œuvre d'une politique de prévention du SIDA; ce phénomène de reclassement institutionnel en fut aussi le préalable. De ce point de vue, faire le choix d'élaborer un message de prévention spécifique aux consommateurs de drogue équivaut à dire, a priori, le droit à la prévention de tout un chacun, quels que soient ses comportements.<sup>5</sup>

L'intégration de la problématique de la dépendance dans le champ de la recherche médicale et sociologique s'est dès lors révélée doublement significative. Elle a permis d'une part un élargissement et un approfondissement des connaissances sur la population des consommateurs de drogue. Par approfondissement, il faut entendre que la consommation de drogues est désormais soumise aux règles de la méthode scientifique: hypothèses, vérifications, expérimentations sont parmi les outils valorisés. D'autre part, le développement de la recherche se donne également pour motif, énoncé formellement par certains, la «démystification de la drogue»<sup>6</sup>, la *normalisatie*<sup>7</sup> pour reprendre le terme utilisé en Hollande. Corrélativement, la «démystification» du toxicomane est également – et surtout – celle du malheur, qu'il a incarné et continue encore d'incarner, pour notre société. Et c'est surtout autour de ce phénomène que se situent les débats sur le droit à la prévention.

Les représentants des deux «camps» opposent des discours significativement antagoniques: les grilles d'analyse et leur transmission publique relèvent de systèmes de représentations divergents. La valorisation de la prise en charge psycho-thérapeutique – y compris comme recours

<sup>5</sup> L'enquête menée à Genève sur la politique de prise en charge des toxicomanes a fait apparaître ces deux discours actualisés par l'apparition du virus du SIDA (Malatesta 1991).

<sup>6</sup> Le directeur de l'Institut de médecine sociale et préventive de Zurich l'évoque dans un entretien (Gutzwiller 1992). En voulant démystifier la drogue, son projet consiste à ne plus penser la drogue comme le «mal absolu», pour mener une politique qui ne soit pas basée sur l'émotionnel.

<sup>7</sup> Stengers et Ralet (1991) développent ce point de vue dans un chapitre de leur ouvrage qui met l'accent sur le citoyen consommateur de drogues, soumis à des devoirs mais devant aussi bénéficier des mêmes droits que chaque citoyen.

préventif – au centre de laquelle se situe le plus souvent la désintoxication, se fonde surtout sur le témoignage, l'expérience des consommateurs de drogue, mais aussi sur celle des intervenants, qui ont souvent effectivement une longue pratique de prise en charge. L'approche scientifique, quantitative d'abord, mais aussi qualitative va multiplier les angles d'analyse et les actions, de la même manière que des études vont intégrer au fur et à mesure les événements épidémiologiques et sociaux (nouvelles pratiques de consommation ou opposition des quartiers à la présence de consommateurs de drogue par exemple). L'absence de réponse unitaire au problème de la prise en charge de la toxicomanie ainsi que la mise à distance – émotionnelle – des données, explique sans doute la difficulté pour certains, par exemple les hommes politiques, de trouver des repères dans l'approche scientifique.

Les données provenant d'études scientifiques suscitent parfois la méfiance: la discordance entre les cas individuels, d'autant plus s'ils sont connus ou plus encore vécus, et les statistiques concernant des groupes ou des – bien nommées – cohortes, sera toujours relevée. C'est alors le témoignage qui a valeur de preuve et d'explication. Or ce sont surtout les données épidémiologiques et sociologiques qui vont être au centre de la réflexion et de l'action en matière de services urbains de prévention destinés aux consommateurs de drogue. Ces données vont être reprises pour justifier de telles politiques.

En même temps, ces services vont participer à l'accroissement de la visibilité du problème de la drogue. Les usagers de la ville vont peut-être côtoyer, parfois abruptement, des toxicomanes: c'est dans ces contextes qu'ils feront l'expérience de l'altérité, amplifiée par la couverture médiatique. Les usagers de la ville auront à se situer paradoxalement entre un discours scientifique et un problème qu'ils devront s'approprier à travers leur vie quotidienne et leur sensibilité.

### **Le sens de la prévention et sa mise en œuvre**

La prévention d'une épidémie ne constitue jamais une réponse purement technique à un problème rationnellement posé. La prévention relève aussi du sens qui est donné à la maladie concernée, de même qu'elle va dire le statut social des personnes concernées par le message ou l'action préventive. Elle n'est pas seulement un signe de la reproduction d'une orthodoxie culturelle, ou au contraire d'une brèche dans celle-ci, elle s'inscrit aussi dans une dynamique de changement de la syntaxe sociale:

elle a des objectifs et des effets qui ne sont pas seulement sanitaires ou bio-physiologiques mais aussi sociaux et culturels. La prévention du SIDA chez les toxicomanes serait dès lors un analyseur particulièrement efficace, mettant à jour, perceptiblement, le «travail» d'une culture, ici en matière de territorialité urbaine.

La prévention du SIDA dans la population toxicomane a facilité l'intégration d'un nouveau concept, déjà utilisé en Angleterre, celui de «prévention par réduction des risques». La terminologie utilisée dans les pays anglo-saxons est celle de *harm reduction*: on y évoque donc directement les maux, qui sont sociaux et sanitaires. La première remarque que suscite ce nouveau concept concerne l'image d'invulnérabilité du toxicomane souvent produite dans les milieux professionnels. Le toxicomane peut survivre à des épreuves notables, qu'elles soient bio-physiologiques (septicémies, hépatites) ou alors sociales (stratégies policières de répression par exemple).<sup>8</sup> La nécessité d'une prévention spécifique s'en trouve dès lors amenuisée, pour centrer l'essentiel de l'intervention sur le fait même de la consommation, pratique définissant de ce point de vue non seulement des rapports, en l'occurrence pathologiques, de soi à soi, mais aussi de soi aux autres et à la société. Or la prévention par réduction des risques, du fait même de son intervention sur les risques encourus par le consommateur de drogues, du SIDA à l'exclusion sociale, vise en quelque sorte le «renforcement» des personnes du point de vue de leur état de santé et de leur inscription dans la société, quand bien même elles se droguent. Ici la consommation de drogues n'équivaut pas à un mode de vie, pas plus qu'elle ne définit – de façon totalitaire – la personne elle-même<sup>9</sup>: elle est un comportement parmi d'autres. Par contre, la consommation de drogues peut avoir pour conséquence une désinsertion sociale, par la maladie ou la délinquance par exemple.<sup>10</sup>

Il est possible d'émettre une hypothèse à partir de ce point, qui voudrait que la prise en compte des risques encourus par le toxicomane

<sup>8</sup> Ingold (1992: 318-319) aborde la question de la santé du toxicomane.

<sup>9</sup> On notera que les consommateurs de drogues ne se définissent pas tous de la même manière. Certains refusent le terme de *junkie* pour celui de toxicomane. D'autres disent consommer de la drogue mais revendiquent d'autres statuts, par exemple celui de mari, de père, d'employé de banque ou de président d'une association locale.

<sup>10</sup> Dans l'ouvrage publié sous la direction de Jean Martin (1991), F. Méan refuse justement la prévention par réduction des risques, parce qu'elle ne fait que renforcer un mode de vie, pathologique en soi, et défini par la consommation de stupéfiants.

permettre de ne pas laisser le champ libre à la consommation elle-même. Ce serait une forme de socialisation du phénomène de la drogue. Cette hypothèse pourrait trouver une analogie avec le phénomène d'urbanisation de la prévention: c'est pour ne pas laisser le champ libre au toxicomane et surtout à sa toxicomanie, et à tout ce que cela signifie en termes de processus d'identification à un «milieu» marginal que les services de prévention visent en quelque sorte un «attachement» à la ville par d'autres biais que la seule cure de désintoxication. Il s'agit en quelque sorte d'offrir des services qui seraient comme des signes de l'insertion minimale dans la ville, insertion qui touche au corps comme aux rapports sociaux: conserver la santé du corps et de l'esprit, avoir un job, même petit et aléatoire, dormir dans un lit, manger... Ces services peuvent être des repas chauds, des soins infirmiers, la remise de matériel d'injection, un hébergement, qui sont offerts sans contrepartie en terme de changement de mode de vie. Ici, la définition que Bordreuil et Leccia (1986: 96) donnent de l'urbanité comme processus qui situe le respect que l'on doit à soi-même comme aux autres, paraît particulièrement opératoire. De tels services de prévention tendent bien à s'inscrire dans ce processus d'urbanisation. On a vu que les risques cités concernent tant le rapport du toxicomane à lui-même qu'à la société. La population dans son ensemble se trouve impliquée également dans cette perspective: le SIDA peut se transmettre d'un consommateur de drogue à un non-consommateur, de la même manière que la délinquance touche directement les «autres».

### **La prévention dans la ville, la prévention pour la ville**

Le choix de rendre accessible la prévention à un groupe de population relativement peu inséré dans les réseaux de soutien existants, va vers l'hypothèse de l'urbanisation des services qui apparaissent ici et là dans les centres des agglomérations mais qui tendent aussi à résister le consommateur dans la ville en lui demandant d'adapter certaines de ses pratiques, mais non de les changer. Corrélativement, l'évolution de la situation sociale et sanitaire des consommateurs de drogue en milieu urbain a poussé également à la reformulation de leur prise en charge. Dès avant l'apparition du SIDA, nombre de toxicomanes connaissaient des conditions de vie particulièrement précaires: le trafic de stupéfiants se durcissait parce qu'il se professionnalisait, la polytoxicomanie se transformait en règle, les prix des appartements augmentaient. L'asso-

ciation bernoise *Contact*, spécialisée dans l'intervention auprès des toxicomanes, avait demandé, avant même qu'on n'évoque avec insistance l'épidémie, que soient ouverts des locaux d'injection qui devaient permettre d'arracher à la rue, pour un moment, les consommateurs.

Cette évolution des pratiques toxicomaniaques qui sont passées du «théâtre privé de la communauté, dans les années 70, à la scène publique urbaine sur laquelle échouent des individus isolés» (Amphoux et Jaccoud 1992: 40) tend à modifier le type de services mis à disposition. Ainsi, même dans les cantons qui ne favorisent pas la prévention par réduction des risques, pour valoriser d'abord l'arrêt de la consommation, la remise de méthadone sous contrôle médical a notablement augmenté. C'est bien là aussi un moyen de sortir, peu ou prou, les toxicomanes de la «rue», qu'elle soit le lieu de l'approvisionnement, de la consommation, voire de la vie pour les plus démunis. C'est en ces termes d'ailleurs que les professionnels, médecins et assistants sociaux, et les clients toxicomanes, ont décrit les conséquences de la brusque fermeture d'un cabinet médical genevois dans lequel on délivrait de la méthadone: «on s'est retrouvé à la rue», entre autres à la recherche de produits. Les projets de remise contrôlée d'héroïne rendent aussi compte de ces deux facettes de la prévention. Il importe de tenter de réintégrer dans une institution médicale des individus aux conditions de vie particulièrement mises à mal, socialement, psychiquement, biophysioligiquement, mais aussi de les enlever à la rue. La remise d'héroïne contrôlée médicalement et socialement rend compte avec acuité de cette problématique tant urbaine que sanitaire. Mais l'accessibilité à ce service-ci sera particulièrement difficile: un diagnostic médical et social, tout comme le fait de résider sur la commune qui met en œuvre le service, sont parmi les conditions déterminantes d'accès.

### **Les services à «bas seuil d'accessibilité»**

Le décloisonnement territorial alimente le questionnement sur les services à haut ou bas seuil d'accessibilité: passage de la rue à l'institution médicale, mais aussi émergence de failles dans la seule référence au «milieu» (espace, pratiques et représentations) avec les services à bas seuil d'accessibilité caractérisés souvent par leur proximité d'avec la «zone». Les seuils d'accessibilité constituent aujourd'hui des indicateurs typologiques des services de prévention. Les «bas seuils»

se caractérisent de manière générale par une accessibilité géographique facilitée: le pas de la porte doit pouvoir être franchi sans rendez-vous, sans argent, sans pré-diagnostic et sans forcément donner son nom. Il arrive aussi que le seuil, à proprement dit, disparaisse, quand c'est un camion qui ouvre simplement un guichet sur la rue.

En préalable, il faut rappeler que les consommateurs de drogue concernés par ces services ne correspondent pas à un seul profil. Les enquêtes zurichoises sur le Platzspitz, comme celle menée à Genève<sup>11</sup>, montrent que certains utilisateurs sont insérés socialement, c'est-à-dire qu'ils travaillent, ne recourent pas au trafic et ne sont pas touchés par la répression policière, alors que d'autres consomment beaucoup, sont sans logis et tombent malades.

Si «le toxicomane est devenu le parangon de l'homme sans lien, [et qu'] il incarne comme le vagabond autrefois la présence même du non-social dans la société» comme le notent Ehrenberger et Mignon (1992: 54), dans la ville tout particulièrement, il est aussi l'homme sans lieu, qui se déplace. Il se déplace au gré du trafic et des logis pas trop chers ou qui ne coûtent rien, au gré des relations sociales souvent discontinues. Même si, paradoxalement, l'homme sans lieu ni lien tend à investir des endroits connus pour leur valeur symbolique, comme le Palais fédéral à Berne, l'hôtel de ville à Saint-Gall, ou encore des places commerçantes comme la Place du Molard à Genève. Pourtant on n'y trouve plus de revendication politique explicite. Comme si ces gens-là étaient d'autant plus de nulle part qu'ils occupent des lieux en parfaite inadéquation.

Les services s'installent donc de plus en plus en ville, alors même que les centres thérapeutiques dits de post-cure se situent à la campagne et marquent ainsi la rupture spatiale et sociale d'avec ce qu'on appelle «le milieu», spécifiquement urbain. Plus encore, les services de prévention du SIDA, la plupart du temps, jouxtent justement la «zone», les scènes de la drogue. Phénomène d'urbanisation et de modernisation: ces lieux de prévention se donnent à voir, ils doivent en effet être repérables, puisque les usagers y viennent sans intermédiaires désignés.

<sup>11</sup> Les études menées par l'Institut de médecine sociale et préventive et l'administration de la ville de Zurich, entre autres, ont permis de connaître un peu plus précisément les usagers. L'étude menée à Genève, dans le cadre de l'évaluation d'un bus de prévention, avec remise de seringues (Malatesta et Joye 1993) a permis également ce type de récolte d'informations.

Dès lors que les services de prévention se sont donné pour tâche de toucher les consommateurs de drogue qui pouvaient être amenés à prendre des risques majeurs, ils se sont rapprochés des lieux occupés par cette «population-cible», de la même manière qu'ils tendent à s'inscrire dans un découpage du temps marqué par l'achat et la consommation des produits. C'est dans ces moments-là, surtout, que les remises de seringues stériles se font.

### **Les services de prévention comme ancrages urbains**

De tels services urbains de prévention du SIDA iraient dans le sens d'une réappropriation de l'espace par les consommateurs de drogue, parce que ces lieux sont autant de mouillages dans la ville, qu'ils soient clos ou ouverts aux vents. Les locaux d'injection sont fermés, les camions de remise de seringues stériles sont ouverts, et parfois itinérants. Mais ce sont aussi des lieux du lien social possible. Ils sont des repaires et des repères. Le fait qu'on puisse les voir, les apercevoir, irait dans le sens d'une réassurance de leur inscription – sociale et spatiale – dans la ville: «ce camion est là pour nous, consommateurs de drogue». A quoi s'ajoute la possibilité de s'arrêter pendant un moment, de faire une pause dans un espace qui marque une limite d'avec le quotidien en termes de rapports sociaux comme d'occupation de l'espace.

### *Un exemple de service de prévention du SIDA*

Un bus circule en ville de Genève, qui a pour tâche de remettre du matériel d'injection stérile ainsi que des préservatifs aux consommateurs de drogue. Des professionnels de l'intervention sociale et de l'éducation sont responsables de cette remise de seringues. Ce «camion» stationne pour la plus grande partie de la fin de journée sur une aire qui jouxte la «scène» du trafic. La consommation se pratique souvent dans les toilettes publiques alentours. Le bus s'insère donc tout particulièrement dans le temps des consommateurs: temps de la recherche du produit et temps de la consommation. Bordreuil et Leccia (1986: 95) évoquent le temps «brut» qui caractérise le travail des services d'urgence psychiatrique. Ici aussi, même s'il n'y a pas d'urgence, le temps sera brut dans la mesure où, le plus souvent, il n'y a pas de préparatifs à la venue au bus, pas plus qu'on ne le quitte avec un projet particulier. En cela, il

est un repère pour les consommateurs qui ont la possibilité de lui donner le sens qu'ils veulent, du simple service de remise de seringues au soutien social et psychique susceptible de déboucher sur une prise en charge plus caractérisée par rapport à un projet de désintoxication.

Le bus est donc très proche de la «scène» principale de la drogue en ville de Genève, qui, soit dit en passant, n'a pas du tout l'ampleur de celle que connaît Zurich. On y achète – discrètement – les produits entre les passages de la police, on n'y consomme pas «publiquement», pas plus qu'on n'y reste. Par son ancrage géographique, le bus permet un lien entre un lieu de prévention et un espace-temps propre aux consommateurs de drogue, en même temps qu'il les en sépare, dans la mesure où ceux-là ne peuvent ni y consommer, ni y «trafiquer». Il représente une pause territoriale et temporelle, voulue par les usagers eux-mêmes, puisque personne ne les y amène. L'offre de seringues est au départ de l'élaboration d'un lien avec une instance urbaine de prévention, sans contrepartie si ce n'est celle de se plier aux règles minimales – mais significatives – de la pause en matière de trafic et de consommation.

### *La ville qui s'emballe*

L'exemple de Genève joue dans un contexte urbain où la «scène» et les comportements des consommateurs sont plus ou moins contrôlés par la police et les autres instances de l'Etat genevois. Mais la prévention n'a pas toujours affaire à une situation «stabilisée», entre autres du fait de l'absence d'un compromis entre les différents partenaires engagés dans les trois logiques qui marquent la politique de la drogue: médicale, sociale et pénale.<sup>12</sup> L'exemple de la ville de Zurich est notable de ce point de vue. Une fois la fermeture du Platzspitz réalisée, ce fut au tour des habitants du «Kreis 5» de s'enfermer: des barrières ont été posées pour échapper à la venue des consommateurs de drogue qui avaient afflué dans ce quartier tout proche, cosmopolite et connu pour sa tolérance. Quand les pratiques urbaines dérapent, que ce soit le fait des consommateurs de drogue ou des usagers de la ville, la prévention ne

<sup>12</sup> La recherche sur les politiques urbaines suisses en matière de prévention du SIDA montre la diversité des réponses produites localement à la mise en œuvre de la prévention (Malatesta, Joye et Spreyermann 1992).

fait que poursuivre, au sens propre du terme, les populations concernées, mais sans plus aucune prise sur la dynamique en place. On va alors vers plus de spécialisation des espaces urbains: à Zurich on commence à éviter certaines haltes de tram pour échapper aux groupes de toxicomanes. Cette évolution a d'ailleurs été déjà notée par certains passants qui viennent «voir» et prendre des photos.<sup>13</sup>

On estime au nombre de 200 à 300 les consommateurs de drogue qui ont investi le «Kreis 5». Ils s'y sont installés: la consommation, le trafic s'y déroulent dans les cours et petits jardins publics. Même si leur afflux n'a pas engendré le même phénomène de concentration constante, la police s'étant donné pour tâche de disperser toute amorce de regroupement, les stigmates de leur présence, malgré tout continue à l'échelle d'un quartier et non plus d'un espace clos comme l'était le Platzspitz, perdurent au regard de chacun: seringues, restes de *junk food*, allées d'immeubles et jardins publics souillés. On ne peut échapper à cette co-existence. Certains habitants ont téléphoné pour la première fois de leur vie à la police pour exiger un retour à la «normale». Les habitants du quartier éprouvent ainsi la nécessité de faire appel à une instance extérieure pour pouvoir continuer à maîtriser leur vie quotidienne dans ce qu'elle a de plus concret et de plus sensible: se rendre au travail, traverser les espaces publics sans dommages ni sentiments de peur. C'est pour répondre à ces demandes que la police a commencé d'accompagner les enfants à l'école, pour finalement accepter qu'une nouvelle concentration de consommateurs de drogue se constitue sur les rives de la Sihl voisine, mais en dehors du quartier résidentiel. Désormais c'est aux automobilistes que la scène se donne à voir.

En fonction de ces quelques arguments, il apparaît que le choix d'une politique de santé publique, propre à un Etat, ne peut se réaliser qu'à l'épreuve d'une problématique endogène, c'est-à-dire locale, avec ce qu'elle comprend d'aléas en matière de prise de décisions, de réactions des habitants, de comportements des consommateurs de drogue (Malatesta, Joye et Spreyermann 1992). La prévention par réduction des risques doit trouver dans ces cas de brouillages urbains des interstices à occuper pour acquérir un autre statut que celui de

<sup>13</sup> Des articles paraissent régulièrement dans la presse zurichoise, notamment dans la *Weltwoche* et dans la *Neue Zürcher Zeitung*, pour décrire la situation qui a fait suite à la fermeture du Platzspitz.

poursuivant essoufflé. Depuis ces dix dernières années, la ville de Zurich pourrait être déclarée en procès métropolitain. Les confrontations urbaines ont révélé dès 1980 des images de batailles rangées et une police casquée ne faisant pas l'économie de balles en caoutchouc face à une partie de la population, les jeunes générations surtout, qui revendiquaient une inscription conflictuelle dans la ville. Puis les consommateurs de drogue zurichoises, mais aussi des communes avoisinantes et d'autres régions de Suisse comme de l'étranger, ont gorgé le parc du Platzspitz. La «scène» était suffisamment dramatique pour faire le tour du monde des magazines. Surtout, une fois encore, la violence s'y était immiscée: les *dealers* «professionnels», c'est-à-dire non consommateurs et organisés, occupaient le site et ses alentours.

### Désenclavement territorial et adaptation réciproque

La prévention a été considérée essentiellement sous l'angle de l'urbain, alors même que c'est l'Etat, cantonal ou national, qui énonce la politique générale en la matière et indique des principes moraux. Il est possible de relier cette assertion au fait que la prévention du SIDA, ou plus généralement la «réduction des risques», relève d'une théorie de la proximité et du quotidien, et qu'elle s'inscrit par sa mise en œuvre dans le tissu urbain. Cette prévention-là pose dès lors la question du maintien de l'ordre public, puisqu'elle ne peut s'accomplir sans que les consommateurs de drogue sortent de la «zone grise», passent de leur «scène» vers d'autres, émanant, elles, de l'institution socio-médicale surtout. En tous les cas, les consommateurs de drogue vont rester dans les villes.

On a vu que les services de prévention par réduction des risques tendent à marquer, pour les toxicomanes, le territoire urbain: ils sont autant de repères dans ce qui ressemblerait à des possibles itinéraires thérapeutiques, réalisés spatialement. Dans de tels services, surtout s'ils ne sont que ponctuellement présents parce qu'itinérants, on trouvera un espace-temps particulier, permettant en quelque sorte un «décalage» social et culturel avec le «milieu». Ce désenclavement, qui part d'offres concrètes et spécifiques comme des seringues stériles remises gratuitement, exprime plus encore l'intégration de cette population particulière dans un projet de prévention d'une épidémie qui concerne toute la société. C'est précisément dans ces lieux de transition qu'il va être demandé aux consommateurs de drogue d'adapter certains de leurs comportements, dans le but de freiner l'extension d'une épidémie et de

favoriser la coexistence entre différents groupes sociaux présents dans la ville. Le message concerne donc tant les rapports que le toxicomane a envers lui-même (état de santé et état social) que sa position dans la société. L'évolution vers l'urbanisation de la prévention passe également par cette réintégration des consommateurs de drogue dans des instances régulatrices de l'état social et physique des personnes.<sup>14</sup>

Rouilleau-Berger (1991) analyse l'enclavement possible, en l'occurrence des jeunes, au sein des métropoles, et le pose comme processus de mise en danger: ce sont ces espaces-là qui risquent petit à petit d'échapper au contrôle des politiques urbaines. Or justement l'urbanisation des services de prévention est traduisible dans la recherche de la proximité, et non de la substitution, entre deux systèmes de représentations (inscrits spatialement). Le premier est produit et reproduit autour de la consommation de drogues illégales, qui rappelons-le ne définit pas de façon totalitaire un mode de vie, et le second est engendré par l'institution socio-médicale qui se donne pour tâche la conservation de la santé des individus.

La production de proximité s'inscrirait dès lors dans le projet d'éviter la constitution de ce que Rouilleau-Berger appelle les espaces-intervalles, que le langage commun nommerait «ghettos». En proposant des services qui auraient pour fonction de lancer des passerelles entre ces espaces-ci et les réseaux de soutien et de prévention, on réduirait d'autant les fractures du territoire urbain. C'est précisément ici que la ville devient une épreuve incontournable.

On peut imaginer ce que cette (re)territorialisation d'une population incarnant encore le malheur et la maladie peut amener comme reformulation des tâches des divers intervenants, à commencer par la police. Celle-ci, il est vrai, n'évoque plus tant la «guerre à la drogue»: les armes s'avérant par trop inégalées alors même que les consommateurs de drogue tendent à être de plus en plus visibles dans la ville, relayés en cela par des services de prévention. La police se trouve aujourd'hui dans la situation d'avoir à gérer la proximité entre les toxicomanes et les «autres», pour tenter de trouver un compromis social. Les

<sup>14</sup> Il est possible de reprendre ici l'analyse que Canguilhem (1989: 403) propose du corps médical, notamment quand il l'analyse comme l'institution qui a «pris position, corrélativement à l'approbation culturelle et sociale de la science bio-médicale et plus précisément au développement des outils statistiques, en tant qu'appareil d'Etat chargé de jouer dans le corps social un rôle de régulation analogue à celui qu'était censée jouer la nature dans la régulation de l'organisation individuelle».

intervenants, médecins comme policiers, auront peut-être de plus en plus à jouer le rôle de médiateurs entre usagers de la ville et populations marginales, et particulièrement les toxicomanes, pour que l'appropriation des espaces de vie (qu'on y habite ou qu'on y travaille) puisse perdurer, mais cette fois vers plus de compromis social et culturel.

Françoise Héritier-Augé (1991: 11) estime que le SIDA pose une question fondamentale aux Etats de droit: «sont-ils capables de gérer – effectivement et efficacement – la peur?». L'urbanisation des services de prévention va rendre cette question encore plus tangible et peut-être amener une amorce de réponse.

### Résumé

La prévention du SIDA destinée aux consommateurs de drogue a remis en question nombre de représentations portées sur ce groupe de population. Elle a déclenché en outre un processus de redéfinition des personnes marquées d'abord par l'illégalité et l'interdit culturel et social.

L'hypothèse générale défendue ici pose que les services de prévention s'urbanisent en poussant à une requalification des relations que les consommateurs de drogue entretiennent avec la ville, comme de celles que les usagers de la ville instaurent avec une population sans lien ni lieu. De tels services sont autant d'ancrages urbains qui permettent de reformuler les rapports que le toxicomane a avec les autres et avec lui-même.

### Zusammenfassung

Die Aids-Prävention für Drogenkonsumenten hat viele Ansichten über diese Gruppe in Frage gestellt. Sie hat unter anderem den Prozess einer Neudefinition dieser durch Illegalität, soziale und kulturelle Marginalisierung gekennzeichneten Menschen eingeleitet. Der Beitrag vertritt die Hypothese, dass diese Dienstleistungen zu einem festen Bestandteil des urbanen Lebens werden und so einen Wandel in den Beziehungen zwischen den Drogenkonsumenten und der Stadt herbeiführen werden, ähnlich wie dies mit den Obdachlosen geschehen ist. Indem diese Dienstleistungen fest ins städtische Umfeld integriert

sind, wird es auch möglich, dass die Drogenabhängigen eine neue Beziehung zu sich selbst und zu ihrer Umgebung aufbauen können.

## Bibliographie

AMPHOUX Pascal et Christophe JACCOUD

1992. *Des services pour habiter: orientations de recherches et expérimentations*. Lausanne: IREC-EPFL. (Rapport de recherche; 101)

BORDREUIL Samuel et Jean-Dominique LECCIA

1986. «Les urgences psychiatriques». *Annales de la recherche urbaine* (Paris) 31: 93-98

CAHIERS PSYCHIATRIQUES GENEVOIS 6

1989. «Aspects médicaux psychologiques et sociaux des toxicomanes». *Cahiers psychiatriques genevois* (Genève) N°6

CANGUILHEM Georges

1989 (1968). *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: J. Vrin

EHRENBERG Alain et Patrick MIGNON (dir.)

1992. *Drogues, politique et société*. Paris: Le Monde Editions et Editions Descartes

GUTZWILLER Felix

1992. «Entretien avec Felix Gutzwiller». *Le nouveau quotidien* (Lausanne) 17 mai 1992

HÉRITIER-AUGÉ Françoise

1991. «Préface», in: Eric HEILMANN (éd.), *SIDA et libertés: la régulation d'une épidémie dans un Etat de droit*, p. 6-21. Paris: Actes Sud et Agence française de lutte contre le SIDA

INGOLD François-Rodolphe

1992. «Les toxicomanes ont-ils une santé? brève histoire des traitements en France», in: Alain EHRENBERG et Patrick MIGNON (dir.), *Drogues, politique et société*, p. 318-327. Paris: Le Monde Editions et Editions Descartes

MALATESTA Dominique

1991. *Evaluation de la stratégie de prévention en Suisse: étude descriptive d'une histoire récente: Genève, 1980-1990.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Cahiers de recherche et de documentation)

MALATESTA Dominique et Dominique JOYE

1993. *Toxicomanie et prévention du SIDA en milieu urbain: enquête auprès des usagers d'un service de prévention itinérant à Genève.* Lausanne: IREC-EPFL. (Rapport de recherche; 110)

MALATESTA Dominique, Dominique JOYE et Christine SPREYERMANN

1992. *Villes et toxicomanie: des politiques urbaines de prévention du SIDA en Suisse.* Lausanne: IREC-EPFL. (Rapport de recherche; 99)

MARTIN Jean (dir.)

1991. *Enjeux éthiques en santé publique.* Genève: Ed. Médecine et hygiène

POLLAK Michaël

1992. «Histoire d'une cause». *Autrement, série Mutations* (Paris) 130: 24-40

ROUILLEAU-BERGER Laurence

1991. *La ville intervalle.* Paris: Méridiens-Klincksieck. (Réponses sociologiques)

STENGERS Isabelle et Olivier RALET

1991. *Drogues: le défi hollandais.* Paris: Delagrange. (Les empêcheurs de penser en rond)