

# Le Travail de Proximité auprès des Usagers de Drogues en Europe :

## Concepts, Pratiques et Terminologie

Dirk J. Korf, Heleen Riper et Marielle Freeman (Pays-Bas)  
Roger Lewis et Ian Grant (Écosse, Grande-Bretagne)  
Elisabeth Jacob et Chantal Mougin (France)  
Margareta Nilson (EMCDDA, Portugal)

### Le cadre de ce travail

La recherche présentée ici s'est faite en 1998, financée par l'Observatoire Européen des Drogues et de la Toxicomanie qui l'a publiée en anglais en juin 1999, sous le titre suivant « Outreach work among drug users in Europe »<sup>1</sup>. Nous avons choisi de traduire l'expression anglaise d'outreach work (qui signifie littéralement travail au dehors pour atteindre) par « travail de proximité » qui n'exprime pas les mêmes notions, mais qui va désigner ici la même réalité avec d'autres mots, en sachant qu'en France, ceux que nous appelons les intervenants de proximité utilisent plutôt, pour désigner leur travail, des expressions comme travail de rue ou à bas seuil d'exigence. Les questions de terminologie ont été longuement débattues au cours de notre recherche. Chaque pays avait ses propres termes et il s'agissait de vérifier s'ils désignaient les mêmes choses. Nous ne reprendrons pas ces débats, exposés dans l'ouvrage cité ci-dessus qui présente en outre un glossaire des termes employés dans chaque pays, en explicitant ce qu'ils désignent.

Nous avons les objectifs suivants :

- Observer en Europe les variations significatives du travail de proximité auprès des usagers de drogues, dans l'histoire théorique, politique, sociale du travail de proximité, et dans ses modes de mise en place ;
- Relever les similitudes et les différences dans les pratiques et les théories des Etats membres de l'Union Européenne et entre eux, en tenant compte du fait que le travail de proximité est une pratique dynamique qui évolue dans le temps, dans la perception des problèmes, suivant les contextes sociaux et les moyens professionnels et politiques développés pour les traiter ;
- Comparer les termes utilisés ;
- Trouver une définition commune du concept de travail de proximité.

Ce travail a été réalisé sur la base d'une analyse de la littérature de chaque pays sur ce sujet. Nous avons également passé un questionnaire auprès d'informateurs-clés des Etats membres de

---

<sup>1</sup> EMCDDA, Juin 1999, Insights, 2. Traduit en français par Chantal Mougin en 2000

l'Union Européenne et organisé un colloque rassemblant des intervenants de terrain et des experts nationaux.

Des informations sur le travail de proximité ont été collectées dans presque tous les Etats membres de l'U.E., plus la Norvège. Il a été impossible d'obtenir une vue d'ensemble du travail de proximité en Suède où il semble que le concept soit pratiquement inexistant car les formes de travail de proximité qui existent n'y ont pas de légitimité. Les informations reçues sont variables dans leur nature et leur portée, ce qui pose la question de la comparabilité – conceptuelle, pratique ou linguistique - de ces données. Néanmoins, ce travail représente un premier état des lieux quant à la manière dont le travail de proximité s'est développé dans chaque pays de l'Union Européenne.

Il sera ici présenté dans un premier temps la manière dont le travail de proximité a été défini, puis une rétrospective de l'histoire de cette forme de travail, avec les modèles d'intervention rencontrés, et enfin les objectifs et les méthodes du travail de proximité.

En préalable, il est essentiel de rappeler que, si l'histoire de ce que nous appelons aujourd'hui le travail de proximité montrera que ce n'est pas une réalité nouvelle, cette question vient aujourd'hui à l'ordre du jour à cause du sida. On se pose aujourd'hui la question de la proximité parce qu'on se pose la question de l'éloignement d'une frange de la population et de la nécessité de développer des outils et des méthodes d'intervention pour y remédier. De même que le RMI a révélé des populations qu'on ne connaissait pas, le sida a révélé l'importance des écarts entre une partie des usagers de drogues et les systèmes de prise en charge. On a découvert l'existence d'usagers de drogues cachés, qui ne s'adressent pas aux services mis en place à leur intention, et qui connaissent des situations d'extrême précarité, hors de toute protection sanitaire, sociale, juridique.

Dans cette recherche, un ensemble d'expériences diverses a été rassemblé, en faisant ressortir leurs points communs, pour fonder le travail de proximité comme nouveau paradigme, à travers une réalité qui reste encore assez évasive et problématique. Notre questionnement est de savoir dans quelle mesure les interventions de proximité développées dans les différents pays européens peuvent participer à la production et à la définition d'un nouveau paradigme qui est une consistance propre et donc qui ne se définit pas uniquement en creux ou par défaut, dans un rapport inversé à ce qui existe déjà dans chacun des pays. Cette question restera ouverte.

## **La définition du travail de proximité**

Nous sommes partis de la définition proposée par Hartnoll, Rhodes et Jones, 1990<sup>2</sup>, qui définit ce travail comme « une activité orientée vers la communauté<sup>3</sup>, qui vise à entrer en contact avec des personnes ou des groupes issus de populations particulièrement ciblées, qui ne sont pas

---

<sup>2</sup> Hartnoll, R.L., Rhodes, T.J., Jones, S., *et al.* (1990) *A survey of HIV outreach intervention in the United Kingdom* (Londres : University of London, Birkbeck College).

<sup>3</sup> la communauté, au sens anglo-saxon, désigne les résidents d'un territoire donné, placés au centre du dispositif et mis en situation d'agir.

efficacement contactés ou atteints par les services existants ou par les circuits traditionnels d'éducation pour la santé. »

Les populations ciblées sont donc ici les usagers de drogues 'difficiles à atteindre' ou 'cachés', ceux qui ne sont pas touchés par les services de soins existants pour la toxicomanie. On présuppose qu'entrer en contact avec ces populations difficiles à atteindre permettrait de résoudre certains problèmes. Ces populations ne demandent pas directement le contact, sauf s'il est fait de manière compatible avec leurs modes de vie.

Une caractéristique spécifique du travail de proximité est que les intervenants (professionnels, pairs ou bénévoles) prennent contact avec les usagers de drogues principalement dans leur milieu naturel : dans la rue, chez eux ou dans tout autre endroit où ils se trouvent.

Cette définition révèle d'emblée les limites des services existants, leur difficulté à toucher leur population cible compte tenu des contraintes qu'ils imposent. Aussi il n'est pas surprenant qu'en plus de beaucoup d'autres critiques qui leur ont été faites, les activités de proximité aient pu être ressenties comme une menace à l'égard des services de soins existants pour les usagers de drogues.

Cette définition montre aussi clairement, par omission, que le 'travail de proximité' ne se réfère à aucune méthode de travail spécifique, ni à aucun type spécifique d'organisme ou d'intervenant. Il peut répondre à des objectifs variés. Des formes d'activités très différentes se retrouvent sous cette appellation. Cette diversité est aussi la caractéristique du travail de proximité et cela explique pourquoi il n'est pas simple de l'identifier ou de le définir.

Si cette définition semble correspondre au travail développé en direction des usagers des « drogues classiques » comme l'héroïne et la cocaïne, on peut aujourd'hui se demander si elle est adaptée pour qualifier les formes plus récentes du travail de proximité dirigé vers les usagers des « nouvelles drogues » que sont les drogues de synthèse.

Au regard des informations que nous avons pu recueillir sur les différentes formes de travail de proximité dans les différents pays de l'Union Européenne, la définition suivante, (qui pourra encore être améliorée), semble plus appropriée :

*Le travail de proximité dans le domaine des drogues est une méthode active employée par des professionnels, des bénévoles ou des pairs, pour entrer en contact avec des usagers de drogues. Ses objectifs sont de les informer sur les risques associés à la consommation de drogue, les aider à réduire ou éliminer ces risques et/ou à améliorer leur condition physique et psychosociale par des moyens individuels ou collectifs.*

## **Le contexte historique**

Si l'on trouve quelques expériences de travail de proximité dans beaucoup de pays d'Europe, on en est encore qu'aux premières étapes d'une stratégie de travail systématique dans le domaine des drogues. Pourtant ce type de travail a débuté longtemps avant qu'on l'applique aux usagers de drogues. Dans l'histoire et la pratique du travail de proximité, un glissement progressif s'est

opéré dans les populations ciblées par cette forme de travail. Cette histoire peut se découper en six étapes successives qui correspondent à six populations différentes :

1 – Les premières expériences de travail de proximité venaient en réponse à un intérêt porté aux populations en situation de précarité. Après des siècles de pratiques caritatives et assistancielles, le secteur professionnel du travail social émerge à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, avec des organisations comme l'Armée du Salut, ou des services sociaux qui pratiquent un travail de proximité auprès de certains groupes qu'on appelait les pauvres.

2 – Après la seconde guerre mondiale, on s'est intéressé aux jeunes en difficulté : on a commencé à s'inquiéter des jeunes 'déviant', en particulier des bandes, dont les modes de vie sont alors considérés comme un problème social majeur. Le travail social et les sciences sociales appliquées se sont vus alors assigner le rôle central de corriger ces modes de vie 'déviant', sans s'attaquer à changer les facteurs socio-économiques de ces modes de vie, pourtant reconnus.

Ainsi en Europe, c'est d'abord en Grande-Bretagne qu'après-guerre des services de proximité commencent à s'intéresser aux jeunes livrés à eux-mêmes, pour se faire une idée de leurs difficultés sociales et les aider à rejoindre les services traditionnels pour les jeunes.

En France aussi, des activités de proximité ont commencé peu après la guerre, dans le cadre de la préventive spécialisée, pour venir en aide aux mineurs. Ce sont à l'origine des initiatives privées, le travail étant reconnu et financé par l'Etat à partir de 1963, où un décret officiel a confirmé cette reconnaissance et défini les tâches, le mode d'organisation et de financement du travail de proximité, qu'on appelait alors le travail de rue. L'objectif était de rencontrer les jeunes dans leur environnement propre, sans mandats judiciaires ou administratifs. Les interventions devaient respecter l'anonymat des personnes et obtenir leur consentement.

Des préoccupations semblables sont apparues dans d'autres pays, comme l'ancienne RFA et les Pays-Bas, mais à cette époque, elles n'ont abouti à aucune réorganisation des services pour la jeunesse, ni à l'émergence d'interventions spécifiques de proximité.

3 – Après les troubles sociaux des années 50 et du début des années 60, attribués aux jeunes des classes populaires, une nouvelle remise en question de la société est endossée par d'autres classes sociales. Des jeunes étudiants, voire même des intellectuels, jouent un rôle primordial dans les nouvelles cultures de la jeunesse. Certains consomment des drogues comme le cannabis et le LSD. Des éducateurs vont dans la rue pour entrer en contact avec les jeunes en général, et plus particulièrement vers les plus révoltés. Ces événements ont provoqué diverses initiatives de travail de proximité auprès des jeunes.

C'est au milieu des années 60 qu'a démarré le développement d'activités de proximité auprès des jeunes dans l'Europe de l'ouest, en Belgique, en Allemagne (avec le *Jugendarbeit*), aux Pays-Bas et en Norvège. Aux Pays-Bas le modèle était différent. Il est intéressant de noter que le développement de ce travail n'a pas été le fait des hommes politiques ou du milieu des éducateurs ; ce sont les jeunes eux-mêmes qui ont organisé des formes alternatives d'aide. Le travail de terrain avec des usagers de drogues a été l'une de ces initiatives. A la même époque, les éducateurs et les hommes politiques reconnaissent les difficultés rencontrées par les jeunes de la classe ouvrière ainsi que la pauvreté des services sociaux et des activités de loisirs mis à leur disposition.

En Belgique, la loi de 1975 sur le contrôle de l'abus de drogue, et la mise en place de services spécialisés ont renforcé le rôle du secteur associatif. Le travail de proximité est alors devenu une activité essentielle.

Dans d'autres pays, le travail de proximité s'est développé à partir d'associations de bénévoles, qui sont des structures où les contraintes bureaucratiques étaient moins fortes que dans les services traditionnels. Les expériences qui ont vu le jour à cette époque mettent en avant la flexibilité, l'accessibilité des services et leur capacité d'adaptation.

4 – Après l'intérêt porté aux pauvres, puis aux jeunes des classes populaires et aux nouvelles cultures de la jeunesse, nous en arrivons aux activités de proximité auprès des usagers de drogues, qui se développent à partir de la fin des années 60 et au cours des années 70. Le développement rapide de la consommation d'héroïne dans beaucoup de pays européens a amené l'émergence de ce qu'on appelle le 'problème' de la drogue, reconnu comme un problème social majeur.

A l'époque, l'avis de la majorité était de criminaliser les usagers de drogues et de leur proposer des services de soins basés sur l'abstinence et sur un modèle médical de traitement des addictions. Par exemple, dans les années 60 en Angleterre, on a d'abord entrepris des activités de proximité pour prêcher l'abstinence de drogues. Ce sont des hommes politiques ou bien des professionnels de la jeunesse et des éducateurs qui sont à l'origine de la plupart de ces expériences. Néanmoins, la conscience croissante que peu d'usagers de drogues étaient pris en charge par les services de soins a progressivement conduit à la création de projets de proximité destinés à *capter* ces usagers pour les diriger vers les services.

A Amsterdam, des approches de substitution se sont développées en même temps que des services de soins et de traitement. Les praticiens de la substitution critiquaient les services conventionnels sur leur seuil élevé d'accueil et leurs choix 'irréalistes' d'abstinence totale pour tous. Plus que tout, on estimait que les services traditionnels étaient organisés d'une manière centralisée, qu'ils n'étaient pas très faciles d'accès et qu'ils ne parvenaient à toucher qu'un faible pourcentage des consommateurs. La plupart des usagers de drogues vivaient des périodes d'abstinence fréquentes et souvent brèves (en prison, par exemple) qui leur permettaient de réduire leur degré de tolérance et d'améliorer leur état général de santé. Mais on estime alors que 80 à 90% rechutaient ensuite. Dans cette période, plusieurs aspects de la santé publique, dont la consommation de drogues, acquièrent une place plus importante dans l'agenda politique. L'ensemble de ces évolutions a inspiré plus ou moins directement des tentatives de travail de proximité qui avaient tendance à mettre en œuvre des méthodes moins conventionnelles et sans conditions, c'est à dire sans demande préalable de désintoxication.

5 – Les années 80 marquent un tournant dans le développement du travail de proximité, avec l'épidémie du sida et la notion de réduction des risques qui l'a suivie. Cela a accéléré le développement des activités de proximité dans beaucoup de pays européens, bien qu'à des degrés divers. Le sida s'est révélé être un puissant moteur de changement dans l'approche des usagers de drogues. Le développement de l'épidémie a conduit à mettre davantage l'accent sur les questions de santé publique, sur les méthodes pour changer les comportements des usagers et

sur la nécessité de toucher des groupes plus larges d'usagers et d'atteindre les usagers 'cachés', ceux qui ne viennent pas d'eux-mêmes dans les centres de soins. Les objectifs du travail de proximité se sont étendus et ont inclu les pratiques d'injection à risques, avec en particulier l'échange de seringues, et les pratiques sexuelles à risques.

Le premier programme d'échange de seringues à Amsterdam, par exemple, a été lancé en 1984 par un groupe d'autosupport, le *Junkiebond*, en réponse au développement de l'hépatite B parmi les usagers injecteurs.

Des programmes semblables ont commencé en Suède en 1986, et en Angleterre et en Ecosse en 1987. Quelques pays ont démarré un travail de proximité avec des infrastructures déjà établies, les Pays-Bas en particulier et la Grande-Bretagne dans une moindre mesure, alors que d'autres pays ont dû partir de zéro.

Le sida a donc été un élément catalyseur pour répandre des actions de réduction des risques liés aux drogues. Les Pays-Bas, la Suisse et la Grande-Bretagne ont été particulièrement actifs pour développer des politiques à cet égard. Quelques autres Etats membres de l'U.E., en particulier la France et la Suède, ont montré moins d'enthousiasme. Les mesures de réduction des risques, y compris le travail de proximité, y sont toujours l'objet de controverses. L'émergence d'action de réduction des risques a suscité de vifs débats, la question étant notamment de savoir si l'offre de seringues propres était un encouragement à la consommation de drogues.

6 – Enfin dans les années 90, l'accent s'est porté sur les consommateurs de ce qu'on appelle les 'nouvelles' drogues ou drogues de synthèse, comme l'ecstasy. Si depuis la fin des années 80, la consommation de ces drogues s'est rapidement développée chez les jeunes à travers l'Europe, peu de pays ont ciblé les consommateurs des 'nouvelles' drogues à l'échelle de ce qui s'est fait pour les usagers de drogues 'classiques'.

En tant que groupe cible pour une intervention de proximité, les usagers des 'nouvelles' drogues ne peuvent en aucun cas être assimilés aux usagers des drogues 'classiques'. Ils révèlent qu'être hors d'atteinte des services ne peut pas suffire à définir un indicateur de groupe cible ; pas plus que la marginalisation, la dépendance ou l'addiction, qui sont des facteurs importants pour le travail de proximité. Il s'agit ici d'un nouveau type d'usagers de drogues – pas des 'paumés' de la rue, mais des jeunes en bonne santé pour la plupart, bien insérés et de milieux sociaux divers. De plus, le groupe potentiel à cibler est beaucoup plus hétérogène et sans doute beaucoup plus important que le groupe des usagers des drogues 'classiques'. Quelques expériences de travail de proximité à destination de ces usagers existent néanmoins, notamment en France (Techno Plus et le Tipi, Médecin du Monde, ...), mais davantage au Danemark, en Norvège et en Grande-Bretagne.

Des groupes d'autosupport ont aussi commencé à entreprendre des activités de réduction des risques dans le domaine de la consommation des drogues de synthèse, mais ces interventions n'en sont qu'à leurs prémises.

Si les activités de proximité se sont répandues rapidement à travers l'Europe, elles restent inégalement réparties selon les pays et subissent souvent des contraintes importantes.

Par exemple, en France, l'interdit qui frappe l'usage de drogue et la politique répressive mise en place ont sérieusement hypothéqué le développement de ce travail qui n'a démarré qu'à la fin des années 80 (développement d'un travail de type communautaire à la Goutte d'Or, de recherche action en Seine-Saint-Denis). En 1989, quand Médecin du Monde met en place un bus d'échange de seringue, l'intervention est gênée par la présence policière qui intervient aux alentours du bus.

En Belgique, la mise en place des contrats de sécurité est venue empiéter sur le domaine d'intervention du réseau associatif traditionnel. Ces contrats de sécurité comprennent deux volets, le premier relatif à la réorganisation du travail policier, le second au développement de mesures de prévention telles que l'engagement de médiateurs sociaux, d'assistants de concertation, d'agents de prévention ou d'éducateur de rue, etc. La politique de sécurité a occasionné une mise en concurrence des intervenants, les agents de la santé publique et ceux de la sécurité devant se partager le même terrain en utilisant sensiblement les mêmes outils. On peut imaginer que cela n'a pas été sans problèmes ni sans conséquences pour la crédibilité des acteurs de terrain.

Nous avons observé que le développement des activités de proximité est étroitement lié à la nature des pratiques existantes en direction de la jeunesse et aux traditions politiques en matière de drogue. Ainsi dans les pays qui ont une approche pragmatique des drogues, comme le Danemark et les Pays-Bas, les activités de proximité ont démarré plus facilement que dans les pays ayant une approche plus politique ou médicale.

Il semble que, si le travail de proximité a atteint un sommet dans l'innovation à la fin des années 80 et au début des années 90, dans la plupart des pays de l'Europe de l'ouest, c'est seulement maintenant que le travail de proximité trouve peu à peu sa place dans le domaine des drogues.

Les services de proximité doivent relever aujourd'hui un nouveau défi en coopérant avec les autres services de prévention et de soins et avec les différentes autorités publiques, et particulièrement les instances judiciaires, celles du social et de la santé. Le contexte actuel dans lequel se développe le travail de proximité diffère tout à fait de celui des années 80. Les activités de proximité sont en train de se professionnaliser, ce qui peut changer la nature de la relation qui s'établit entre l'intervenant et l'utilisateur de drogues.

## Quatre modèles

On peut dégager plusieurs modèles à partir desquels s'est développé le travail de proximité :

- Le premier modèle s'inscrit dans le cadre des interventions développées en direction de la jeunesse. Il s'agit notamment du travail de rue mené auprès des jeunes délinquants.
- Nous avons appelé le second modèle : la recherche de clients ; il prend ses racines dans des communautés thérapeutiques, dans la première moitié des années 70. L'objectif est d'attirer les usagers de drogues vers des programmes de soin qui pratiquent le sevrage et se font en milieu interne, en allant les chercher dans la rue. Le but recherché est l'abstinence, suivie d'une réintégration sociale. Ce modèle se retrouve dans les pays du Nord (Norvège, Suède) ainsi qu'en Grèce, en Italie et en Grande Bretagne.
- Le troisième modèle est celui de l'autosupport. Il répond aux souhaits et à la motivation des usagers de drogues eux-mêmes. Il s'attaque aux problèmes des drogues, plus explicitement que le travail en direction de la jeunesse, et son action s'appuie davantage sur la perception des intérêts du groupe que des intérêts des personnes. Il a débuté à la fin des années 70 et est clairement rattaché aux associations d'autosupport et à l'idée d'accepter la prise de drogue comme une réalité sociale.
- Enfin le modèle de santé publique apparaît dans la seconde moitié des années 80, principalement sous l'influence du sida. Son but premier est la réduction des dommages par la prévention des risques dus aux relations sexuelles et à l'usage de drogues. Plus récemment, le travail de proximité selon le modèle de santé publique s'est aussi pratiqué auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, avec des pairs, choisis davantage dans ce cas-là que dans le cas des drogues 'classiques'.

## Les objectifs du travail de proximité

Nous avons observé que le travail de proximité auprès des usagers de drogues en Europe poursuit les objectifs généraux suivants :

- identifier les populations cachées et prendre contact avec elles, ce qui est un objectif largement reconnu dans tous les pays, bien qu'à des degrés divers ;
- diriger ces personnes vers les services de soins existants ;
- mettre en place des services de prévention et de réduction de la demande ;
- développer la réduction des risques dus aux relations sexuelles et à l'usage de drogues.

On trouve néanmoins des différences significatives suivant les pays. Tous les pays de l'Union Européenne n'ont pas défini des objectifs nationaux et tous ne poursuivent pas les mêmes objectifs.

PAYS	Objectifs définis à l'échelle nationale	Identifier et atteindre les populations cachées	Identifier les besoins des usagers, leur perception des services et les faire connaître	Développer l'accès aux services et leur évolution	Offrir des services adaptés, de la prévention et réduire la demande	Promouvoir la sécurité des modes de consommation des drogues et des relations sexuelles
<b>Allemagne</b>	oui	oui	non	oui	oui	oui
<b>Autriche</b>	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Belgique flamande</b>	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>B. francophone</b>	oui	oui	n.r.	oui	oui	oui
<b>Danemark</b>	oui	oui	ambigu	ambigu	ambigu	non
<b>Espagne</b>	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Finlande</b>	oui	oui	non	non	non	non
<b>France</b>	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Grèce</b>	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Irlande</b>	oui	oui	non	oui	oui	oui
<b>Italie</b>	oui	oui	non	oui	oui	oui
<b>Luxembourg</b>	oui	non	non	oui	non	oui
<b>Norvège</b>	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Pays-Bas</b>	oui	oui	oui	oui	non	oui
<b>Portugal</b>	oui	non	non	oui	non	oui
<b>Royaume-Uni</b>	non	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Suède</b>	Pas d'information disponible					

Un autre objectif, rencontré dans la politique nationale de seulement trois des quinze Etats membres (Grèce, Pays-Bas, Norvège) consiste à identifier les besoins et les perceptions des usagers de drogues à l'égard des services de soins existants, pour retransmettre cette information à ces services, afin de renforcer l'efficacité et la cohérence de leur travail.

Le travail de proximité peut aussi fournir de l'information aux décideurs politiques locaux ou aux institutions. Ce travail permet alors, par la mise en place de postes d'observation avancés, de recueillir des données susceptibles d'être utilisées pour orienter les actions à destination des usagers de drogues.

Nous avons constaté que la plupart des Etats-membres de l'U.E. ont défini des objectifs nationaux pour une forme ou une autre de travail de proximité, même si les documents de leur politique nationale contre les drogues n'y font pas toujours référence. Les exceptions (du moins en 1998 qui est l'année de notre enquête) sont l'Autriche, la Belgique, la France, l'Espagne et la Grande-Bretagne. La France par exemple, n'avait pas encore, il y a deux ans, défini d'objectifs à l'échelle nationale, mais seulement dans le cadre de projets de proximité locaux ou régionaux. Si l'Espagne n'a pas non plus d'objectifs nationaux, c'est probablement parce que ce pays est organisé en communautés autonomes qui peuvent diverger dans la manière de définir le travail de proximité. Il en va de même pour la Belgique avec ses communautés flamande et francophone, et pour la Grande-Bretagne (où le travail de proximité est différemment défini en Angleterre, Écosse, Pays de Galles et Irlande du nord).

Indépendamment des objectifs définis et identifiés à l'échelle nationale, les interventions particulières de proximité peuvent répondre à un ou plusieurs objectifs. On a pu identifier plusieurs orientations :

La **prévention** est en général l'objectif premier des interventions de proximité. Elle est soit orientée vers la prévention du sida, soit plus largement vers les dommages liés à la consommation de drogues. En plus des divers aspects de la réduction des risques, qui sont la promotion de gestes de prévention, d'abstinence de drogue, de gestes de sécurité dans les relations sexuelles ou de réduction des comportements à risque, le travail de proximité nécessite de prendre en compte le contexte et la participation active des usagers actuels ou potentiels.

Ce travail s'appuie sur la conviction que le seul fait de délivrer une information présente peu de chances de modifier un comportement. Cela signifie qu'il est nécessaire de construire une relation avec les usagers de drogues pour les amener à intégrer des gestes de prévention. Cela semble être plus efficace que de fournir simplement des recommandations de santé à des individus ou à des groupes, ou de supposer qu'ils iront chercher eux-mêmes de l'aide s'ils ont des problèmes de santé assez graves.

**La prévention primaire**, appliquée à des usagers des drogues 'classiques' consiste à tenter de prévenir l'injection ou de dissuader les anciens usagers de rechuter. Il peut aussi s'agir de prévenir la consommation de formes additionnelles de drogues (par exemple la cocaïne ou le crack pour des consommateurs d'héroïne). Ici, le message de prévention peut se résumer à : 'ne vous injectez pas'. Les interventions de proximité visant à prévenir les risques dus aux relations sexuelles sont aussi des interventions de prévention primaire.

En ce qui concerne les 'nouvelles' drogues, la prévention primaire cherche à dissuader de prendre ces substances, par exemple en diffusant des informations dans les 'raves'. Ici aussi, le message est 'ne prenez pas d'ecstasy', et peut aussi s'associer à une information sur la prévention des risques des relations sexuelles.

**La prévention secondaire** cherche à réduire le risque du sida en proposant du matériel de prévention (préservatifs ou équipements d'injection), ou à faciliter le changement de comportements en dirigeant les personnes vers les services de soins existants.

L'objectif de la prévention secondaire pour les nouvelles drogues est d'informer les personnes qui prennent déjà des drogues de synthèse sur les moyens plus sûrs de les utiliser. La prévention peut comprendre des tests de comprimés ou fournir des informations sur les doses, les fréquences et les mélanges à risques. Il peut aussi s'agir de proposer des préservatifs.

Les comportements à risques varient d'un sous-groupe à l'autre, mais ils semblent être associés surtout avec la consommation de produits dont les effets sont peu connus, un usage inadapté (par exemple ne pas boire suffisamment d'eau ou associer les pilules à l'alcool ou d'autres drogues) ou des caractéristiques du lieu, comme une salle bondée ou des températures excessives. Le travail consiste à fournir des informations sur la dangerosité des produits, mais aussi à offrir des espaces de repos et de réhydratation.

Pour les usagers de drogues 'classiques' ou 'nouvelles', la prévention secondaire pourrait se résumer au message suivant : 'si vous prenez des drogues, suivez les consignes de sécurité' et 'si vous avez des problèmes, contactez les services spécialisés'.

## Les méthodes

Nous avons dégagé trois méthodes dans la pratique du travail de proximité :

- le travail en milieu ouvert, ou travail de rue, est la forme la plus courante en Europe, même s'il est encore peu pratiqué dans certains pays. Dirigé vers des personnes ou des groupes, il se fait en dehors de l'espace privé ou domestique, hors du cadre d'un local, avec une équipe qui travaille là où sont les usagers, par exemple dans les rues, les cafés, les gares ou les squats.
- Le travail au domicile des usagers est le moins courant, pratiqué fréquemment seulement au Danemark et en Grande-Bretagne.
- Le travail de proximité en institutions est dirigé davantage vers des organismes que vers des personnes isolées, les équipes de proximité travaillant dans des associations et des institutions locales comme les prisons, les lieux d'hébergement, les hôpitaux, les clubs de jeunes et les écoles. En plus du contact avec les usagers individuels de ces lieux, leur objectif est de diffuser une information sur les problèmes de drogues et sur les services mis à leur disposition et auxquels ils peuvent s'adresser. Il comprend aussi la formation et l'éducation d'autres professionnels, en organisant des échanges entre eux. Seule la Grande-Bretagne le pratique fréquemment, et six autres pays ont déclaré le faire rarement.

Si différentes méthodes sont utilisées pour pratiquer un travail de proximité, on retrouve beaucoup d'éléments semblables dans la façon dont les intervenants de proximité approchent leurs groupes cibles et communiquent avec eux. La spécificité de ce travail est que le contact est pris dans l'environnement 'naturel' des usagers de drogues, et à l'initiative de l'intervenant (bien que ce point puisse changer quand des contacts plus durables ont été mis en place). La plupart des expériences de proximité se pratiquent en dehors du cadre normal des services, des horaires et des autres dispositions conventionnelles de travail.

Ce n'est pas seulement la façon dont les contacts sont pris qui est spécifique, mais aussi la nature de ces contacts qui diffère de ceux des autres services proposés aux usagers de drogues. Les méthodes du travail de proximité visent rarement des relations thérapeutiques ou un travail social à long terme, comme c'est le cas des services spécialisés plus traditionnels. Elles visent davantage un travail préventif quelque soit le niveau de consommation des personnes. Les contacts ne sont pas réguliers, dans le sens où ils n'ont pas lieu à des horaires fixés ou dans les mêmes lieux de rencontre. De nombreux éléments interfèrent sur la possibilité des intervenants de rencontrer leurs publics cibles de manière continue (déplacement des personnes lié à l'intensité de la répression policière, au déplacement des lieux de ventes de drogues, aux incarcérations qui jalonnent leur parcours, etc.).

Si des correspondances existent quant à la manière dont les intervenants développent des contacts avec les usagers de drogues, les méthodes d'intervention et le type d'objectifs poursuivis est en constante évolution dans la plupart des pays européens. A la fin des années 80, la plupart des interventions de proximité avaient comme objectif de changer les modes de vie individuels, plutôt que de provoquer un changement collectif, communautaire ou social. Depuis, on s'est de plus en plus intéressé aux communautés ou aux réseaux sociaux des usagers de

drogues, surtout dans les pays où la pratique de proximité est plus ou moins établie dans une perspective de développement communautaire.

Sur ce point, 1994 marque un tournant en Grande-Bretagne par exemple : le travail de proximité communautaire est présenté comme le modèle d'une nouvelle pratique, bien que pour les intervenants, il ne s'agissait pas d'un concept nouveau.

Les approches communautaires s'intéressent aux usagers de drogues dans leur propre scène ou réseau, mais portent aussi une attention plus large aux communautés au sein desquelles ils sont inscrits, telles que la famille, le réseau social étendu ou la communauté locale. Ce travail s'efforce de prendre des contacts avec des usagers individuels, des réseaux étendus et des communautés, par des informateurs clés issus du terrain ou des leaders. Il s'agit de remonter le fil des relations sociales existantes de façon à ce que, une fois que quelques premiers individus ont été contactés, ce groupe s'élargisse de lui-même. En ce qui concerne le sida, les individus qui sont liés avec différents réseaux ou qui sont des passerelles entre eux constituent des « têtes de ponts ». S'ils peuvent participer à la diffusion du sida vers d'autres réseaux, ils peuvent également devenir des agents de prévention dès lors qu'ils sont contactés dans le cadre d'un travail de proximité et qu'ils adhèrent à la démarche.

## **Conclusion**

Pour conclure, on peut dire que le travail de proximité occupe une place significative dans les politiques nationales contre les drogues de la plupart des pays de l'Union Européenne. Néanmoins l'extension de cette forme de travail semble plus importante dans la partie nord de l'Europe et plus faible dans les pays du sud.

Le travail de proximité bénéficie davantage d'une reconnaissance politique dans les pays du nord, notamment : aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, au Danemark (où la reconnaissance politique est certes importante, mais se développe encore), en Allemagne, en Autriche, en Irlande et en Norvège. Le travail de proximité se pratique dans un cadre institutionnalisé dans tous ces pays. Néanmoins, ce travail est également reconnu en Italie et en Grèce mais demeure pour le moment à un stade expérimental. En Allemagne et en Autriche, on a les deux cas de figure.

Dans tous ces pays, le travail de proximité est pratiqué dans la plupart des villes qui reconnaissent avoir des problèmes de drogue, dans toutes les grandes villes au Danemark, mais dans quelques villes seulement en Irlande, Italie et Grèce.

Dans les autres pays, le travail de proximité commence à être reconnu dans la politique des drogues : cette reconnaissance est en cours et se développe en Finlande, Belgique, Luxembourg, France, Portugal. Seule l'Espagne déclare que le statut politique du travail de proximité y est marginal (du moins en 1998).

A part le Luxembourg et la partie francophone de la Belgique où le travail de proximité se fait dans un cadre institutionnalisé, il reste expérimental dans les autres pays, c'est à dire en Belgique, du moins dans la Communauté flamande, en France où le travail de proximité est mis en place à l'initiative de plusieurs groupes, comme des groupes d'autosupport et des associations

engagées dans la réduction des risques contre le sida, en Finlande où il se fait dans le cadre d'organismes de soins ou dirigés vers la jeunesse, au Portugal et en Espagne. Il se pratique dans toutes les grandes villes en Belgique, mais dans quelques villes seulement en France, Finlande, Luxembourg, Portugal et Espagne.

Un travail de rue est pratiqué dans les 15 pays sans exceptions, mais à des échelles diverses. Il se pratique en plus un travail en institutions dans 10 pays (sauf au Danemark, en Italie, en Finlande, au Luxembourg et en Espagne, ni dans la communauté belge flamande). Le travail au domicile des usagers ne se rencontre qu'en Grande-Bretagne et au Danemark.

Pour la majorité des quinze pays, le travail de proximité cible les usagers des drogues classiques, sauf la Finlande où les usagers des nouvelles drogues sont la population cible. Et un certain nombre de pays s'intéressent à ces deux populations : le Danemark (qui cible principalement les usagers des nouvelles drogues), la Grande-Bretagne, l'Autriche, l'Irlande, la Norvège, l'Italie et la France (où il y a quelques expériences).

Le travail de proximité est orienté vers le sida dans onze des pays de l'enquête, à l'exception du Danemark, de l'Allemagne, de la Finlande et du Luxembourg. Il est également orienté vers la réduction des risques dans dix pays (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Autriche, Irlande, Norvège, Italie, Belgique, France et Luxembourg). Enfin, il est orienté vers la réduction de la demande en Allemagne et en Autriche, ainsi que, pour les usagers des nouvelles drogues, en Grande-Bretagne, au Danemark, en Norvège, en Finlande et en Italie.

### FRÉQUENCE DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ

GROUPES CIBLES	Usagers des drogues 'classiques'		Usagers des 'nouvelles' drogues	
	Orienté sur le sida	Sur la réduction des risques	Sur la réduction de la demande	Sur la réduction des risques
<b>Allemagne</b>	rarement	régulièrement	rarement	rarement
<b>Autriche</b>	régulièrement	régulièrement	rarement	rarement
<b>Belgique</b>	régulièrement	régulièrement	rarement	rarement
<b>Danemark</b>	rarement	rarement	régulièrement	Pas contactés
<b>Espagne</b>	régulièrement	rarement	rarement	rarement
<b>Finlande</b>	Pas contactés	Pas contactés	rarement	Pas contactés
<b>France</b>	régulièrement	rarement	rarement	rarement
<b>Grande-Bretagne</b>	régulièrement	régulièrement	régulièrement	régulièrement
<b>Grèce</b>	rarement	rarement	Pas contactés	Pas contactés
<b>Irlande</b>	régulièrement	rarement	Pas contactés	rarement
<b>Italie</b>	régulièrement	régulièrement	rarement	rarement
<b>Luxembourg</b>	régulièrement	régulièrement	rarement	rarement
<b>Norvège</b>	régulièrement	régulièrement	régulièrement	rarement
<b>Pays-Bas</b>	régulièrement	régulièrement	rarement	rarement
<b>Portugal</b>	régulièrement	rarement	rarement	rarement
<b>Suède</b>	pas d'information disponible			

Nous sommes loin d'avoir présenté ici tous les aspects évoqués dans l'ouvrage cité en introduction, qui développe notamment le contexte organisationnel du travail de proximité, le rôle de la recherche, et en particulier la recherche action, les questions de terminologie, la question de l'évaluation, de la collecte des données et de la documentation. Il y est également présenté un bilan de la situation du travail de proximité dans chaque pays, avec un exemple d'une pratique intéressante de cette forme de travail dans ce pays, et enfin une bibliographie.