

Le travail de proximité auprès des usagers de drogues : comparaisons européennes

Chantal Mougin, CNRS-CESAMES

Un projet de recherche financé par l'Observatoire Européen des Drogues et de la Toxicomanie (OEDT/EMCDDA) est à l'origine de cet article qui reprend les données publiées alors (Korf *et al.*, 1999). Elles rassemblent une revue de la littérature sur le travail de proximité et des informations collectées dans presque tous les Etats membres de l'Union Européenne ainsi qu'en Norvège. Ces résultats sont ici complétés par les données publiées en 2003 par le Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). L'ensemble de ces documents permet d'avoir un regard élargi à l'échelle européenne sur une pratique encore mal connue et, nous le verrons, peu reconnue.

Le travail de proximité étant une pratique dynamique qui évolue dans le temps, dans la perception des problèmes, dans les contextes sociaux et dans les moyens professionnels, politiques et publics de les traiter, observer les politiques de drogue en Europe a nécessité une définition commune préalable du concept de travail de proximité ainsi qu'une reconnaissance des similitudes et des différences dans la pratique et la théorie des Etats membres et entre eux.

Une recherche de définition

Nous sommes partis de la définition proposée par Hartnoll *et al.* (1990), qui définit le travail de proximité comme « *une activité qui vise à entrer en contact avec des personnes ou des groupes issus de populations particulièrement ciblées, qui ne sont pas efficacement contactés ou atteints par les services existants ou par les circuits traditionnels d'éducation pour la santé* ». Les populations ciblées par le travail de proximité sont 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, en présupposant qu'entrer en contact avec ces populations difficiles à atteindre permettrait de résoudre certaines de leurs difficultés. Ces populations ne demandent pas directement le contact, sauf s'il est fait de manière compatible avec leurs modes de vie (Rhodes *et al.*, 1991).

Une caractéristique spécifique du travail de proximité est que les intervenants 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, parfois à leur domicile ou dans des institutions sanitaires ou carcérales.

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 (Jacob, 1997).

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 (Stimson *et al.*, 1994 ; Rhodes, 1994). Cette diversité est

aussi la caractéristique du travail de proximité et explique pourquoi il n'est pas simple de l'identifier ou de le définir.

Enfin cette définition correspond surtout au travail développé en direction des usagers des drogues dites 'classiques' comme l'héroïne et la cocaïne. Elle n'est pas adaptée pour qualifier les formes plus récentes du travail de proximité dirigé vers les usagers des drogues de synthèse. Au regard des informations recueillies sur les diverses formes de travail de proximité dans les différents pays de l'Union Européenne, la définition suivante 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.

Un métier ?

Les intervenants qui font du travail de proximité sont des professionnels, des 'pairs' (anciens ou actuels usagers de drogues ou issus des milieux de la drogue) ou des bénévoles. Etant donné la professionnalisation croissante du travail de proximité, l'engagement de pairs et de bénévoles est essentiel pour garder le contact avec les groupes ciblés. Il est cependant souvent controversé, pas tant en théorie qu'en pratique. Des désaccords émergent sur la validité méthodologique, la légalité et la position des intervenants vis à vis de l'organisation. Ces conflits se produisent davantage dans le contexte des drogues 'classiques' que pour les 'nouvelles' drogues de synthèse, en partie à cause des caractéristiques différentes de leurs groupes cibles. La composition des équipes de proximité et le degré d'engagement des intervenants issus du terrain et des bénévoles varient d'un pays à l'autre selon le statut du travail de proximité dans ces pays ou selon des considérations pragmatiques. En Italie par exemple, où le travail de proximité n'est pas une initiative professionnelle, les intervenants sont souvent autodidactes et nombreux sont les anciens ou actuels usagers de drogues.

Pour ce qui est des 'nouvelles' drogues, l'approche par les pairs semble la plus appropriée. Dans certains pays se développe un point de vue selon lequel il peut être plus efficace, pour la prévention des drogues et la réduction de la demande, de former des intervenants auprès des jeunes, en intégrant ces thèmes dans l'ensemble de leur travail qui demande un grand nombre d'autres compétences.

Le travail de proximité est une activité difficile par définition : il s'agit de travailler sur la scène publique (donc non protégé par une institution ou par les murs d'un local...), de contacter des personnes qui souhaitent en général rester cachées, étant donné le caractère illicite de leurs pratiques, et de s'adapter aux besoins de ces personnes en étant apte à parler leur langage. Ce travail se fait dans un contexte le plus souvent informel, qui définit encore assez mal les tâches demandées, et qui les reconnaît mal également. La formation et les moyens accordés pour ces tâches sont insuffisants. C'est un travail qui demande des horaires flexibles, une disponibilité quasi constante et sur du long terme. Il est demandé d'être fiable, souple, accessible, respectueux des personnes. Les intervenants seront testés sur le terrain et peuvent s'attendre à traverser des situations inattendues et périlleuses, sans pour autant être garantis du soutien des organismes de tutelle.

Les populations vers lesquelles ils sont appelés à travailler peuvent sembler illimitées : tous ceux qui sont sans travail ou en situation de décrochage scolaire, ceux qui n'ont pas

d'activités de loisirs, pas de projets d'avenir, pas de soutien familial, ceux qui ont commencé à fumer ou boire ou fréquentent des personnes à risque, ceux qui sont exclus...

Les problèmes les plus récurrents des projets de proximité concernent l'isolement des intervenants, les difficultés de relations avec les organismes de tutelle, un sur-engagement envers les clients, des désaccords sur la méthodologie et les objectifs, le chevauchement avec les activités d'autres services et l'absence de possibilités de carrière.

Les résultats de l'étude qui est à la source de cet article montrent clairement que les intervenants de proximité ressentent un grand besoin d'être formés et informés, d'un forum d'échange d'expériences. Ce besoin concerne les méthodes de travail, les directives, les méthodes de collecte de données, la formation et la coopération entre les différents types d'intervenants et de services, ce qui est sans doute plus important que le besoin d'informations factuelles. Une évaluation systématique des projets de proximité en est encore à ses premières étapes dans la plupart des pays, mais pas seulement à cause d'un manque d'intérêt ou de compétence. Cela vient aussi de la nature particulière du travail de proximité, ses relations avec les autres services, ses ressources inadaptées et les contextes politiques et sociaux dans lesquels il doit évoluer.

Des objectifs ciblés

Etant donné les nombreuses différences observées entre les pays, concernant à la fois l'histoire et la mise en oeuvre du travail de proximité, les informations qui ont été reçues sont variables dans leur nature et leur portée. Dans l'ensemble, le travail de proximité auprès des usagers de drogues au niveau national en Europe s'est développé en réponse à des difficultés croissantes pour prendre en charge les problèmes des usagers de drogue. Il vise à repérer et prévenir ces problèmes, obtenir une image précise des groupes à risque, les contacter et identifier les besoins des usagers de drogues pour y répondre de façon appropriée, ce qui revient à identifier les populations cachées et prendre contact avec elles, établir des liens de confiance, suivre de près et sur le long terme les difficultés rencontrées par ces personnes ; diriger ces personnes vers les services de soins existants ; mettre en place des initiatives visant la prévention et la réduction de la demande ; développer la réduction des risques et des dommages dus à l'usage de drogues et aux relations sexuelles à risque.

Les populations visées par le travail de proximité sont les personnes ou les groupes dont les difficultés s'accumulent au point que leurs ressources sociales ou mentales sont menacées, qui sont hors d'atteinte des services existants ou s'ils sont en contact avec ces services, qui ont besoin d'une aide supplémentaire pour s'en sortir .

Un autre objectif, rencontré dans la politique nationale de seulement quelques uns des Etats membres (Grèce, Norvège, Pays-Bas), consiste à identifier les besoins et les perceptions des usagers de drogues à l'égard des services de soins existants, et de retransmettre cette information à ces services. Ce nouvel aspect du travail de proximité peut renforcer considérablement l'efficacité et la cohérence de ces services.

Concernant le travail de proximité auprès des usagers des drogues 'classiques', le débat s'est centré autour de deux questions : est-il plus efficace de contacter les populations cachées pour tenter d'améliorer leur accès aux centres de traitement existants et aux services de soins ? Ou bien vaut-il mieux les contacter dans le but de développer l'éducation à la santé, la prévention et même des services de traitement dans leurs réseaux communautaires, à l'intérieur de leur environnement social et des quartiers fréquentés par les usagers injecteurs, là où se situent la prise de drogues et les comportements à risques (Rhodes et al., 1991) ?

Si le travail de proximité s'est dirigé principalement vers les usagers des drogues 'classiques', à partir du milieu des années 80, les activités de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues de synthèse se sont ensuite développées, mettant l'accent sur la réduction de la demande. Ce ne sont pas tant les objectifs des interventions de proximité qui diffèrent, mais les caractéristiques du groupe cible et des lieux de consommation, ce qui implique des méthodes de travail radicalement différentes. En comparaison des efforts menés auprès des usagers des drogues 'classiques', le travail de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues en était encore à ses premiers pas au moment de l'enquête, puis s'est développé plus spécifiquement en direction des milieux festifs. C'est en Grande-Bretagne que les initiatives de proximité auprès des usagers des 'nouvelles' drogues, dans une perspective de réduction de la demande, sont les plus nombreuses. Ces initiatives ont servi de modèle qui a été reproduit par la suite dans la plupart des pays de l'Union Européenne (Svensson, Husebye, 2003). Elles semblent être plus fréquentes dans les pays du nord que dans le reste de l'Europe.

Un des aspects les plus insolubles du changement de comportement, en réponse au travail mené en direction des deux types d'usagers, est la prévention des relations sexuelles à risques. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que les comportements sexuels débordent les limites des groupes cibles. Dans la population générale, la promotion de gestes de sécurité dans les relations sexuelles, même si elle n'est pas facile, représente toujours un besoin urgent.

Quatre modèles en Europe aujourd'hui

Une des difficultés de l'enquête a tenu au fait que les activités de proximité se font dans le cadre d'associations de taille variable : elles peuvent être au centre d'un projet, être l'une des activités d'un organisme aux services variés, ou une partie intégrante d'un service plus spécifique comme un service à bas seuil. Si l'inventaire des services de proximité existants est une tâche qui reste à faire, l'enquête faite par l'OEDT permet de dégager quatre modèles de travail de proximité :

Le travail auprès des jeunes, qui a commencé à se mettre en place dès les années 60 pour favoriser leur intégration sociale et empêcher leur marginalisation. Il s'agit essentiellement d'un travail de rue, à l'origine auprès des jeunes délinquants (Hazekamp, 1976 ; Gilman, 1992 ; Fontana, 1997).

La recherche de clients est un modèle qui prend ses racines dans les communautés thérapeutiques du début des années 70. L'objectif premier est d'attirer les usagers de drogues vers des programmes de soin qui pratiquent le sevrage et se font en milieu interne. Le but recherché est l'abstinence, suivie d'une réintégration sociale. Ce modèle caractérise davantage les pays du nord de l'Europe (Norvège, Suède) ainsi que la Grèce, l'Italie et la Grande-Bretagne.

L'autosupport est issu des usagers de drogues eux-mêmes, pour faire face plus activement au problème des drogues, ce qui implique de partir d'un consensus qui reconnaît l'existence des drogues en tant que réalité sociale. L'action s'appuie ici davantage sur la perception des intérêts du groupe que de ceux des personnes.

Le modèle de santé publique s'est construit à partir du modèle de l'autosupport, mais il accorde un rôle plus important aux interventions des professionnels. Ce modèle apparaît dans la seconde moitié des années 80, notamment sous l'influence du sida. Son but premier est la réduction des dommages par la prévention des risques dus à l'usage de drogues et aux relations sexuelles à risque. Par la suite, le travail de proximité selon le modèle de santé

publique s'est aussi pratiqué auprès des usagers des drogues de synthèse, avec une plus grande intervention des pairs.

Ces quatre modèles peuvent tous être reconnus par les intervenants de proximité, même si dans la pratique beaucoup de projets ont les caractéristiques de plusieurs modèles à la fois et si peu d'entre eux correspondent parfaitement à l'un des quatre types. Chronologiquement, ces modèles sont apparus l'un après l'autre. Cela ne signifie cependant pas que tous les modèles ont été mis en œuvre dans chaque pays de l'Union Européenne, ni que le modèle le plus récent – le modèle de santé publique - prédomine actuellement dans tous les pays ou soit forcément supérieur à ceux qui ont été mis en œuvre auparavant. Les quatre modèles ont manifestement chacun leurs qualités et correspondent à des groupes cibles et des terrains particuliers. Dans les pays qui ont une tradition plus ancienne de travail de proximité, les premières expériences ont suivi le modèle du travail auprès des jeunes, parfois avec des usagers de drogues à problème comme groupe cible spécifique, mais le plus souvent en visant d'une façon plus générale les jeunes des groupes socialement déshérités. Le travail de proximité qui cible les usagers de drogues en tant que tels suit rarement aujourd'hui le modèle du travail auprès des jeunes, mais on le pratique encore couramment, en particulier dans les pays du nord, auprès des jeunes qui ont des expériences de drogues. Le modèle de la recherche de clients n'est plus pratiqué couramment, même s'il est relativement plus répandu dans les pays du nord. Le modèle de l'autosupport s'est développé surtout aux Pays-Bas où on le trouve encore, ainsi qu'en Grande-Bretagne.

Le modèle de santé publique est l'un des plus largement pratiqué aujourd'hui, mais il est moins courant en Scandinavie et dans le sud de l'Europe. C'est en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne qu'il est le plus fortement implanté, et il se développe de façon croissante dans les pays du sud de l'Europe.

Un travail en réseau

Les relations des services de proximité avec l'extérieur, que ce soit les autres services concernés par les drogues ou le cadre institutionnel plus large, sont d'une importance capitale. Beaucoup d'activités de proximité efficaces pour la promotion de gestes de santé dans la consommation des drogues pourraient être mises en place, mais si les usagers de drogues se trouvent alors face à une foule d'obstacles pour mettre en pratique les nouvelles techniques (comme l'absence de seringues propres ou de méthadone disponible, ou la présence de contraintes juridiques), le travail de proximité est condamné à l'échec dès le départ.

Travailler en réseau et en partenariat est donc essentiel, mais non sans difficultés pratiques. Les ressources rares, les différences ou les divergences d'objectifs et de contextes professionnels et culturels sont autant d'entraves à un travail en réseau efficace. Ce genre de difficultés ne se produit pas seulement dans le travail de proximité mais également dans l'ensemble du domaine des toxicomanies.

Le rôle des politiques nationales

D'une façon générale, le développement des activités de proximité a été 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 (Moerkerk & Aggleton, 1990), 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 (Stimson *et al.*, 1994), c'est seulement à la fin des années 90 qu'il trouve peu à peu sa place dans le domaine des drogues dans la plupart des pays de l'Europe de l'ouest.

Le travail de proximité occupe une place significative dans les politiques nationales contre les drogues dans la plupart des pays de l'Union Européenne, bien que les pays du sud-ouest en soient à une étape plus développée. La plupart des Etats membres ont défini des objectifs nationaux pour une forme ou une autre de travail de proximité, même si les documents de la politique nationale contre les drogues n'y font pas toujours référence. La diffusion du travail de proximité parmi les usagers de drogues est plus importante dans la partie nord-ouest de l'Europe, et plus faible dans les pays du sud. Selon les pays, les modes de financement du travail de proximité sont très variés et peuvent fonctionner en concurrence. Les deux approches les plus courantes sont le financement direct de l'État ou de la ville.

Un regard sur l'ensemble des pays fait ressortir à la fois les similitudes et les différences dans les politiques et les pratiques nationales et dans la terminologie. Une des difficultés majeures pointée lors de l'enquête est que, dans la plupart des pays, le terme même de 'travail de proximité' ou 'outreachwork' était alors rarement connu – et encore moins utilisé – dans le milieu qui le pratique. En dehors de la Grande-Bretagne, on utilise des expressions telles que 'travail de rue'.

Les projets de travail de proximité présentent leurs objectifs et leurs activités différemment, selon le public auquel ils s'adressent. Les rapports officiels sont généralement destinés à des organismes qui pourraient les subventionner, des décideurs politiques ou bien l'organisme dont le projet fait partie. C'est une pratique courante, pour la plupart des projets de proximité, de rassembler au moins quelques données de base sur leurs activités propres et sur leurs groupes cibles, bien qu'il n'existe que très peu de directives normalisées dans ce domaine, même au niveau local ou régional, et encore moins au niveau national ou européen. De plus, aux yeux de bien des intervenants, ce genre de collecte de données quantitatives est loin d'être perçu positivement.

Le besoin d'évaluation – que ce soit celui de la structure, du travail lui-même ou de ses résultats - est largement reconnu, à la fois dans les projets locaux de proximité et au niveau régional, national et européen. L'évaluation du travail semble être la plus pratiquée, mais l'évaluation des projets de proximité est encore rare dans beaucoup de pays. Les moyens de collecte de données et d'évaluation sont le plus souvent élaborés en fonction des demandes et destinés à des projets spécifiques, rendant la comparaison de différents projets très difficile à l'échelon national ou européen.

Le travail de proximité a du se glisser dans des espaces qui sont déjà en partie occupés par des institutions plus anciennes qui ont une histoire institutionnelle déterminée par des habitudes professionnelles d'intervention réglées par des textes plus ou moins formalisés. Ce sont les instances judiciaires, celles du social et de la santé, qui ont d'autres logiques d'intervention.

De plus, le contexte actuel dans lequel se développe le travail de proximité diffère tout à fait de celui des années 80. Les activités de proximité se professionnalisent, ce qui peut changer la nature de la relation qui s'établit entre l'intervenant et l'utilisateur de drogues.

Si la pratique du travail de proximité a évolué d'une façon considérable dans le temps, pour ce qui est des objectifs définis, des groupes cibles et des acteurs investis, il existe une tradition plus ancienne aux Etats-Unis qu'en Europe. Les Pays-Bas et la Grande-Bretagne ont, en moins de trente ans, établi une tradition de proximité spécifiquement adaptée aux usagers de drogues. Un même modèle se retrouve dans la recherche scientifique, avec un glissement

progressif qui part des pauvres en général pour se centrer sur les jeunes les plus démunis, les jeunes de la génération hippie, puis les usagers de drogues au début de l'épidémie du sida. Par la suite, l'intérêt porté aux usagers de ce qu'on appelle les 'nouvelles' drogues dans les raves et les milieux festifs a élargi la portée et les méthodes du travail de proximité – ce modèle présente cependant de nombreuses différences selon les pays, par exemple en ce qui concerne les lieux et la vitesse avec laquelle le travail de proximité a démarré. Enfin on peut constater, à la fois en Europe et aux Etats-Unis, que les interventions de proximité ont été influencées ou initiées par des projets de recherche-action.

Dans l'Union Européenne, la plupart des services de proximité sont issus de centres de soins aux usagers de drogues ou d'associations travaillant auprès des jeunes. Dans l'Europe du nord-ouest, ils proviennent souvent de services de soins, alors que dans les pays du sud ils font en général partie des services sociaux locaux. Les recherches, les rapports et les observations qui portent sur les pratiques de proximité montrent que ces services manquent encore des ressources financières, juridiques et humaines nécessaires pour mener à bien leur tâche. De plus, les possibilités de formation appropriées, centrées spécifiquement sur le travail de proximité, sont pratiquement inexistantes en Europe, ce qui entraîne un manque de crédibilité professionnelle et de profils de travail cohérents. Il reste encore également beaucoup à faire pour améliorer les contrats de travail et les possibilités de carrière des intervenants de proximité. L'expérience montre que lorsque les services de santé sont menacés, leurs activités de proximité sont les premières à être abandonnées.

La prévention

Selon les cas, la prévention cherche à atteindre des individus, des groupes ou la société dans son ensemble. Des campagnes nationales s'adressent à l'ensemble de la population (prévention primaire), des initiatives sélectives visent plus spécifiquement des groupes à risque (prévention secondaire) et des initiatives spéciales sont mises en place à l'intention de ceux qui ont déjà une consommation excessive de drogues (prévention tertiaire, visant à réduire les dommages). Les objectifs du travail de proximité sont de rejoindre individuellement les personnes considérées à risque ou ayant des problèmes sociaux et également de travailler au sein de réseaux pour développer l'information et la participation aux démarches locales de prévention mises en place. Cela n'est pas contradictoire avec la nécessité d'une prévention primaire efficace, bien qu'elle ne puisse prétendre atteindre les populations les plus en danger.

C'est dans la prévention secondaire que le travail de proximité prend sa source. Elle vise à la fois les jeunes à risque et d'autres qui sont moins en difficulté. Un grand nombre d'intervenants de proximité travaillent au contact de ces deux types de population. Plus tôt intervient le travail de prévention, plus il est difficile de discerner les zones à risque vers lesquelles diriger la prévention. D'un autre côté, plus on intervient vers des populations précarisées, et plus il est difficile de modifier les comportements.

Le travail de proximité recouvre donc en partie le travail de prévention à tous les niveaux. Sa fonction est de dévoiler les groupes à risque. Il intervient à la charnière de la prévention primaire d'un côté, et des services de traitement et de réduction des dommages, d'un autre.

Aujourd'hui, en ce qui concerne les nouvelles drogues, ce n'est pas seulement dans la rue mais aussi par le biais de sites internet et par les téléphones mobiles qu'on essaie aussi

d'atteindre les milieux festifs à qui s'adressent les messages de prévention, en portant davantage l'effort sur la prévention primaire.

Les nouveaux modes de consommation

L'évolution vers de nouveaux modes de consommation, déjà amorcée lors de l'enquête, n'a cessé de se développer dans toute l'Europe, avec une tendance à la polyconsommation et aux consommations festives. Les statistiques montrent que la consommation de substances illicites chez les jeunes s'est considérablement développée dans les années 90, ainsi que le nombre de ceux qui les ont essayées. C'est particulièrement vrai pour le cannabis, les amphétamines et l'ecstasy.

Les substances illicites sont sorties de groupes plus ou moins fermés qui les ont introduites, pour concerner aujourd'hui l'ensemble des jeunes pour lesquels elles sont de plus en plus considérées comme une expérience « normale » et banale.

Les cultures techno, house et hip-hop gagnent une population croissante et se commercialisent, introduisant ecstasy, ghb, poppers, 2cb, kétamine... Avec les amphétamines, la cocaïne et le LSD, l'ensemble de ces substances se regroupe sous le nom générique des drogues « récréatives ». Les intervenants de proximité travaillent au cœur des rencontres festives, avec des slogans comme celui-ci : « Arrêtez les drogues, pas la musique ». Ils essaient de promouvoir d'autres normes de comportement dans ces milieux au sein desquels circulent les drogues de synthèse, de dissuader les jeunes de commencer à les consommer, de motiver et d'impliquer les jeunes dans les efforts de prévention, d'informer les parents et les professionnels sur ces drogues spécifiques, de suivre l'évolution des modes de consommation, de réduire les risques et les dommages. Leurs efforts se portent aussi vers la régulation de l'usage de drogues, pour proposer dans les raves et les boîtes de nuit des espaces de repos avec distribution d'eau et de fruits. La consigne n'est pas seulement « stop aux drogues », mais aussi « consommez à moindres risques ». Ils diffusent des tracts d'informations à ce sujet dans les raves, les boîtes et les soirées house et hip-hop.

Ce style d'interventions s'est répandu dans plusieurs pays européens, à la suite des associations anglaises qui ont été pionnières dans ce domaine. La méthodologie de cette approche est différente, impliquant la participation de jeunes bénévoles qui ont une meilleure connaissance des pratiques de ces nouvelles cultures. Intervenants de proximité et bénévoles travaillent côte à côte dans ces milieux, mais aussi parfois en direction de groupes de skate boarders ou de divers groupes ethniques ou autres sous-cultures. Les principes de cette nouvelle forme de travail de proximité passent par les contacts de jeunes à jeunes, la coopération avec les usagers et l'utilisation des ressources existantes ; il s'agit de rendre les jeunes actifs et plus conscients des risques, en leur proposant d'autres rôles que ceux de consommateurs. Ils sont considérés comme experts de leur mode de vie. L'accent est mis sur le travail en groupes, en tenant compte de l'influence que les jeunes peuvent avoir les uns sur les autres. Les informations circulent de plus en plus par e-mails. Il faut répondre aux questions que les jeunes se posent sur les drogues. Ce travail doit également se faire en lien avec tous les autres professionnels concernés.

Les adolescents rencontrés il y a encore quelques années vivaient dans des espaces géographiques déterminés. Ils appartenaient à des quartiers ou à des sous-groupes facilement repérables par les éducateurs de rue. Cette visibilité n'est plus le cadre dans lequel le travail de proximité fonctionne aujourd'hui. Les jeunes se regroupent à partir de messages transmis sur internet ou par SMS. Les suivre et les rejoindre est moins évident et demande d'autres stratégies de travail. Cette évolution est actuellement commune à toute l'Europe et les

intervenants de proximité doivent utiliser eux aussi les téléphones portables et internet pour rejoindre les groupes cibles. Ils ont créés des sites à cette intention, avec des espaces d'échanges anonymes entre jeunes, la possibilité de poser des questions et de s'informer des services existants. C'est aujourd'hui un moyen incontournable d'entrer en contact avec les jeunes et de diffuser les messages de prévention, ce qui n'exclut pas la présence dans les cités et les quartiers à risque. Mais le nombre de personnes touchées par ces nouveaux moyens de communication est sans commune mesure, même si l'évaluation du travail est moins évidente.

Il semble qu'en Europe, les amphétamines sont largement consommées par les jeunes dans les bars, les boîtes de nuit et les soirées. La consommation d'ecstasy et de Rohypnol est assez courante. On rapporte une consommation élevée de médicaments psychotropes prescrits en Scandinavie, chez les jeunes. Les campagnes publicitaires sur les « pilules du bonheur » ont porté leurs fruits, avec un message implicite les présentant comme un moyen de résoudre les problèmes. Suivre les tendances émergentes des modes de vie et des consommations est une des fonctions du travail de proximité qui doit être présent tant dans les réseaux de contact sur internet que dans les regroupements festifs.

Une des difficultés actuelle est la diversité de publics contactés par les intervenants de proximité qui rencontrent des usagers de drogues et d'autres qui ne consomment pas. La prévention passe aussi par une collaboration avec les établissements scolaires, les services sanitaires et sociaux, les agences pour l'emploi, les employeurs et la police, pour repérer le moment où les jeunes passent d'une drogue expérimentée à un abus de consommation.

Les temps changent

Parmi les changements repérés ces dernières années, il faut aussi compter le taux de chômage croissant, une demande accrue de performances scolaires, des familles de plus en plus éclatées, la formation de groupes racistes, une libéralisation de la répression à l'égard des drogues dites douces, un choix de substances addictives plus large, une montée de phénomènes pathologiques (boulimie, anorexie, dépression, suicides, troubles mentaux...) et de consommations de médicaments psychotropes prescrits, la mode des lolitas, diffusée par les medias et suggérant aux petites filles de ressembler à des mannequins (Svensson, Husebye et al., 2003).

C'est donc à un monde perpétuellement en mouvement que le travail de proximité doit s'adapter, repérant les nouveaux dangers, les groupes concernés, élaborant les modes de contact les plus adaptés à ces groupes.

Étant donnée la nature spécifique du travail de proximité et les profondes divergences dans les pratiques actuelles, les besoins les plus urgents des projets de proximité sont dans les progrès dans la pratique du travail de proximité. Il serait surtout nécessaire d'élaborer des normes et des méthodes de travail, de mettre en place des possibilités de formation, de renforcer les relations de travail entre les organismes et de développer des méthodes pour le recrutement des pairs et des bénévoles. Le paradoxe est que si les intervenants de proximité sont experts dans la communication avec des personnes en difficultés, ils ne savent pas appliquer ce savoir-faire à eux-mêmes en créant et maintenant des relations entre eux pour se partager leurs expériences et leurs difficultés et trouver ensemble les moyens de les résoudre.

Bibliographie

- Fontana, T. (1997) 'Ach wie gut... dass es bald eine BAG Street-work/Mobile Jugendarbeit in Deutschland gibt', *Streetcorner*, 10 (2), 19-21.
- Gilman, M. (1992) *Outreach - drugs work* (Londres : Institute for the Study of Drug Dependence).
- 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)
- Hazekamp, J.L. (1976) 'Streetcorner-work : een plaatsbepaling', *Jeugd en Samenleving*, 6, 503-18.
- Jacob, E. (1997) 'Les structures à 'bas seuil', nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion a minima des 'populations à risques' ?', *Revue Prévenir*, 32 (1), 103-13.
- Korf, D.J., H. Riper, M. Freeman, R. Lewis, I. Grant, E. Jacob, C. Mougin, M. Nilson, *Outreach work among drug users in Europe*. EMCDDA, June 1999, Insights, 2. Traduction en français, C. Mougin, 2000.
- Moerkerk, H., Aggleton, P. (1990) 'AIDS prevention strategies in Europe : a comparison and critical analysis', in Aggleton, P., Davies, P., Hart, G. (eds) *AIDS : Individual, cultural and policy dimensions* (Bristol : Taylor and Francis).
- Rhodes, T. (1994) 'HIV outreach, peer education and community change : Developments and dilemmas', *Health education journal*, 53 (1), 92-99.
- Rhodes, T., Hartnoll, R.L., Johnson, A.M. (1991) *Out of the Agency and onto the Streets : A Review of HIV Outreach Health Education in Europe and in the United States* (Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, Research Monograph 2).
- Stimson, V., Eaton, G., Rhodes, T., Power, R. (1994) 'Potential development of community-oriented HIV outreach among drug injectors in th UK', *Addiction*, 89 (12), 1601-1611.
- Svensson, N.P., T. Husebye et al., *Outreach Work with young people, young drug users and young people at risk, Emphasis on secondary prevention*, Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, Conférence ministérielle, Dublin, 16-17 octobre 2003.