



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études  
en administration publique

Kim Carrasco

**Gouvernance de la politique drogue dans  
les villes suisses**

**Working paper de l'IDHEAP 8/2016**  
Unité Administration suisse et politiques institutionnelles



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique  
Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP)  
Unité Administration suisse et politique institutionnelle

*Mémoire de Master of Advanced Studies (MAS) en administration publique*

# **Gouvernance de la politique drogue dans les villes suisses**

Kim Carrasco

Working paper 8/2016

Unité Administration suisse et politiques institutionnelles

Composition du jury

Rapporteur : Prof. Andreas Ladner, IDHEAP, UNIL

Co-rapporteur : Prof. Giuliano Bonoli, IDHEAP, UNIL

Expert : M. Oscar Tosato, conseiller municipal, Ville de Lausanne

Juin 2016

Le texte intégral est disponible en ligne sur le dépôt institutionnel de l'UNIL : <https://serval.unil.ch/>



## Résumé

La loi fédérale suisse sur les stupéfiants (LStup) confère aux cantons la responsabilité de mettre en œuvre les mesures relatives au modèle des quatre piliers de lutte contre les addictions : la prévention, la thérapie et l'insertion, la réduction des risques et l'aide à la survie, ainsi que la répression. Les villes sont concernées au premier titre par les mesures en matière de drogue déployées sur leur territoire, en particulier de celles relatives à la réduction des risques. Les acteurs concernés par les différents piliers ainsi que les deux niveaux institutionnels des villes et des cantons posent ainsi la question du pilotage des prestations.

Le concept de gouvernance offre un cadre d'analyse permettant de comprendre comment les différentes autorités publiques ont organisé leur dispositif. La perspective historique montre ainsi que les autorités ont été amenées à intervenir pour faire face à des situations dramatiques comme les scènes ouvertes en Suisse-allemande. Les dispositifs sont aujourd'hui relativement similaires, mis à part pour les questions de réduction des risques. On peut observer d'ailleurs un éclatement de ce concept entre différentes offres d'aide à la survie pour les populations précaires de façon générale, ainsi que de la recherche de compatibilité urbaine. Il s'agit ainsi de s'assurer que les personnes en difficulté bénéficient d'une aide adéquate tout en maintenant les nuisances potentielles liées aux mesures à un niveau infime pour la population. Différents modes de pilotage ont été déterminés en dégageant des instances de pilotage stratégique et opérationnel et ont montré le rôle important des délégués des villes en matière de drogue. Une fonction d'autant plus importante que le problème est aigu.

## Table des matières

|   |     |
|---|-----|
| Résumé.....   | II  |
| Table des matières.....   | III |
| Avant-propos.....   | IV  |
| 1. Introduction.....  | 1   |
| 2. Contexte : la politique suisse en matière de drogue .....                                | 3   |
| 2.1 Historique .....  | 3   |
| 2.2 La politique suisse des quatre piliers contre les problèmes de drogue.....              | 6   |
| 2.3 La responsabilité des cantons et des villes .....                                       | 7   |
| 2.4 Problèmes posés par la consommation de drogue .....                                     | 9   |
| 2.4.1 Indicateurs sur l'usage de drogue .....   | 9   |
| 2.4.2 Coûts de la politique en matière de drogues .....                                     | 10  |
| 3. Objectifs .....  | 12  |
| 4. Eléments théoriques.....   | 13  |
| 4.1 Le concept théorique de la gouvernance .....  | 13  |
| 4.2 Les champs de tension spécifiques aux politiques en matière de drogue .....             | 14  |
| 4.3 La compatibilité urbaine comme objectif supérieur des villes en matière de drogue.....  | 16  |
| 5. Méthodologie.....  | 18  |
| 5.1 Approche exploratoire par comparaison de différents cas.....                            | 18  |
| 5.2 Questions de recherche.....   | 18  |
| 5.3 Sources d'information .....   | 18  |
| 5.4 Traitement des informations.....  | 19  |
| 5.5 Présentation des résultats .....  | 21  |
| 6. Perspective historique : la construction de la politique drogue.....                     | 22  |
| 7. Perspective structurelle : le dispositif actuel .....                                    | 29  |
| 8. Perspective nodale : les modes de pilotages.....   | 39  |
| 9. Analyse .....  | 49  |
| 9.1 L'apport de la perspective historique.....  | 49  |
| 9.2 L'apport de la perspective structurelle.....  | 51  |
| 9.3 L'apport de la perspective nodale .....   | 53  |
| 9.4 La gouvernance comme management administratif ?.....                                    | 55  |
| 9.5 La compatibilité urbaine comme spécificité de la politique drogue dans les villes ..... | 56  |
| 10. Conclusion .....  | 59  |
| Bibliographie .....   | 62  |
| Ouvrages généraux.....  | 62  |
| Littérature grise .....   | 64  |
| Annexes .....   | 64  |

## Avant-propos

Ce travail de mémoire a été réalisé dans le cadre du mastère en administration publique (MAP) de l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) de l'Université de Lausanne (UNIL). J'ai choisi de traiter le sujet de la politique en matière de drogue dans cette recherche exploratoire, car je travaille dans le domaine sur le canton de Vaud, en tant que collaborateur scientifique à Rel'ier (Fondation Le Relais). Cette structure participe au renforcement du réseau des professionnels intervenant dans le champ des addictions par des actions de coordination et de mise sur pied de projets collectifs. Les partenaires sont multiples, entre professionnels des domaines social et médical, les représentants des administrations publiques communales, régionales et cantonales, ainsi que les autorités politiques. La mission générale de Rel'ier est de faciliter la mise en œuvre de la politique en matière d'addictions entre les différents champs professionnels et niveaux institutionnels. Ce mémoire est ainsi intimement lié à des questionnements découlant de ma mission et se veut une contribution à la réflexion sur les difficultés et les plus-values de la fonction charnière jouée par ma structure professionnelle.

Cette démarche de recherche m'a permis d'élargir mes connaissances et ma réflexion sur les interventions en matière de drogue en dépassant le contexte vaudois dans lequel je suis impliqué. Cela m'a amené à mieux comprendre le développement et le fonctionnement de la politique drogue en Suisse en profitant de la richesse de la répartition fédéraliste des compétences qui amène une certaine hétérogénéité dans la mise en œuvre des dispositifs. Par un mouvement de retour, cela m'a également amené à développer des éléments de compréhension différents par rapport au contexte vaudois.

Le travail effectué a permis de récolter un nombre considérable d'informations riches en expériences et bonnes pratiques qu'il n'a pas été possible de retranscrire et analyser dans le cadre du mémoire. Ce ne sera pas peine perdue à n'en pas douter, car cette recherche a permis d'attiser ma curiosité sur les politiques drogue et de dégager des pistes et idées pour de futures recherches.

Je tiens enfin à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé et accompagné dans la réalisation de ce travail : les personnes du jury pour leurs conseils avisés, les professionnels des villes et cantons que j'ai interviewés, mes collègues avec qui j'ai pu échanger sur certains enjeux et toutes les autres personnes qui m'ont conseillé ou simplement écouté (voire supporté) dans ce processus.

# 1. Introduction

La consommation de substances psychotropes se retrouve à toutes les époques et dans toutes les cultures sous des formes et avec des substances de prédilection variées. Cette consommation peut prendre des fonctions aussi diverses que l'usage médical (médicaments), de la recherche de plaisir (usage récréatif) ou encore de l'augmentation des performances (dopage). Cependant, l'usage de psychotropes, alcool et tabac compris, occasionne des dommages sanitaires et sociaux importants, et engendre des coûts estimés en Suisse à environ 10 milliards de francs (Jeanrenaud et al., 2005). L'Etat doit par conséquent se donner les moyens d'y faire face.

La Suisse dispose d'une politique nationale de lutte contre les drogues et les addictions, le système dit des quatre piliers : prévention, réduction des risques, thérapie et répression. Développée dans les années 90 pour répondre à la problématique des scènes ouvertes de consommation dans l'espace public et à la catastrophe sanitaire du sida, cette politique a finalement été ancrée dans la loi (LStup) en 2008. Cette approche, considérée comme pionnière au niveau mondial, n'est en réalité innovante qu'en regard d'un seul de ses piliers : la réduction des risques. Jusqu'alors, la politique se résumait aux trois piliers de la prévention, la thérapie et la répression, avec l'abstinence comme paradigme de fond. Avec la réduction des risques, il est reconnu que le seul objectif d'abstinence n'est pas réaliste pour tout le monde et il faut envisager des mesures pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent cesser leur consommation. Auparavant, il était plus facile de s'entendre sur les trois axes de mesures : éviter que des individus ne se mettent à consommer (prévention), offrir une aide sociosanitaire aux usagers dépendants (thérapie) et lutter contre la consommation et le trafic (répression). Or, la réduction des risques va poser un paradoxe délicat : l'État propose pour certaines personnes des mesures ne visant pas l'arrêt de leur comportement nocif au niveau sanitaire et social, et qui plus est illégal. Cette contradiction apparente est représentée jusqu'à la caricature dans l'exemple des espaces de consommation de drogues tels qu'il en existe dans certaines villes suisses-allemandes et à Genève : l'État met à disposition un espace où il est possible de consommer à moindres risques des produits acquis illégalement.

Il est aujourd'hui incontestable que cette approche a rencontré de grands succès. Il n'y a plus de scènes ouvertes, les infections au VIH ont massivement baissé chez les injecteurs de drogue, et il y a eu une forte baisse de la délinquance qui y est liée. Car c'était bien là que l'urgence se trouvait, pour éviter à la fois que des citoyens ne décèdent d'overdose ou du sida, ainsi que pour améliorer le cadre de vie de la population en faisant disparaître ces rassemblements concentrant une petite criminalité importante dans l'espace public.

Dès les années 80, les villes ont joué un rôle de pionnières dans la modernisation de la politique en matière de drogue, conduisant à intégrer le quatrième pilier de réduction des risques avec le souci de pragmatisme et de proximité aux besoins face à une situation jugée insupportable. Les premières initiatives concrètes furent portées par des acteurs locaux, dans les quartiers et les villes, par des habitants excédés et par des professionnels sociosanitaires inquiets. La Confédération a ensuite contribué à son institutionnalisation par un premier paquet de mesures en 1991, légitimant l'action des cantons et leur conférant la responsabilité de la mise en œuvre des mesures (OFSP, 1994). La Confédération ne peut s'appuyer que sur la coordination et l'incitation à l'action : elle se charge avant tout de fournir le cadre des contacts et des actions et non de les mettre en œuvre. Il apparaît ainsi qu'il y a des différences importantes dans la définition et l'implémentation des dispositifs dans les cantons.

Ce sont les villes qui restent pourtant en premier lieu confrontées aux difficultés de la consommation de drogue, celle qui est la plus bruyante, dérangeante et inquiétante par sa visibilité dans l'espace public. Or, bien que les villes se retrouvent au front de la problématique, elles ne disposent que de marges de manœuvre limitées, les tâches étant généralement de compétence cantonale. La question qui se pose alors est comment les

viles font pour mettre en œuvre des mesures en regard des problématiques qui se passent sur leur territoire. En outre, si le phénomène de l'usage de drogue reste avant tout un problème des centres urbains, il se délocalise et devient également un problème des agglomérations et des communes de la périphérie.

La politique drogue ne pose pas que des difficultés de coordination au niveau institutionnel. Le modèle des quatre piliers implique un nombre important d'acteurs professionnels variés avec des buts parfois opposés. Par exemple, la police a le rôle d'interpeller les usagers possédant des substances illicites, alors que les intervenants sociosanitaires celui de leur mettre à disposition des seringues stériles pour la consommation de ces substances. La coordination des champs professionnels est alors indispensable pour permettre la mise en œuvre et l'efficacité des mesures. Et en particulier celles de la réduction des risques qui concernent plus particulièrement les villes par leur expression dans l'espace public et qui visent à la fois à offrir un soutien aux personnes concernées tout en protégeant la population de leurs externalités négatives. Cela nécessite un soutien politique fort ainsi que la détermination d'objectifs communs à tous.

Au vu des spécificités de la politique en matière de drogue, le pilotage classique par un acteur étatique tout-puissant, ne permet pas de remplir les objectifs de l'approche des quatre piliers, tels que fixés par le législateur dans la LStup. Face à une problématique impliquant différents niveaux institutionnels et des acteurs multiples, il s'agit de chercher un nouveau mode de pilotage de l'action publique pour la mettre en œuvre. Cette forme de gouvernance doit permettre d'accroître la collaboration entre les instances étatiques et administratives des différents niveaux institutionnels (communes et canton) ainsi qu'entre les organismes publics et privés concernés.

Quels sont les modes de gouvernance en matière de politique drogue dans les villes suisses ? Comment se sont-elles construites ? Quelles sont les répartitions des tâches entre ville et canton ? Comment les acteurs sont-ils coordonnés ? Telles sont les questions qui serviront de fil rouge pour ce travail.



## 2. Contexte : la politique suisse en matière de drogue

### 2.1 Historique

C'est dans les années 70 que les drogues sont apparues pour la première fois en quantité importante en Suisse, à l'époque de la vague des mouvements sociaux issus de la libération des mœurs de mai 68. Alors que consommer des drogues n'est pas encore punissable<sup>1</sup>, la révision partielle de la loi sur les stupéfiants qui va entrer en vigueur en 1975 va introduire une approche sur la base de trois piliers 'punir, prévenir, guérir' (Boggio et al., 1997). Ce modèle concrétisant le paradigme de l'abstinence va prévaloir pendant une vingtaine d'années. Malgré ce courant prohibitionniste, le nombre des consommateurs d'héroïne va augmenter très nettement jusqu'à atteindre 30'000 personnes selon une estimation des années 90<sup>2</sup>.

À partir des années 80, des 'scènes ouvertes' de la drogue vont apparaître dans les villes suisses-allemandes, notamment à Zurich et à Berne. Des usagers de drogues fortement désinsérés et toujours plus nombreux venant de toute la Suisse consomment leurs produits à la vue de tous dans certaines zones de l'espace public. Le parc du Platzspitz à Zurich, renommé familièrement 'Needle-Park' devient à la stupéfaction des pays voisins l'archétype de la zone de non-droit. Il sera filmé comme tel par CNN au début des années 90. À Berne, les parlementaires croisent alors régulièrement les usagers de drogue sur la terrasse même du Palais Fédéral<sup>3</sup>. La visibilité de la problématique avec ses corollaires, incivilités, deal, prostitution et petite criminalité, va rapidement cristalliser les inquiétudes de la population.

C'est l'arrivée de l'épidémie de VIH-Sida au milieu des années 80 qui va amener une réorientation fondamentale de la politique. Le partage de seringues contaminées va faire exploser les infections chez les consommateurs de drogue contribuant à donner l'impression de catastrophe au phénomène. Face à la dégradation des conditions sociales et de l'état de santé des consommateurs, des professionnels du travail social et de la santé vont alors intervenir de leur propre initiative afin d'amener des premières mesures d'aide directement sur le terrain. Ce sont eux qui vont donner l'impulsion à une politique modernisée afin d'aider les personnes à survivre à leur consommation en leur remettant des seringues propres, des informations pour consommer à moindre risque, ainsi que des soins de base et les premiers traitements de substitution à la méthadone.

Des espaces d'accueil et de consommation de drogue vont ensuite ouvrir dans plusieurs villes suisses-allemandes permettant aux usagers de consommer leurs produits illégaux à moindres risques<sup>4</sup>. C'est ainsi que va naître le principe de la réduction des risques permettant aux usagers de survivre. Cela va contribuer à changer de paradigme en renonçant à l'exigence d'abstinence comme condition préalable à bénéficier de mesures d'aide, les professionnels considérant que le régime de prohibition contribue à la problématique en poussant les usagers à la marginalité. Ces mesures innovantes et pragmatiques ne manqueront pas de susciter au départ scepticisme et critiques de la part des autorités et de la population, considérant cette approche alternative à la prohibition comme douteuse et peu éthique. De fait, il y a aujourd'hui 12 espaces de consommation en Suisse répartis dans 8 villes (Bâle, Berne, Bienne, Genève, Lucerne, Schaffhouse, Soleure et Zurich).

En complément de ces premiers services de santé publique déployés par des professionnels, les autorités vont prendre des mesures d'ordre public afin de diminuer les nuisances sur l'espace public. Les lieux de consommation seront alors clôturés et les usagers chassés permettant ainsi la fermeture des scènes ouvertes<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Les juges pouvaient toutefois invoquer dès 1969 un arrêté fédéral pénalisant l'usage de drogues.

<sup>2</sup> 'Héroïne : faits et chiffres' consulté sur [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch) le 7.10.2014.

<sup>3</sup> [www.ideesuisse.ch](http://www.ideesuisse.ch), chronique Le débat sur la drogue, « Des toxicomanes devant le Palais fédéral » 22.03.1991

<sup>5</sup> Parfois après plusieurs tentatives, comme nous le verrons dans le cas de Zurich.

Ces nouvelles mesures issues des contextes des villes suisses-allemandes vont ainsi amener au début des années 90 une nouvelle approche dans la lutte face à la consommation de drogues, en introduisant le nouveau pilier de la réduction des risques et de l'aide à la survie. Ces initiatives locales sont alors encore peu coordonnées entre elles et parfois mises en œuvre aux limites de la loi ou en opposition aux autorités cantonales. La Confédération va alors s'impliquer pour progressivement construire une politique nationale, apportant un soutien essentiel et stabilisateur aux mesures déployées dans les villes.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) va ainsi charger la sous-commission drogue, fondée en 1980 et composée d'experts des domaines de la santé et de l'ordre publics, de formuler des propositions pour améliorer la stratégie des trois piliers consacrée dans la loi. La commission va ainsi recommander en 1989 les interventions à bas seuil d'accessibilité dans le but de freiner l'épidémie du sida. La même année, un avis de droit commandé par l'OFSP va confirmer la légalité des espaces de consommation (Schultz, 1989).

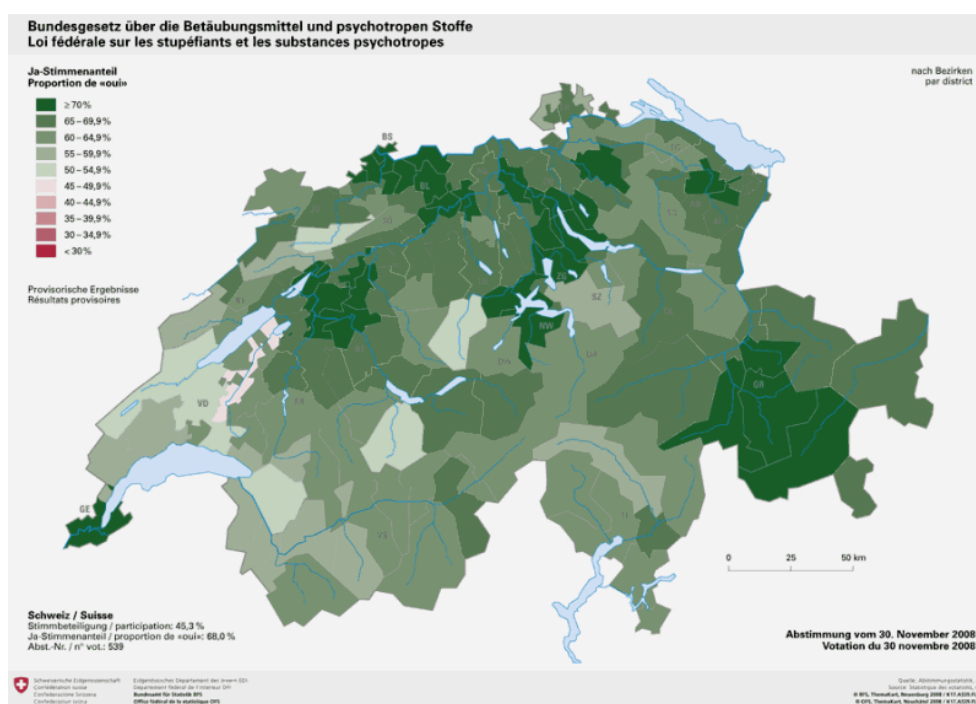
Le Conseil Fédéral va alors décider de renforcer son engagement et entériner la nouvelle approche. La Confédération adopte en 1991 un premier paquet de mesures pour la diminution des problèmes de la drogue, le ProMeDro, dans lequel il donne une orientation claire de mesures réparties sur quatre piliers. Les objectifs de ces programmes sont axés sur l'évitement de la consommation de drogues illégales (prévention), la prise en charge médico-sociale pour sortir de la toxicomanie (traitement), la diminution des infections et l'amélioration des conditions de vie des toxicomanes (réduction des risques et aide à la survie), ainsi que la lutte contre la consommation et le trafic (répression). La même année, le gouvernement va adopter une ordonnance autorisant la prescription médicale d'héroïne. Ce programme consacre pour la première fois au niveau national des mesures sociosanitaires envers les usagers de drogue n'exigeant pas l'abstinence. Ces mesures de réduction des risques « passent ainsi du statut d'objet soutenu officieusement dans le cadre de la stratégie de lutte contre le sida, au statut d'objet soutenu et encouragé officiellement par l'OFSP » (Kübler, 2000, p.93). Le Conseil fédéral entérinera définitivement le modèle dans une prise de position en 1994 en définissant les quatre piliers comme les fondements de sa politique en matière de drogue (Conseil Fédéral, 2001).

La Confédération va ainsi servir d'élément stabilisateur essentiel pour les initiatives en matière de réduction des risques en intervenant au niveau de la coordination, de la recherche et du soutien financier. L'OFSP va fournir des moyens financiers pour encourager la mise en œuvre de mesures de réduction des risques, en mettant sur pied des commissions renforçant l'échange entre les acteurs des cantons et des villes, ainsi qu'en favorisant la recherche scientifique afin de dégager des bonnes pratiques basées sur l'évidence. En effet, l'OFSP a rapidement mis en place un processus d'évaluation continue de sa politique en analysant les succès et les échecs des innovations pragmatiques sur le terrain. Cette approche par l'évaluation a ainsi été conçue comme « un instrument de *policy making*, un outil d'aide à la conception et à la décision dans un environnement d'urgence sanitaire exigeant des mesures qui touchaient à des domaines tabous de la société » (Dubois-Arber et Lehmann, 2012, p. 50). Les objectifs de ce programme ont rencontré un succès d'ensemble et ont permis d'ancrer les innovations grâce à l'évidence scientifique fournie par les évaluations de projets-pilotes, ainsi qu'au pragmatisme politique qui ont permis leur mise en œuvre.

Par la suite, deux initiatives populaires vont être largement refusées en votation : l'initiative très restrictive « Jeunesse sans drogue » en 1997 (non à 71%) et l'autre très libérale « Pour une politique raisonnable en matière de drogue » en 1998 (non à 73%). Cela démontre que la population helvétique s'est prononcée indirectement en faveur de la voie moyenne pragmatique consacrée par le modèle des 4 piliers. En 1999, le peuple va accepter l'arrêt fédéral sur la prescription d'héroïne confirmant davantage l'enterrement du paradigme de l'abstinence (Csete, 2010).

Cette approche à quatre piliers a ainsi permis par une stratégie hors du commun de rassembler les villes et les cantons et la Confédération ainsi que la santé publique et la sécurité publique pour déployer une politique cohérente, pragmatique et d'une efficacité reconnue (Csete, 2010). En effet, les effets positifs sont nombreux et bien évalués : baisse du nombre de décès par overdoses, des contaminations au VIH, de la délinquance liée à l'acquisition des produits, et une amélioration de la sécurité publique et du sentiment de sécurité grâce à la disparition des scènes ouvertes (OFSP, 2016). Par conséquent, l'importance de la problématique de la drogue dans l'opinion publique va diminuer fortement, de même que le nombre d'interventions parlementaires (Spinatsch et Hofer 2004).

Après l'échec d'une première tentative en 2004, le modèle des 4 piliers sera finalement ancré dans la loi en 2008 lors de l'acceptation populaire de la révision de la Loi sur les stupéfiants (LStup) sur le score sans appel de 68.1%<sup>6</sup>. Si tous les cantons l'ont également acceptée, il y a néanmoins des différences importantes selon les régions comme nous le montre le tableau ci-dessous. Alors que le canton de Vaud est le moins favorable (56.8% de oui), les cantons de Zurich, Genève et de Bâle-Ville plébiscitent la révision (respectivement à 72.3%, 74% et 76.2%)<sup>7</sup>. Il serait ainsi erroné de considérer que cette approche est unanimement soutenue et valorisée et des différences de vision subsistent selon les contextes. Il apparaît que le soutien est d'autant plus fort dans les cantons où est né le modèle, de même que dans les villes, témoignant d'une apparente reconnaissance de son succès en milieu urbain.



Graphique 1 : Résultats des votations sur la révision de la LStup (2008) selon les districts (OFS, Statistiques des votations).

Afin d'élargir le périmètre du modèle des quatre piliers, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) a développé en 2005 le « modèle du cube » afin d'intégrer les substances légales et les modes d'usage non-dépendants. Cela permet une analyse plus nuancée des besoins en la matière et facilite la mise en place d'une politique plus cohérente. Cette évolution vise ainsi à induire une réorientation de la politique *drogue* vers une politique *addiction*, incluant toutes les substances pouvant induire une dépendance, voire même certains comportements comme le jeu excessif et l'abus d'écrans. Plus récemment, en novembre 2015, le Conseil Fédéral a adopté la Stratégie

<sup>6</sup> [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/17/03/blank/key/2008/04.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/17/03/blank/key/2008/04.html)

<sup>7</sup> *ibid.*

nationale addictions (SNA) 2017-2024. Cette nouvelle stratégie prévoit de regrouper toutes les addictions dans la même approche afin de créer des synergies. Ainsi, les différents programmes nationaux en matière de substances addictogènes, le programme national alcool (PNA), le programme national tabac (PNT) et le programme drogues (ProMeDro), vont disparaître, fusionnés dans une stratégie globale.

Cela est très certainement une évolution positive d'un point de vue professionnel, mais cela diminue d'autant la lisibilité des politiques du point de vue administratif, dont l'application selon les contextes reste très ancrée sur les substances illégales. Il faudra attendre l'application concrète de cette stratégie pour observer les effets impliqués par ce regroupement des programmes au niveau de la mise en œuvre.

Dans le présent travail, nous avons choisi d'étudier les dispositifs dans les villes. Or, l'inquiétude des villes en la matière n'est pas tant l'addiction que l'incidence territoriale des nuisances provoquées par la consommation de produits psychotropes (scènes ouvertes de consommation, rassemblements, incivilités, situations de violence, par exemple<sup>8</sup>). Nous nous concentrerons dans ce travail sur les éléments les plus saillants des politiques dans les contextes urbains, en l'occurrence les mesures concernant les drogues illégales. Dans ce sens, nous continuerons d'utiliser la formulation de *politique drogue* qui nous semble plus pertinente en regard des dispositifs des villes.

## 2.2 La politique suisse des quatre piliers contre les problèmes de drogue

La LStup mentionne que « la Confédération et les cantons prévoient des mesures dans les quatre domaines suivants (modèle des quatre piliers) : prévention ; thérapie et réinsertion ; réduction des risques et aide à la survie ; contrôle et répression » (LStup, art.1a). Les quatre piliers sont des domaines d'activités spécifiques qui doivent être mis en œuvre de manière complémentaire afin d'atteindre les objectifs (OFSP, 2006).

1. **Prévention** : « encourager l'information et le conseil en matière de prévention des troubles liés à l'addiction et de leurs conséquences médicales et sociales » (art. 3b). Il s'agit d'éviter que des personnes se mettent à consommer et développent des problèmes de santé et de dépendance en les sensibilisant aux risques de leur consommation. Ce pilier s'adresse à toute la population en général et aux jeunes en particulier.
2. **Thérapie et réinsertion** : « pourvoir à la prise en charge des personnes dont l'état requiert un traitement médical, psychosocial ou des mesures d'assistance en raison de troubles liés à l'addiction » ainsi que « favoriser la réinsertion professionnelle et sociale des personnes présentant des troubles liés à l'addiction » (art. 3d). Il peut s'agir ici des traitements résidentiels, ambulatoires, voire de substitution, ainsi que des mesures favorisant l'autonomisation des personnes.
3. **Réduction des risques et aide à la survie** : « prendre des mesures de réduction des risques et d'aide à la survie en faveur des personnes ayant des troubles liés à l'addiction afin de prévenir ou d'atténuer la dégradation de leurs conditions médicales et sociales » (art. 3g). Il s'agit de diminuer les conséquences négatives de la consommation de drogues avec un minimum d'atteintes pour les usagers sur les plans physique, psychique et social ainsi qu'indirectement envers la population générale avec un minimum de nuisances sur l'espace public ;
4. **Répression** : « lutter contre les actes criminels liés au commerce et à la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes » (art. 1e). Il s'agit ici d'éviter les conséquences négatives de la consommation de drogue pour la société par des mesures de régulation appropriées visant l'application de l'interdiction des drogues illégales, ainsi que de sanctions le cas échéant.

---

<sup>8</sup> Nous noterons au passage que ces nuisances peuvent également être le fait de consommation d'alcool.

L'engagement de la Confédération dans le domaine est déterminé par le Programme de mesures (ProMeDro) mis en œuvre par l'OFSP, l'Office fédéral de la police (fedpol) et l'Office fédéral de la justice (OFJ). Le programme national poursuit trois buts transversaux :

- la diminution de la consommation de drogue ;
- la diminution des conséquences négatives pour les usagers : infections au VIH/sida et à l'hépatite C, overdoses, désinsertion ;
- la diminution des conséquences négatives pour les proches et la société : scènes ouvertes, atteintes à la qualité de vie, incivilités et sentiment d'insécurité, coûts engendrés.

Les tâches de la Confédération sont diverses, mais limitées dans la mise en œuvre en assumant uniquement des tâches de soutien : elle soutient les cantons, les villes, les communes et les organisations privées en fournissant un cadre stratégique national, en fournissant des connaissances scientifiques et en favorisant l'échange de savoir-faire des professionnels. Pourtant, même si ce modèle à l'appui du monde politique comme des spécialistes, il ne se traduit que partiellement sur le terrain où une grande hétérogénéité des modes d'application est constatée selon les cantons (CFLD, 2005). Le programme multi-tâches implique en effet des acteurs de champs professionnels différents qu'il importe de bien coordonner afin d'en assurer l'efficacité. Dans le plan d'action actuel (ProMeDro III bis, 2012-2016), il est ainsi recommandé d'améliorer l'harmonisation des mesures et la perméabilité entre les piliers, de renforcer la légitimation nécessaire à maintenir un consensus politique aussi large que possible, ainsi que la coopération entre les nombreux acteurs institutionnels et privés. La Confédération assume ainsi un rôle essentiel en mettant en place des organes de coordination. Plusieurs conférences contribuent à l'harmonisation des pratiques entre les cantons et les villes et à renforcer le consensus autour de la politique des quatre piliers : la conférence des délégués cantonaux aux problèmes d'addiction (CDCA) et la conférence des délégués des villes aux problèmes de dépendance (CDVD). En outre, un réseau d'acteurs nommé Coopération entre la police et les services sociaux (CoP) réunit des représentants des domaines de la police et de la santé publique pour faciliter leur coopération.

### **2.3 La responsabilité des cantons et des villes**

Selon la LStup, la mise en œuvre des mesures de la politique nationale incombe essentiellement aux cantons qui disposent d'une grande autonomie en la matière. Ce n'était pourtant pas si évident au départ. Nous avons vu plus haut que ce sont les villes qui ont joué un rôle de pionnières dans la modernisation de la politique addiction, conduisant à intégrer le pilier de la réduction des risques, avec un souci de pragmatisme et de proximité aux besoins. Les milieux politiques des villes ont ainsi été forcés à agir sous la forte pression de l'opinion publique face à une situation jugée insupportable. Dans le développement des politiques drogue, les villes ont ainsi dû avancer seules : la majeure partie des cantons avaient de fortes oppositions aux mesures de réduction des risques et considéraient que l'usage de drogue étant une problématique urbaine, cela ne nécessitait l'intervention de l'État. C'est notamment grâce au soutien fédéral que les villes ont pu faire reconnaître leur approche innovante et impliquer ensuite les cantons. La politique drogue est donc née d'une impulsion par le bas, avant d'être soutenue par le haut. Ce n'est qu'ensuite que les compétences et responsabilités sont revenues au niveau des cantons, le niveau institutionnel naturel selon le fédéralisme helvétique.

Savary (2014) souligne deux événements majeurs qui vont accentuer cette cantonalisation : le retrait de l'OFAS du financement des prestations de traitement, ainsi que la réforme sur la péréquation financière et la répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT). Le retrait de l'OFAS en 1998 suite à la non-reconnaissance de l'addiction comme motif d'invalidité va conduire les institutions psychosociales à se retrouver sous le giron des cantons qui reprennent le financement

des prestations de traitement. Les cantons vont alors chercher à transférer les coûts vers l'assurance maladie (LAMal) afin de faire des économies. On assiste alors à une médicalisation importante des prestations en matière de drogue, les prestations sociales ayant de fortes difficultés à faire reconnaître et financer leurs prestations. Cette forme de marginalisation des acteurs non sanitaires va leur compliquer la tâche et porter atteinte à l'esprit originel de la politique des 4 piliers qui visait à donner une importance égale aux domaines de l'aide sociale, des prestations médicales et de la sécurité.

La RPT vise à mettre en œuvre des concepts relatifs à la nouvelle gestion publique visant une meilleure efficacité. Cela conduit les cantons à ne plus soutenir les initiatives des institutions privées, mais à acheter certaines mesures définies par leurs soins sur la base de contrats de prestations. Cela amène un contrôle nettement accru du niveau cantonal et une pression importante pour de nombreuses institutions qui ont dû abandonner des prestations pionnières à l'efficacité non reconnue. De la sorte, « les acteurs perdent de leur indépendance et ne sont plus les moteurs de l'évolution (...), ils deviennent des salariés du secteur public qui mettent en œuvre une politique décidée plus haut » (Savary, 2014, p.12). C'est là une évolution importante dans le domaine, car les priorités de survie institutionnelle vont prendre le pas sur la création d'activités innovantes. Cette évolution a néanmoins permis d'initier une phase de consolidation et de professionnalisation dans le domaine de l'aide aux dépendants.

La LStup et le programme national en matière de lutte contre la drogue fournissent ainsi un cadre général permettant aux professionnels de terrain de stabiliser leurs interventions. Si la LStup confie la responsabilité aux cantons de mettre en œuvre la politique drogue, elle mentionne que ceux-ci peuvent créer les organismes nécessaires et soutenir des associations ou fondations privées d'intérêt public pour les mesures de santé publique. Sans être expressément prévu par la loi, ce principe relevant de la subsidiarité permet également la délégation de certaines tâches aux communes, dont l'autonomie est garantie dans les limites du droit cantonal depuis la révision de la Constitution fédérale en 1999 (art. 50 Cst). Dans un récent rétrospectif sur la politique drogue en Suisse, la CFLD mentionne pourtant que « ce cadre est de moins en moins défini par la politique fédérale et toujours davantage par les politiques et les dynamiques urbaines » (CFLD, 2012, p.9).

La problématique de la drogue est en effet profondément liée à l'espace urbain. Les villes ont été et restent confrontées le plus directement à la problématique de la drogue de par son incidence territoriale. Elles sont devenues dès les années 80 l'espace d'expression, la pointe visible de l'iceberg de la problématique de la drogue avec la présence dans l'espace public de personnes toxicodépendantes fortement désinsérées. La ville est directement aux prises avec ces questions, car elle offre aux consommateurs un certain anonymat, l'accès à des prestations sociosanitaires, un approvisionnement, des sources de revenus (comme le deal ou la prostitution), mais également des lieux de socialisation et une facilité de mouvement en étant au cœur d'un réseau de transports. Il ne s'agit certes que d'une partie du phénomène lié à l'usage de drogue, mais cette présence jugée dérangeante va cristalliser l'opinion publique, les médias et les politiques, ce qui a contribué à définir la politique en la matière. Le phénomène de la drogue est ainsi perçu comme un problème de coexistence dans l'espace public avec les toxicomanes occupant les places des centres-villes. En outre, la présence visible de dealers dans certaines villes contribue à renforcer le sentiment d'insécurité de la population.

Il faut noter enfin que si la problématique de la drogue est avant tout un problème des centres urbains, les difficultés débordent de la ville impliquant des répercussions au niveau de l'agglomération. La ville étant souvent l'unique prestataire de services de réduction des risques pour les personnes toxicodépendantes, cela va amener à chercher des mécanismes invitant à l'implication des communes périphériques.

## 2.4 Problèmes posés par la consommation de drogue

Quels sont les problèmes posés par l'usage de drogue aujourd'hui ? Nous avons vu que la question est sortie des préoccupations populaires et politiques au niveau national, car la politique a rencontré de francs succès : amélioration de l'état de santé des usagers, fermeture des scènes ouvertes et diminution de la criminalité. Pourtant, si les aspérités les plus visibles et dérangeantes du problème ont nettement diminué, les difficultés posées par l'usage de drogue dans notre société persistent à plusieurs niveaux.

### 2.4.1 Indicateurs sur l'usage de drogue

Avant de donner un aperçu de l'usage de drogues illégales, nous souhaitons souligner que ce sont les substances légales (tabac et alcool) qui causent toujours le plus de morts, de maladies et de demandes de soins, impliquant des coûts majeurs pour la société. Le tabagisme est ainsi la cause de décès la plus évitable en Suisse avec environ 9'500 cas en 2012, soit 15% de l'ensemble des décès<sup>9</sup>. Concernant l'alcool, on estime à 250'000 le nombre de personnes dépendantes et à 1'600 les décès des suites de la consommation d'alcool, soit un décès prématuré sur 11. D'autre part, l'alcool est en cause dans la moitié des infractions commises (OFS, 2015).

Concernant les drogues illégales, l'illégalité de leur consommation et la réprobation sociale qui y est liée posent une difficulté intrinsèque à dégager des indicateurs fiables. Il est fort probable que les chiffres soient sous-estimés dans les enquêtes générales, les personnes interrogées n'osant pas évoquer leur consommation. D'autre part, les consommateurs fortement marginalisés sont sous-représentés dans les répondants étant donné la difficulté de leur accessibilité.

Il y a de nombreuses substances illégales consommées par la population suisse, comme l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy pour les plus connues, le cannabis étant la substance illégale la plus consommée en Suisse, avec environ 190'000 consommateurs réguliers (2.7%)<sup>10</sup>. Ces différentes substances n'impliquent pas les mêmes difficultés. Certaines sont beaucoup plus 'dures' que les autres (héroïne, cocaïne), conduisant à des phénomènes de consommation chronique ou de dépendance. Toutes les substances comportent des risques à court terme liés à leurs effets directs : risques d'accidents (chutes et circulation), violence, 'bad trip' (épisodes psychotiques), entre autres comportements à risques.

Nous mentionnons ci-après quelques éléments concernant les deux substances illégales les plus addictogènes et problématiques au niveau sociosanitaire : l'héroïne et la cocaïne<sup>11</sup>. L'usage d'héroïne est clairement moins important aujourd'hui qu'il y a 20 ans. Elle reste néanmoins la substance illégale qui provoque les conséquences les plus graves. En 2014, il est considéré qu'environ 0.5% de la population en a consommé lors des 12 derniers mois, soit 35'000 personnes, une proportion similaire pour la cocaïne (Conseil Fédéral, 2016). Les faibles prévalences ne doivent pas faire oublier qu'il s'agit là d'un usage caché et difficilement quantifiable. D'autre part, ces deux substances sont particulièrement problématiques étant donné leur fort potentiel addictogène et les risques inhérents à leur mode de consommation par intraveineuse (infections au VIH et à l'hépatite C). En outre, ces deux substances peuvent induire des décès par overdoses, en particulier l'héroïne qui est à l'origine de la majorité des décès liés aux drogues illégales (126 en 2013). Les chiffres liés aux traitements de substitution donnent des indicateurs précis sur la proportion des usagers en thérapie : en 2013, il y avait en Suisse près de 17'000 personnes en traitements avec méthadone et 1'600 avec héroïne.

La politique en matière de drogue a permis une réduction massive de la proportion des usagers de drogue s'infectant au VIH du fait des échanges de matériel de consommation contaminé. En 1994, on estimait encore que les usagers de drogue représentaient

<sup>9</sup> [www.suchtmonitoring.ch](http://www.suchtmonitoring.ch)

<sup>10</sup> Ibid.

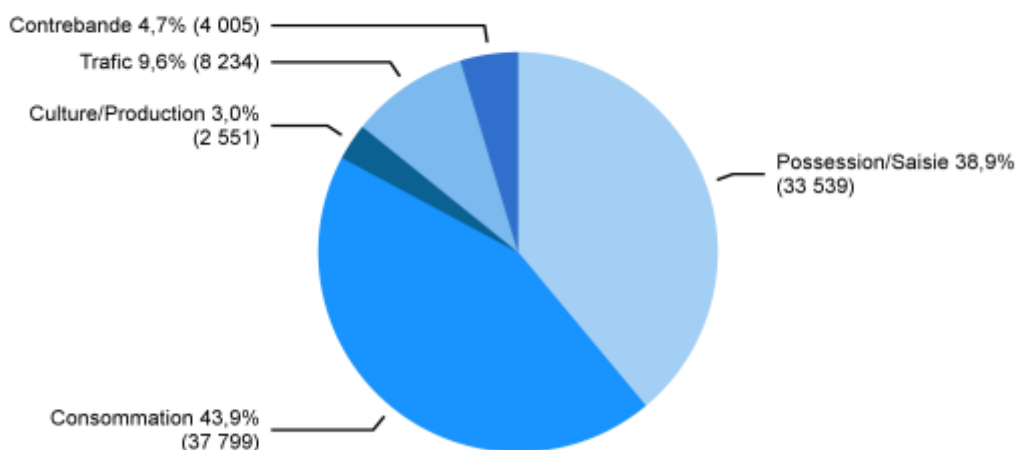
<sup>11</sup> Le lecteur intéressé pourra trouver des indicateurs statistiques sur les autres substances en se rendant sur le site du monitoring suisse des addictions : [www.suchtmonitoring.ch](http://www.suchtmonitoring.ch) ainsi que sur [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch)

environ un quart de toutes les nouvelles infections au VIH, une proportion qui a progressivement diminué au fil du temps, jusqu'à atteindre moins de 5% en 2011 (Lociciro et al., 2013). La prévalence du VIH reste toutefois élevée chez les personnes consommant de la drogue par voie intraveineuse avec 9.8% en 2011. En matière d'hépatite C, l'incidence des infections apparaît stable, avec environ 500 contaminations annuelles chez les usagers de drogue. La prévalence est en diminution, mais représente tout de même environ 40% chez les consommateurs par intraveineuse fréquentant les centres d'accueil à bas seuil (Cominetti et al., 2014). Les modes de consommation ont évolué, avec une diminution de la consommation par intraveineuse au profit de l'inhalation (fumée), une bonne nouvelle en regard des risques d'infections.

Une enquête auprès des structures à bas seuil en Suisse nous donne un aperçu évolutif de quelques indicateurs sociodémographiques des personnes concernées par l'usage de drogue (Lociciro et al., 2013). Ce sont les structures qui proposent un accueil aux personnes dépendantes et leur mettent à disposition du matériel stérile pour leur consommation. Les tendances montrent que depuis 1993, il y a eu une diminution de la proportion de femmes et une hausse de l'âge moyen des usagers. La situation sociale des personnes reste très précaire au niveau de leur insertion en matière de logement et de travail. Les personnes sans domicile fixe représentent ainsi environ 10% des usagers. Si les personnes disposent pour la majorité d'un logement, la situation au niveau de l'insertion professionnelle est nettement plus compliquée avec moins de la moitié qui dispose d'une activité rémunérée, impliquant une forte proportion de personnes au bénéfice des assurances et de l'aide sociales.

Enfin, en termes de répression, il est estimé que les infractions à la LStup représentent 1/7 de toutes les infractions commises en Suisse. Ces infractions prennent en compte la consommation, la possession ou le trafic par exemple. Le schéma ci-dessous nous donne un aperçu des proportions des différents types d'infractions.

#### Loi sur les stupéfiants: répartition selon la forme d'infraction



Graphique 2 : Répartitions des formes d'infractions à la loi sur les stupéfiants (Source : OFS, Statistiques de la criminalité, 2015)

#### 2.4.2 Coûts de la politique en matière de drogues

Il n'est pas aisé d'avoir une estimation exacte des coûts liés à la politique en matière d'addiction. En effet, il n'y a pas de critères parfaitement comparables des dépenses dans tous les cantons, car les mesures sont mises en œuvre par différents départements et différents niveaux institutionnels, impliquant des sources de financement variées, dont la synthèse fait défaut. D'autre part, les informations concernant les dépenses ne sont pas toujours accessibles. Par conséquent, nous ne chercherons pas à donner un aperçu des volumes financiers par cantons et villes concernées.

Cependant, nous avons la chance de disposer d'une étude au niveau national qui nous donne des indicateurs intéressants du coût de la drogue en Suisse. Jeanrenaud et al.



(2005) proposent de considérer un coût total au niveau de la société, le coût social qui est défini par trois catégories de dépenses. Les coûts directs sont les dépenses engagées pour prévenir et corriger les conséquences négatives de la consommation. Les coûts indirects concernent la valeur de la perte de productivité à cause de décès prématurés, d'invalidité et d'incapacité de travail. Les coûts humains enfin représentent la perte de la qualité de vie de l'utilisateur et de ses proches à cause de la souffrance liée à la consommation de drogue. Le coût social de la drogue en Suisse est ainsi estimé à 4.1 milliards CHF (coûts directs 1.4 milliard, indirects 2.3 milliards et humain 0.4 milliard), représentant environ 1% du PIB national<sup>12</sup>.

Le tableau ci-dessous synthétise les coûts directs qui vont nous intéresser plus particulièrement en tant que dépenses de l'État :

|   | <b>Coûts</b>   |
|---|----------------|
| <b>Politique de la drogue</b>                                     | <b>1 225,8</b> |
| <i>Prévention et recherche</i>                                    | 53,2           |
| <i>Thérapie de la toxicodépendance</i>                            |                |
| - Institutions résidentielles                                     | 175,3          |
| - Traitements ambulatoires  |                |
| - Prescription médicale d'héroïne                                 | 18,1           |
| - Traitements à la méthadone                                      | 120,8          |
| <i>Réduction des risques et aide à la survie</i>                  |                |
| - Offres de soins à bas seuil                                     | 60,0           |
| <i>Répression</i>   | 798,4          |
| <b>Traitements médicaux et hospitaliers</b>                       | <b>146,3</b>   |
| <i>Traitements chez le médecin et médicaments sur ordonnances</i> | 48,4           |
| <i>Traitements stationnaires (hôpitaux et cliniques)</i>          | 97,9           |
| <b>Coût direct du VIH/sida chez les toxicomanes</b>               | <b>40,3</b>    |
| <b>Total</b>  | <b>1 412,4</b> |

Tableau 1 : Coût direct de la consommation de drogues en Suisse, selon Jeanrenaud (2005).

Nous avons ici trois groupes de dépenses : celles liées à la politique drogue réparties selon les mesures des 4 piliers, celles de la médecine générale, ainsi que celles du traitement du VIH/sida chez les usagers de drogue. Dans ce travail, nous allons nous concentrer sur les dépenses de la politique de la drogue qui composent la majeure partie des coûts totaux. Comme nous le montre le tableau ci-dessus, il ne faudra toutefois pas oublier que de nombreuses prestations de traitements sont dispensées et prises en charge dans l'offre sanitaire générale, non spécifique à la politique de la drogue en soi : médecins et cliniques privés, hôpitaux, cliniques psychiatriques, pharmacies.

Notons également qu'il y a des différences importantes dans le financement selon le type de prestations. Les prestations médicales (prise en charge des soins résidentiels, traitements de substitution) sont généralement prises en charge par l'assurance maladie de base (LAMal). Les mesures sociales (lieux d'accueil, aide à la réinsertion) sont en revanche davantage prises en charge par les cantons sur la base des lois cantonales de l'aide sociale. Enfin, les coûts liés à la répression comprennent notamment les dépenses des corps de police généraux et spécialisés liés aux délits de la drogue, les frais de justice ainsi que les frais d'établissements pénitentiaires. Nous pouvons ainsi constater que c'est le pilier de la répression qui absorbe les deux tiers des ressources.

<sup>12</sup> À titre de comparaison, Jeanrenaud note que les coûts sociaux du tabac représentent 2.7% du PIB, ceux de l'alcool 1.7%. Nous pouvons ainsi estimer que le coût des substances engendrant la dépendance atteint 5.4% du PIB de notre pays. Un agent économique suisse sur 20 travaille donc exclusivement pour couvrir les frais liés à ces substances.

### 3. Objectifs

Nous allons nous intéresser dans ce travail à la gouvernance de la politique drogue dans les grandes villes suisses. Il s'agit de montrer comment différentes administrations publiques cherchent à résoudre un problème similaire, en l'occurrence la consommation de drogues illégales et ses conséquences négatives. Nous souhaitons mettre en évidence les pratiques de pilotage et de coordination de l'action publique dans le contexte de la politique drogue, une problématique complexe composée de multiples acteurs.

Le système fédéraliste suisse induit de fortes différences dans la mise en œuvre des dispositifs en matière de drogue dans les villes et les cantons. C'est une situation idéale pour analyser des politiques publiques. Nous allons ainsi chercher à comparer différents contextes par une approche exploratoire compréhensive. Il s'agit de mettre en évidence des similitudes fondamentales aux politiques drogues tout en dégagant les différences propres aux contextes. La comparaison doit permettre de donner des éléments de compréhension de ces différences et de tirer des idées et des critères favorisant le pilotage et la coordination des interventions et des acteurs impliqués dans les dispositifs.

Nous allons d'abord examiner comment les politiques se sont progressivement construites pour faire face à la problématique, en observant plus particulièrement la naissance du pilier de la réduction des risques dans les villes. Nous donnerons un aperçu du dispositif en place selon l'approche des quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques, répression) et en déterminant le partage des tâches entre les villes étudiées et leur canton. Nous chercherons ensuite à décrire les modes de pilotage et à analyser comment font les villes et les cantons pour coordonner leur politique aux niveaux stratégique et opérationnel. Nous terminerons en essayant de montrer quels sont les enjeux actuels en regard de la problématique, ainsi que de proposer des perspectives en matière de gouvernance de la drogue en contexte urbain.

En synthèse, les objectifs de ce travail sont de :

1. dégager les éléments évolutifs sur la construction des politiques drogue ;
2. déterminer les similitudes et les différences des dispositifs selon les quatre piliers et les niveaux institutionnels responsables ;
3. décrire les modes de pilotage et de coordination de l'action publique et des acteurs impliqués.

## 4. Éléments théoriques

Le but de ce travail est de comprendre et d'expliquer une réalité empirique par une approche exploratoire, et non de tester la pertinence de concepts théoriques ou d'appliquer une théorie à un cas. Les éléments théoriques présentés ci-après vont nous permettre de donner un cadre d'analyse des politiques en matière de drogue. Nous allons nous concentrer sur la description de trois éléments théoriques centraux : la *gouvernance* comme cadre d'analyse général, les *champs de tension* spécifiques dans le domaine de la drogue, ainsi que la *compatibilité urbaine* en tant qu'objectif supérieur recherché par les villes. Ces éléments vont permettre de définir le problème posé par la drogue et comment l'action publique cherche à le résoudre.

### 4.1 Le concept théorique de la gouvernance

La notion de gouvernance est fort utile pour l'analyse des politiques publiques en matière de drogue, bien qu'il soit difficile d'en donner une définition claire. En fait, il n'existe pas de définition unique de la gouvernance qui fasse consensus parmi les chercheurs. Cependant, en suivant Hufty (2007), l'usage permet de distinguer trois types d'approches : la gouvernance comme synonyme de gouvernement, comme modèle normatif idéal à atteindre ou encore comme cadre analytique. C'est cette dernière approche que nous allons adopter dans ce travail. La gouvernance nous sert d'outil d'analyse pour des modes de pilotage de l'action publique nécessitant la coordination entre acteurs hétérogènes. Il n'y a pas d'aspect normatif dans cette vision, il ne s'agit pas de dégager un modèle vers lequel il faudrait tendre. En effet, il n'est pas possible de déterminer des critères de bonne gouvernance, celle-ci étant profondément ancrée et construite par son contexte. Il est néanmoins possible en tant qu'outil d'analyse de dégager quelques éléments-clés en matière de gouvernance permettant aux collectivités publiques de répondre à une problématique complexe comme l'usage de drogue et ses conséquences.

Nous utiliserons ici la définition de gouvernance en tant que mode de pilotage de l'action publique avec de nombreux acteurs dans un territoire aux frontières floues, conduisant à un décentrement de la réflexion et de la prise de décision. Cela implique que la gouvernance ne se joue pas sur des règles décisionnelles et des hiérarchies classiques, mais sur un mode d'interdépendance. Il s'agit d'un partenariat entre des acteurs de champs professionnels et de niveaux institutionnels différents, qui peuvent être publics ou privés et intervenir sur des échelles territoriales variables.

*« La gouvernance c'est donc l'organisation de l'action publique au-delà de l'État et la supervision, la coordination et le pilotage d'un réseau d'acteurs afin de produire certains effets (outputs). Il s'agit de réunir tous les acteurs concernés afin de mettre en œuvre de manière effective et efficiente certaines mesures et prestations. L'État tend à ne s'occuper de rien de plus qu'un 'pilotage contextuel' en créant des impulsions pour échanger des expériences et de mettre en commun des ressources. »* (Schwab, Kübler et Wälti, 1995, p.5, notre traduction).

Les services de l'État prennent ainsi le rôle de managers publics des processus de réseau et de partenariat. Papadopoulos et al. (2001) considèrent qu'il s'agit d'un type particulier d'*ingénierie institutionnelle en vue de gouvernance urbaine* : c'est « l'institutionnalisation de nouveaux modes de régulation qui caractérisent l'action et la supervision étatique à la frontière du public et du privé (...), l'État met en place des structures et forums d'échanges qui permettent aux diverses organisations, acteurs étatiques, groupes sociaux, partis politiques, groupes d'intérêts, voire même à d'autres niveaux du gouvernement, d'échanger leurs points de vue et leurs expériences » (p.210).

Il nous faut mentionner, en suivant Kersbergen (2004), que la gouvernance, au-delà de son aspect structurel, comporte également une forte composante dynamique.

L'importance grandissante des structures en réseau et la disparition d'une distinction clairement définie entre les secteurs privé et public démontrent le caractère pluriniveaux des activités étatiques que cela soit au niveau des cantons ou des villes. Cela implique une diminution des relations hiérarchiques et une importance plus grande des processus, des négociations et des collaborations. Il s'agit en effet de piloter des organismes multiples, autonomes sur le plan opérationnel (comme la police et le travail social), mais en même temps couplés structurellement dans la politique. Cela implique un caractère communicationnel et nécessite des procédures de coordination afin de synthétiser les points de vue spécifiques des divers acteurs et les intégrer à la définition ou la mise en œuvre de la politique publique. Il y a là également une conception relativement dépolitisée de la décision, visant à éviter les arènes partisanes et électoralistes.

L'analyse des politiques publiques sous l'angle de la gouvernance permet de dégager des principes-clés de pilotage et de coordination en présence de plusieurs niveaux institutionnels impliqués, ce d'autant plus si le sujet est un thème polarisant comme la politique drogue. Il s'agit notamment de trouver des arguments de consensus pour agir, et d'organiser le soutien politique de manière à créer des majorités, en travaillant avec les personnes volontaristes. C'est bien là la gouvernance, trouver le consensus pour réagir, de façon non hiérarchique et au niveau le plus local. L'objectif des modes de gouvernance en matière de drogue est précisément de chercher à surmonter les tensions entre secteurs en cherchant à orchestrer leur coopération. Il s'agit ainsi de passer d'un pilotage vertical (avec le système politico-administratif en haut) à un pilotage plus horizontal où les acteurs sont sur un pied d'égalité. Les objectifs, les outputs attendus de telles instances, sont d'obtenir les décisions les plus consensuelles, co-construites et partagées par les différents acteurs: « l'effectivité serait atteinte grâce à l'instauration de délibérations, de manière à ce qu'une large palette d'acteurs se fasse entendre et que la décision la plus consensuelle soit prise, garante de sa mise en œuvre » (Papadopoulos et al., 2001, p. 210).

Afin de déterminer les modes de gouvernance en jeu dans les différents contextes étudiés, nous utiliserons la notion de *points nodaux* (Hufty, 2007) pour dégager les instances de délibération. Ces points nodaux sont « des espaces (...) où convergent divers problèmes, trajectoires d'acteurs, processus (temps et espace), et où des décisions sont prises, des accords sont conclus et des normes sociales sont élaborées » (p.20). Ce sont des lieux d'observation et de discussion « où se croisent des projets, des cultures, des visions et des intérêts distincts, portés par les acteurs qui y participent » (ibid.). Hufty a ainsi déterminé différents niveaux de points nodaux selon les fonctions des acteurs qui y participent : politique (soutien), stratégique (plan d'action, direction), opérationnel (mise en œuvre), fonctionnel (délégués), populaire (rencontres avec la population ou le voisinage).

## 4.2 Les champs de tension spécifiques aux politiques en matière de drogue

La politique de la drogue pratiquée au niveau des villes fournit ainsi un excellent terrain d'étude de l'institutionnalisation de nouveaux modes de pilotage pour faire face à un problème complexe, controversé et traversé par de multiples clivages. Cela permet de mettre en évidence où se situent les difficultés et enjeux spécifiques posés par la problématique de la drogue au niveau des villes. Les instances mises en place par les pouvoirs publics sont chargées de conduire et de coordonner des actions développées initialement au coup par coup par différents acteurs. Comme le mentionnent Papadopoulos et al. (2001), « ces instances sont censées réunir les forces dans un univers urbain caractérisé par des efforts contraires de certains secteurs de l'appareil étatique et par une fragmentation institutionnelle élevée » (p.210). Ils identifient deux champs de tension principaux en matière d'action publique face à une problématique sociale complexe comme l'usage de drogue : les tensions issues de clivages sectoriels et de clivages territoriaux.

Les **clivages sectoriels** résultent de l'implication de nombreux acteurs 1) du système politico-administratif aux différents niveaux institutionnels (verticalité du clivage) et 2) de

groupes professionnels hétérogènes, comme la police, les services sociaux et sanitaires, ainsi que d'organismes privés (horizontalité du clivage). Cela constitue un enchevêtrement institutionnel complexe dans la définition et la mise en œuvre de cette politique. La stratégie addiction le mentionne d'ailleurs comme élément constitutif des politiques drogue en évoquant les professionnels impliqués :

« au sein du système de santé et du système social, au niveau des communes, des cantons et de la Confédération, dans le secteur de l'assurance-maladie et accidents, dans les groupes de professionnels de la médecine, de la psychologie et du social, au sein des établissements d'aide en matière d'addictions et dans le monde associatif, dans le domaine du conseil éducatif et familial, dans le secteur de l'entraide, mais aussi dans les écoles, dans le cadre d'offres ou dans des institutions s'adressant aux migrants, dans les entreprises et l'économie en général » (SNA, p.7).

Ces clivages sectoriels nécessitent alors une coordination et une coopération optimale d'une pluralité d'acteurs issus d'horizons et aux systèmes de valeurs multiples pour atteindre les objectifs de la stratégie et assurer l'efficacité de la politique. En effet, même si un certain accord règne quant au contenu de la politique publique grâce au modèle des 4 piliers, des tensions entre ordre et santé persistent et concernent principalement la gestion de la présence des toxicomanes dans l'espace public. Ces tensions sont reproduites dans les relations entre les secteurs concernés, en l'occurrence la police et les services de réduction des risques. (Papadopoulos et al., 2001). En effet, la police se considère comme la garante de la légalité ainsi que de l'ordre public et est active dans la répression, non seulement du trafic, mais également de la consommation de personnes dépendantes. De fait, c'est un champ professionnel fortement traversé par une vision de recherche d'abstinence, de non-consommation. De l'autre côté, nombreux sont les professionnels de l'aide sociale et sanitaire qui considèrent que c'est au contraire la prohibition la source de la majeure partie des difficultés des usagers. Il y a ainsi eu des situations ubuesques où les policiers confisquaient les seringues stériles remises aux usagers par des travailleurs sociaux. Il y a donc ici une opposition de fond au niveau idéologique. C'est d'ailleurs l'un des objectifs sous-jacents de la politique des quatre piliers de chercher à faire se coordonner des acteurs aux visions différentes dans la recherche d'un objectif commun, quels que soient les moyens dont ils disposent. Nous verrons plus loin comment cette conception a abouti à développer un nouveau *paradigme d'ordre public à visage social* avec la notion de comptabilité urbaine (Kübler, 2000).

Les **clivages territoriaux** concernent en revanche les difficultés posées par des politiques publiques à incidence spatiale qui dépassent le périmètre classique des institutions. Les services de réduction des risques des villes attirent en effet des usagers provenant d'autres communes qui ne participent pas aux frais supportés par la ville-centre. Une présence accrue qui risque par ailleurs d'écorner l'image de la ville et d'induire un sentiment d'insécurité pour la population (effet spill over). Cela pose également la question de l'équivalence fiscale entre communes sur les coûts des mesures en matière de drogue. Cela implique d'adopter une optique impliquant plusieurs niveaux territoriaux pour trouver des mécanismes qui permettent de compenser ces difficultés dans des contextes divers. L'absence de solidarité intercommunale est souvent citée comme obstacle central à la gestion du problème drogue en milieu urbain et amène à adopter un pilotage relativement indépendant du découpage territorial. Kübler et Wälti (2001) mentionnent deux moyens d'accroître la solidarité intercommunale : la participation aux coûts ou la mise en œuvre de services décentralisés. Les villes-centres peuvent utiliser des mécanismes de compensations financières pour faire participer les communes périphériques aux coûts. Un deuxième moyen est de développer une coopération métropolitaine en mettant en place des instances de coordination à l'échelle de l'agglomération ou de la région afin de gérer un dispositif territorialement décentralisé. Les cantons peuvent soutenir ici les villes par des incitations financières à développer des offres décentralisées.

Les tentatives de gouvernance de la politique drogue au sein d'une région, d'une agglomération cherchent à ainsi faire participer financièrement les communes

périphériques aux coûts des organismes de réduction des risques financés par les villes. Sans surprise, ces villes ont rencontré une forte résistance et des difficultés pour y parvenir. En effet, les communes périphériques peuvent nier l'utilisation des services par leurs résidents et il est difficile de connaître précisément le nombre d'utilisateurs issus de la périphérie pour des raisons d'accessibilité à une population marginalisée ainsi que de la légitime protection des données.

Un deuxième phénomène territorial, plus micro, est lié au fait que l'attractivité des services de réduction des risques peut également occasionner une augmentation des délits à proximité des lieux d'implantation. L'impact de ces externalités négatives au niveau local peut alors engendrer un phénomène NIMBY (*not in my backyard*) : ce terme désigne l'opposition d'habitants ou de commerçants à l'implantation de services de réduction des risques dans le voisinage. La politique drogue est ainsi fortement liée à la coexistence dans l'espace public entre des personnes marginales et le reste de la population. Les personnes toxicodépendantes en situation de marginalité sont jugées dérangeantes et surtout indésirables dans l'espace public. L'insalubrité des lieux, le sentiment d'insécurité, le malaise face à l'expression d'une pauvreté et d'une détresse que l'on préférerait ne pas voir, l'occupation de places au détriment d'autres personnes, ainsi que la présence occasionnelle de seringues abandonnées contribuent à mobiliser les énergies pour éviter qu'une sorte de « scène ouverte » ne se fixe à côté de chez soi, de son commerce. Ces lieux de fréquentation sont même parfois considérés comme des scènes ouvertes quand bien même il n'y a pas de consommation visible de drogues.

Les conflits d'implantation de type nimby peuvent être expliqués comme une configuration spatiale des intérêts heurtés : lorsqu'un service produit des externalités négatives spatialement concentrées, il suscite des résistances de la part de ceux qui refusent de subir ces externalités. Ces conflits sont régis par deux logiques. Il y a d'abord une logique spatiale où certaines personnes ne contestent pas forcément les mesures de réduction des risques en elles-mêmes, mais plutôt leur localisation. De l'autre côté, il s'agit d'une logique d'opposition de principe contre le choix politique, renvoyant à un conflit plus large de divergences sur les représentations et les objectifs stratégiques. Les conflits d'implantation peuvent ainsi être perçus comme une « cristallisation localisée de discordances plus générales du *choix politique* que le projet en question incarne » (Kübler, 2000, p.25). La prise en compte de l'impact des services de réduction des risques au niveau de leur emplacement est un aspect important pour la gouvernance qui nécessite la prise en compte des craintes du voisinage et de garantir la coexistence dans l'espace public. Il apparaît ainsi que « la naissance, le déploiement ainsi que les impacts des conflits d'implantation autour de services pour consommateurs de drogue sont fonction de la structuration du domaine politique plus général des interventions de l'État en matière de toxicomanie » (ibid., p.33).

En synthèse, les pouvoirs publics mettent en place certaines instances permettant de résoudre les tensions issues des différents clivages afin de mettre en œuvre une politique cohérente et fonctionnelle. Ces instances permettent également de produire une certaine acceptabilité politique et populaire en cherchant également à réduire les difficultés de type nimby pour les des difficultés qui ne remettent tant pas en cause les objectifs de la politique, mais plutôt la localisation des services perçus comme une atteinte à la qualité de vie. Rappelons à ce propos que la mise en place des quatre piliers est précisément une tentative d'harmoniser les différentes stratégies cantonales, en retenant les bonnes pratiques sur la base des diverses expériences que le fédéralisme induit.

#### **4.3 La compatibilité urbaine comme objectif supérieur en matière de drogue**

La comptabilité urbaine est un concept qui permet de définir la particularité urbaine des politiques drogue en dégagant un objectif supérieur permettant de résoudre les différents clivages à l'œuvre au niveau local. Les mécanismes de coordination ont ainsi fait émerger de nouvelles pratiques et approches du problème, qui se sont cristallisées au gré des interactions entre les participants de ces instances, avec l'émergence d'un nouveau paradigme 'ordre public à visage social', sorte de mélange entre les pratiques

traditionnelles de la police et celles du travail social. C'est l'expression d'un pragmatisme visant à éviter la politisation et les conflits d'idéologie liés en particulier au concept de réduction des risques.

Le concept de **compatibilité urbaine** (Stadtverträglichkeit), développé par Kübler (2000) dans le contexte des politiques de drogue dans les villes, permet d'analyser les conflits de mise en œuvre entre les champs de l'ordre public et de la santé publique. Il s'agit de trouver un équilibre entre des objectifs a priori contradictoires pour faire accepter des mesures potentiellement controversées (Kübler, 2000) : « l'acceptabilité des mesures de réduction des risques dans les voisinages peut être augmentée par une diminution des nuisances qu'ils provoquent » (p. 212). L'objectif supérieur de la compatibilité urbaine des mesures en matière de drogue cherche ainsi à diminuer les tensions entre la logique de santé publique et celle d'ordre public, en visant à la fois à maximiser les services sociosanitaires pour les personnes concernées ainsi qu'à minimiser les externalités négatives pour le voisinage par des interventions bien dosées de la police. Cela implique de trouver des mécanismes adéquats de coordination entre les services sociosanitaires et la police afin de trouver le bon équilibre. Il peut également s'agir de fournir un espace de dialogue avec le voisinage à proximité des lieux d'implantation des services pour usagers de drogue.

Kübler (2014) propose quelques pistes afin de reconnaître et dépasser le conflit de but entre l'accompagnement des groupes de marginaux et l'attractivité du lieu de vie. Il s'agit de rechercher un consensus apolitique par l'instauration de lieux de coordination entre parties prenantes. Ces instances sont définies par la recherche de l'objectif de compatibilité urbaine, basé sur l'ajustement mutuel des règles et des méthodes de travail, en particulier entre police et travail social, ainsi qu'un dialogue entre le voisinage et les institutions d'aide.

## 5. Méthodologie

Nous allons présenter à présent les éléments méthodologiques de la démarche adoptée dans ce travail : le type d'approche retenu et la sélection des terrains d'enquête, l'opérationnalisation des concepts théoriques en questions de recherche pour l'enquête, ainsi que la démarche empirique et les instruments de recherche.

### 5.1 Approche exploratoire par comparaison de différents cas

L'approche adoptée dans ce travail de recherche est essentiellement qualitative. Le but de ce travail est de comprendre et d'expliquer une réalité empirique sur la base des éléments théoriques présentés. Il s'agit ici d'une démarche compréhensive où nous allons explorer différents contextes par une analyse comparative de différents cas. La comparaison permet d'observer les pratiques, dans leurs similitudes et leurs différences, de mettre en évidence leurs succès ou leurs difficultés. En explorant quels mécanismes permettent de résoudre quelles difficultés, cela permet de proposer certains critères favorisant la gouvernance.

Nous avons choisi les villes de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich, car ce sont les plus grandes villes-centres de Suisse, dépassant toutes les 100'000 habitants. Ces villes ont également toutes rencontré des difficultés à des degrés divers en lien avec la consommation de drogue sur l'espace public.

### 5.2 Questions de recherche

Nous avons défini plusieurs questions de recherche sur la base des objectifs et des éléments théoriques du cadre conceptuel. Il s'agit de poser la question générale de la gouvernance de l'action publique dans les villes choisies pour faire face à la problématique de la drogue.

1. Comment les politiques drogue se sont-elles construites ?
2. Comment les dispositifs en matière de drogue sont-ils structurés ?
3. Quelles sont les instances de pilotage du dispositif et de coordination des acteurs ?

### 5.3 Sources d'information

Afin de décrire et comparer les politiques drogue dans ces différents contextes, nous nous sommes basés sur des entretiens avec des acteurs administratifs dans les villes et cantons étudiés, ainsi que sur des documents existant au niveau des villes, des cantons et de la Confédération. De sorte à pouvoir comparer les différents contextes, nous avons utilisé l'analyse documentaire pour déterminer les dispositifs en matière de drogue et leurs évolutions principales, et les entretiens pour dégager des éléments propres à la gouvernance, ses processus et ses enjeux.

Les acteurs interviewés ont été choisis pour leur rôle-clé dans les administrations des villes et des cantons choisis, en tant que responsables de la mise en œuvre de la politique en matière de drogue. Nous avons pu bénéficier de relais dans notre réseau professionnel qui ont appuyé notre demande et nous ont facilité la prise de contact dans certains contextes. Un entretien préliminaire avec la personne responsable de la stratégie addiction de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a permis de questionner la faisabilité de l'étude et d'en préciser le cadrage. Les personnes responsables dans les cantons et les villes ont été contactées par courriel avec une brève explication sur le sujet du travail. Les entretiens ont été réalisés sur la base d'un guide d'entretien (en annexe), dont les questions ont été formulées en regard des questions de recherche. Les



entretiens ont été enregistrés après accord des personnes afin d'être retranscrits synthétiquement, puis détruits comme le veut l'usage. Nous avons ainsi réalisé en tout onze entretiens entre novembre 2015 et mars 2016, auxquels il faut ajouter une réponse écrite au guide d'entretien pour le cas de Bâle.

Outre les entretiens, nous avons cherché des sources d'informations variées et complémentaires afin de dépeindre au mieux les différentes politiques drogues et leur gouvernance dans les contextes étudiés. Nous nous sommes basés sur des documents comme des ouvrages scientifiques, des rapports ou des études évaluatives sur les programmes mis en œuvre. Nous avons également porté une attention sur des documents de la littérature grise, produits par diverses instances publiques, comme des plans d'action, des rapports-préavis, ainsi que des contrats de prestation et des rapports d'activités d'institutions professionnelles. Nous avons également consulté les lois cantonales et les règlements communaux existants.

## 5.4 Traitement des informations

Les informations obtenues dans les entretiens ont été traitées par analyse de contenu au moyen d'une grille d'analyse réalisée sur la base des questions de recherche. Une synthèse par classification a permis dans un deuxième temps de déterminer des éléments-clés en matière de gouvernance de la politique drogue. Les résultats empiriques ont été structurés autour de différents éléments-clés : les éléments déterminants du développement de la politique drogue, l'organisation actuelle du dispositif selon le système des quatre piliers, ainsi que le système en matière de pilotage et de coordination.

Comme nous l'avons mentionné, il est difficile de proposer des indicateurs quantitatifs clairs et comparables selon les différents contextes. Il n'est pas possible de donner une appréciation rigoureuse du nombre de personnes toxicodépendantes dans les villes, car tout un pan de consommateurs ne fréquente pas les structures d'aide et n'est pas pris en compte dans leur monitoring. De plus, les statistiques données par des sondages sous-évaluent certainement le nombre de consommateurs de par le caractère illicite de leur comportement, ce qui provoque un biais indéniable aux enquêtes. Nous avons par conséquent décidé de nous contenter d'un indicateur quantitatif unique pour donner une estimation du nombre de consommateurs toxicodépendants : le nombre de seringues remises dans les villes. Il s'agit là du meilleur indicateur disponible pour estimer l'importance de la problématique par la réponse qui lui est faite. Il faut noter toutefois que la question de la problématique drogue ne se réduit pas aux seuls consommateurs de drogue par intraveineuse. Nous nous sommes basés sur les chiffres présentés dans divers rapports d'activités et monitoring pour l'année 2014, à l'exception de Zurich où les chiffres datent de 2010<sup>13</sup>.

|              | Nombre de seringues remises dans les villes |
|--------------|---|
| Berne        | 298'000                                     |
| Genève       | 85'000                                      |
| Lausanne     | 130'000                                     |
| Zurich       | 360'000                                     |
| Bâle-Ville   | 77'000                                      |
| <b>TOTAL</b> | <b>950'000</b>                              |

Tableau2 : Nombre de seringues remises dans les villes en 2014 (2009 pour Zurich).

<sup>13</sup> Jahresbericht Sucht (2014-2015). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationsstelle Sucht der Stadt Bern; Rapport d'activités (2014). Association Première Ligne. ; Rapport d'activités (2014) du programme cantonal d'échange de matériel stérile pour les personnes toxicodépendantes dans le canton de Vaud. Rel'ier, Fondation Le Relais; Monitoring Drogen und Sucht (2010). Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich.; Jahresbericht 2014. Abteilung Sucht. Gesundheitsdienste Basel-Stadt.

Nous avons également renoncé à donner des estimations des coûts dépensés, ceux-ci étant parfois difficilement accessibles et généralement répartis entre plusieurs financeurs (aides sociales cantonales et communales, loi sur l'assurance maladie de base, etc.). De plus, les villes choisies ont des dispositifs en matière de drogue relativement variés, impliquant des départements et des niveaux institutionnels différents, ce qui amène à des budgets différents selon les secteurs. Ces documents sur les charges financières ne sont par ailleurs pas toujours accessibles. Il est de plus particulièrement difficile de dégager des éléments quantitatifs permettant la comparaison sur les mesures mises en place, car les différentes administrations n'utilisent pas toujours les mêmes indicateurs. Il faut noter enfin que dans plusieurs contextes, il n'est pas question de politique de drogues illégales, mais de politique addiction. Avec cette approche, il est de sorte considéré que l'alcool fait partie au même titre que les substances illégales dans la politique en la matière. Cela contribue d'autant plus au manque de lisibilité et de comparaison entre dispositifs.

Ces difficultés sont certes intrinsèques à la problématique, mais elles sont également un résultat en soi. Il manque à ce jour un moyen fiable permettant de comparer les villes quant à l'importance de leur problématique en matière de drogue, aux mesures mises en place ainsi qu'aux volumes financiers dépensés. C'est là certainement un enjeu au niveau national qu'il serait pertinent de travailler en concertation avec les différents acteurs. L'OFSP dispose d'ailleurs d'une centrale de coordination des addictions, infodrog, qui se charge notamment d'un monitoring des institutions proposant des offres de thérapie résidentielle des addictions. Il serait ainsi intéressant de chercher à étendre ce monitoring aux autres piliers par un travail en collaboration avec les conférences nationales des délégués drogue des villes et des cantons.

Les différentes politiques sont ainsi analysées sur la base de plusieurs thèmes. Nous avons premièrement cherché à déterminer comment la politique publique s'est progressivement construite en en déterminant l'historique (*perspective historique*). Nous avons ensuite utilisé le cadre national des quatre piliers pour décrire les lignes générales des politiques en matière de drogue, tout en analysant la répartition des tâches entre les villes et leur canton (*perspective structurelle*). Après avoir déterminé la structure du dispositif, nous avons considéré plus en détail la question du pilotage stratégique et opérationnel. Nous avons pour ce faire déterminé les instances de délibération et de décision en tant que points nodaux tels que définis par Hufty (2007) (*perspective nodale*).

Nous résumons ci-dessous les éléments de la grille d'analyse qui nous ont permis de décomposer les entretiens en regard de nos questions de recherche :

#### **Question 1 : la construction des politiques drogue (perspective historique)**

- Aperçu historique du développement de la problématique
- Dates importantes de l'intervention des autorités publiques

#### **Question 2 : la structure des dispositifs dans les villes (perspective structurelle)**

- Lignes générales de la politique drogue selon le modèle des 4 piliers
- Répartition des tâches entre villes-centres et cantons

#### **Question 3 : les pratiques de pilotage (perspective nodale)**

- Instances de coordination stratégique
- Instances de coordination opérationnelle

## 5.5 Présentation des résultats

Nous allons commencer par déterminer le processus de construction de la politique drogues dans les différents contextes étudiés. Cela consistera à donner un aperçu historique de la mise en œuvre des quatre piliers, soit par l'introduction du dernier pilier de réduction des risques. Nous détaillerons davantage le cas de la ville de Zurich, car elle a été confrontée plus que toutes les autres au phénomène de la drogue et que son développement a été le mieux documenté. Nous allons ensuite décrire les dispositifs en place selon le modèle des quatre piliers en partant du niveau cantonal qui est légalement responsable, puis le cas échéant des villes lors des délégations de compétences éventuelles. Enfin, nous dégagerons des formes de gouvernances par l'exploration d'instances de pilotage et de décision. En fin de chapitre, nous proposons une synthèse afin de montrer les différences et similitudes entre les différents contextes étudiés. Cela permettra de répondre à la question de quel est le problème et comment il a été tenté de le résoudre.

Comme nous l'avons mentionné, c'est un défi important de vouloir comparer les politiques drogues dans les différentes villes suisses. Le principe même des quatre piliers implique plusieurs départements, au niveau des villes et des cantons, qui peuvent avoir leur propre définition de ces piliers et des tâches concernées. En effet, si tous les contextes étudiés se réclament de l'approche des quatre piliers, ils ne structurent pas pour autant leurs mesures de cette manière. Néanmoins, à des fins de clarification permettant une comparaison adéquate des dispositifs, nous avons reconstruit le système en introduisant les différentes mesures selon les piliers du modèle national.

## 6. Perspective historique : la construction de la politique drogue

Nous allons présenter dans cette partie les éléments historiques constitutifs de la politique drogue dans les contextes étudiés. Nous souhaitons notamment montrer comment les mesures de réduction des risques ont progressivement été intégrées en tant que quatrième pilier de la politique drogue. Cela va permettre de déterminer de quelle façon les autorités publiques ont été amenées à mettre sur pied ou à soutenir des mesures pour faire face aux problématiques de drogue sur leur sol.<sup>14</sup>

### 6.1 Berne

À partir du début des années 80, la ville de Berne se trouva confrontée à la hausse de personnes dépendantes et à l'apparition de zones de consommation dans l'espace public. Les premières mesures mises en place pour y faire face relevaient de la politique des trois piliers typique de l'époque : pénalisation de la consommation, actions de prévention chez les jeunes, ainsi des traitements axés sur l'abstinence. Pourtant, malgré ces mesures le nombre d'usagers a augmenté et les scènes ont perduré, concentrant des usagers de tout le canton et d'ailleurs.

Afin de répondre au problème posé par la consommation de drogue dans l'espace public et faire face à l'arrivée du Sida, une association ouvrit le premier espace de consommation au monde en 1986<sup>15</sup>. Face au questionnement sur la légalité d'un tel espace, les autorités vont obtenir de l'OFSP de mandater une expertise juridique. Ce fut fait grâce à l'avis de droit Schulz (1989) qui confirma la légalité d'une telle mesure pour autant qu'il y ait une supervision médicale. Le canton put alors soutenir officiellement l'espace de consommation par une subvention financière dès 1990. Ce soutien donnant une reconnaissance de fait au pilier de réduction des risques peut être considéré comme le moment instituant la politique des quatre piliers à Berne. Le canton se met alors à financer des offres d'aides aux personnes dépendantes de façon décentralisée dans différentes régions du canton (Kübler, 2000).

Au même moment, la ville de Berne se dote également d'une stratégie en vue d'une politique drogue urbaine. Cette stratégie intègre clairement la réduction des risques avec l'objectif d'offrir des mesures d'aide pour les personnes dépendantes et de maintenir les effets négatifs de la consommation de drogue pour la population à un niveau minime. L'idée était alors de mettre en place une stratégie cohérente pour aider les personnes dépendantes tout en libérant l'espace public de la capitale. Avec la mise en place au niveau cantonal de mesures de réduction des risques et d'offres renforcées de traitement ambulatoire, la ville de Berne décida d'augmenter la pression policière afin de fermer les scènes ouvertes. En 1990 la scène du Kleiner Schanz fut fermée, suivie de celle du Kocherpark en 1992. Avec la fermeture des scènes ouvertes, il s'agissait d'éviter leur reconstitution dans d'autres lieux. Par conséquent, la ville de Berne mit en place des actions de médiation et de retour pendant quelques années à partir de 1998. Il s'agissait pour la police d'appréhender les usagers non-résidents de la ville et de les conduire dans une structure où une équipe spécialisée du service social cherchait à clarifier leur situation personnelle. Cela permettait alors de les orienter vers les structures d'aide et le cas échéant de les raccompagner dans leur commune de résidence.

Le canton s'est officiellement engagé en faveur de la politique des quatre piliers dans un document de prise de position en 1999 qui permet d'établir une stratégie ainsi qu'un mode de pilotage des différentes mesures créées jusqu'alors de façon très peu coordonnées<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Nous avons utilisé de façon croisée de nombreuses sources documentaires produites par les administrations. Afin de ne pas alourdir la présentation des résultats, nous indiquerons les références de la littérature grise en note de bas de page.

<sup>15</sup> Quarante ans d'engagement en matière de dépendance dans le canton de Berne (2013). Fondation Réseau Contact.

<sup>16</sup> Rapport du Conseil d'État (2008) relatif à la mise en œuvre de la motion 285/2008 Blaser 'Adaptation du système de prise en charge'. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

Un pilotage fonctionnel put être introduit par la fusion des différentes structures associatives au sein d'une seule, la Fondation Réseau Contact (1999) et la contractualisation de ses prestations par le canton<sup>17</sup>. Par la suite, il s'est agi de développer l'offre au niveau cantonal et de développer progressivement la stratégie addiction pour s'ajuster aux nouvelles réalités. Un deuxième espace d'accueil et de consommation ouvrit à Bienne en 2001<sup>18</sup>. D'autre part, la stratégie axée sur les drogues illégales fut adaptée en 2007 pour intégrer les substances légales selon le modèle du cube développé au niveau national. La stratégie changera alors de nom, passant de politique drogue à politique addictions. Cela eut une conséquence importante sur les institutions qui furent poussées à suivre les préceptes cantonaux. La Fondation Réseau Contact fut par exemple poussée à abandonner ses prestations de prévention sur les drogues illégales au profit de Santé Bernoise qui intervenait alors sur l'alcool et le tabac en particulier.

Nous pouvons dire en synthèse que la politique drogue à Berne s'est développée sur la base de premières initiatives privées qui purent ensuite être ancrée dans les stratégies du canton et de la ville de Berne. C'est par la conjonction d'un ensemble d'actions sanitaires, sociales et répressives, menées de façon concertée entre la ville et le canton, qu'une offre d'aide cohérente put être développé et les scènes ouvertes définitivement fermées.

## 6.2 Genève

Au début des années 80, l'approche en matière de drogue à Genève concernait essentiellement la recherche d'abstinence et la répression envers la consommation dans l'espace public. Il faut noter néanmoins qu'il ne s'agissait pas de scènes ouvertes comme en Suisse-allemande. Les premières mesures de réduction des risques virent le jour vers le milieu des années 80, lorsque des médecins et des pharmaciens se mirent à distribuer des seringues afin de faire face à l'augmentation des infections au sida. L'association Groupe Sida Genève, fondée en 1987, devint rapidement un acteur majeur de politique drogue par ses activités auprès des usagers de drogue. Il mit ainsi en place en 1991 un bus de remise de matériel stérile, le BIPS (Bus itinérant Prévention Sida - BIPS)<sup>19</sup> avec l'aide du canton. Cela constitua la première mesure de réduction des risques officiellement soutenue au niveau cantonal.

En 1991, le Conseil d'État nomma une commission consultative chargée de lui faire des propositions afin d'élaborer une stratégie en matière de dépendances<sup>20</sup>. Nommée commission mixte en matière de toxicomanie, elle réunit des acteurs publics et privés intervenant dans les champs de la drogue. Sur la base de ses recommandations, le Conseil d'État formula en 1995 une politique drogue sous l'angle du modèle des 4 piliers, en affirmant que le toxicomane qui n'est pas capable d'accepter le sevrage doit recevoir l'aide qui lui permettra de survivre<sup>21</sup>. Le canton pourra dès lors renforcer les mesures de remises de seringues du BIPS et mettre en place un programme de prescription d'héroïne.

Cette approche fut étendue à partir de 2001 avec l'ouverture à titre expérimental d'un espace de consommation (le Quai9), dont la gestion fut initialement confiée au Groupe Sida Genève. Une fois son utilité confirmée par une évaluation par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), le canton pérennisa son financement et en confia la gestion à l'association Première Ligne, constituée ad hoc (Huissoud et al., 2010).

<sup>17</sup> Quarante ans d'engagement en matière de dépendance dans le canton de Berne (2013). Fondation Réseau Contact.

<sup>18</sup> Politique en matière de drogues et de dépendances : principes, objectifs et mesures (2001). Direction de la formation, de la prévoyance sociale et de la culture. Ville de Bienne.

<sup>19</sup> Politique genevoise en matière de toxicomanie (2001). Consulté sur le site officiel de l'État de Genève : [www.geneve.ch/social/presse/2001/toxi.html](http://www.geneve.ch/social/presse/2001/toxi.html)

<sup>20</sup> Règlement de la Commission consultative en matière d'addictions. Genève : Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).

<sup>21</sup> Rapport (1995) de la commission des affaires sociales chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le rapport quadriennal (1989-1993) de la commission mixte en matière de toxicomanie. Grand Conseil de la République et canton de Genève.

Genève est ainsi l'un des premiers cantons avec une politique formelle selon les quatre piliers, soutenue au niveau politique depuis 1991 et ancrée en 1995. Le canton a développé une approche pragmatique pour faire face à l'épidémie du Sida et contribuer à éviter l'installation de scènes ouvertes comme en Suisse-allemande. L'impulsion est née d'une démarche top-down, avec une implication forte du niveau politique. Cela permit la mise en place d'une politique des mesures de réduction des risques dans un contexte nettement plus paisible qu'ailleurs.

### 6.3 Lausanne

Alors que les approches évoluaient dans les villes suisses allemandes pour intégrer progressivement des mesures de réduction des risques, le canton de Vaud resta longtemps sur la réserve quant à ce pilier, préférant maintenir sa politique basée sur l'abstinence. Le Conseil d'État estima en 1993 que « la politique cantonale doit également être orientée vers les personnes dépendantes et que tout en maintenant l'abstinence comme objectif principal, seule une palette d'offres différenciées et complémentaires apporte des réponses à cette problématique »<sup>22</sup>. Face au problème grandissant, le canton renforça néanmoins son dispositif de traitement dès 1994 avec l'ouverture d'un premier centre de traitement ambulatoire (Centre St-Martin) et une unité cantonale de sevrage (La Calypso), en complément aux institutions résidentielles existantes (Le Levant et Le Relais).

Face à la réserve cantonale sur la réduction des risques, la ville de Lausanne se mit à chercher dès 1994 d'autres soutiens afin de développer sa propre stratégie et la faire reconnaître au niveau cantonal. La ville s'allia ainsi à des communes de sa périphérie, fédérées au sein d'une communauté de la région lausannoise (COREL, renommée plus tard Lausanne Région), afin de développer une politique d'agglomération revendiquant la mise en œuvre de mesures de réduction des risques. Cela mènera en 1994 la COREL à créer et financer Rel'ier, une structure rattachée à la Fondation Le Relais, avec l'objectif de développer le réseau des acteurs pour trouver des réponses aux problèmes de drogue au niveau de l'agglomération lausannoise. Huentemilla (2002) considère que la ville de Lausanne a réussi à mettre en pratique le modèle des quatre piliers en contournant la coordination verticale du canton par une stratégie d'horizontalisation : la ville a pu « contourner les directives restrictives du Canton de Vaud en jouant à fond la carte de la Confédération et des Communes de la région lausannoise afin de s'approprier la politique dite des quatre piliers » (p.2). Sur la base de ces soutiens, une politique drogue fut définie par la ville de Lausanne, en accordant une place importante à la réduction des risques et l'aide à la survie, ainsi qu'aux mesures de réinsertion. Cela permit de développer des mesures pour couvrir les besoins fondamentaux des usagers de drogue en finançant l'ouverture d'un lieu d'accueil à bas seuil (le Passage) puis la mise en œuvre d'un dispositif de remise de matériel stérile (1996)<sup>23</sup>.

La ville devint ainsi un acteur important de la politique drogue dans le canton en mettant en œuvre et finançant des mesures innovantes. Cette marge de manœuvre conquise par Lausanne pour appliquer la politique des quatre piliers face à l'opposition du canton est une expérience unique en Suisse. C'est son rôle de coordination, sa conquête d'un soutien régional et la mise en œuvre concertées d'actions sur le terrain qui ont favorisé le développement d'initiatives dans le sens de la réduction des risques sans pour autant que ce pilier soit inscrit dans la politique cantonale.

Cela conduisit néanmoins le canton de Vaud à adopter par la suite une approche légitimant la politique de la région lausannoise et à assumer certaines charges, sans pour autant se rallier complètement et formellement à l'approche de réduction des risques. À partir de 1996, en effet le Conseil d'État développa sa politique drogue et se mit à soutenir un ensemble de projets et d'associations afin de mettre en place un dispositif de

<sup>22</sup> Politique vaudoise en matière de toxicodépendance, in Zoom N° 21 (octobre 2004). Fondation Le Relais : Rel'ier

<sup>23</sup> Rapport-préavis 1998.

prestations décentralisées<sup>24</sup>. Entre 1996 et 1997, le canton soutint l'ouverture de trois centres d'accueil pour les consommateurs marginalisés proposant diverses prestations sociales et d'aide à la survie (ACT à Vevey, Zone Bleue à Yverdon-les-Bains et Entrée de secours à Morges). Cela constitua le premier acte cantonal de réduction des risques en développant une offre d'aide pour des personnes qui ne sont pas encore prêtes à être abstinentes.

À partir de 2000, le canton va compléter son approche de réduction des risques en confiant à la structure Rel'ier la gestion d'un programme permettant la remise de matériel stérile aux usagers de manière coordonnée au niveau cantonal<sup>25</sup>. À partir de 2006, le canton mandata en outre la Fondation ABS pour mettre en œuvre un bus mobile de remise de seringues à proximité des lieux fréquentés par les usagers de drogue à Lausanne.

C'est en 2008 que le Conseil d'État intégra la réduction des risques dans son approche. Dans son plan de législature, il formula un plan stratégique avec différents axes prioritaires, dont l'un concerne la réduction des risques sans le nommer exactement comme tel : « prévention contre les risques des infections par le Sida ou l'hépatite ».<sup>26</sup>

L'histoire de la construction de la politique drogue à Lausanne et dans le canton de Vaud ne s'arrête pourtant pas là, et le processus est toujours en cours. En effet, Lausanne est la seule grande ville suisse à ne pas disposer d'espace de consommation. Ce n'est pourtant pas faute d'avoir essayé : en 2007, lors d'une votation sur référendum, les Lausannois ont refusé par 54.6% la création d'un tel espace de consommation. Pourtant, près de 10 ans après ce premier échec, la municipalité vient de rendre public un préavis sur un nouveau projet d'espace de consommation qui doit être soumis prochainement au conseil communal<sup>27</sup>. Une affaire à suivre...

## 6.4 Zurich

C'est la ville de Zurich qui rencontra les plus grands problèmes liés à la consommation de drogue en Suisse. Elle fut confrontée dès le début des années 70 aux premières overdoses d'héroïne et à l'apparition de scènes ouvertes de consommation à mesure de que progressait la désinsertion sociale des usagers dépendants. Les réponses au problème étaient alors de nature répressive ou curative à visée d'abstinence. Ce furent des travailleurs sociaux et des médecins les premiers à intervenir au milieu des années 80, sur leurs propres initiatives et de manière non coordonnée, pour offrir un semblant d'aide à la survie ainsi que du matériel pour éviter les infections au VIH<sup>28</sup>. Amené à se positionner, le médecin cantonal interdit ces remises de seringues et menaça les médecins de retrait d'autorisation de pratiquer. Plus de 300 d'entre eux signèrent alors une déclaration d'intention de continuer cette pratique, signe d'un débat particulièrement chaud et polarisé. Le parlement cantonal confirma ces mesures peu après, en 1986 (Kübler, 2001).

En 1987, la ville de Zurich décida la mise en œuvre de mesures d'aide pour les usagers de drogue. Elle créa et finança des offres de traitement de substitution ainsi que des prestations d'aide à la survie (abris d'urgence, alimentation, soins). Dans le même temps pourtant, la première grande scène ouverte de Suisse va progressivement s'installer. Dès 1986, ce sont ainsi plus de 1'500 personnes qui se rendaient quotidiennement au Parc du Platzspitz pour acheter et consommer des substances illégales au vu et au su de tous. Le nombre d'usagers augmenta rapidement menant à faire connaître le lieu au monde entier, sous le nom de Needle-Park. L'épidémie naissante de sida touchait alors massivement les usagers de drogue par intraveineuse. À partir de 1989, l'association d'aide en matière de sida, le Zipp-Aids, démarra par conséquent un programme de distribution massive de

<sup>24</sup> Politique vaudoise en matière de toxicodépendance, in *Zoom* N° 21 (octobre 2004). Fondation Le Relais : Rel'ier

<sup>25</sup> Le programme cantonal de prévention des maladies transmissibles

<sup>26</sup> Ces axes n'ont pas encore été actualisés et sont par conséquent toujours valables.

<sup>27</sup> Préavis 2016/41 'Politique communale en matière de drogue', consulté sur [www.lausanne.ch/préavis](http://www.lausanne.ch/préavis), le 6 juin 2016.

<sup>28</sup> 25 Jahre Drogenhilfe (2015) in *SD-Magazins* des Sozialdepartements in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement, N 43, November 2015. Stadt Zürich.

matériel stérile, avec plus de 10'000 seringues remises chaque jour aux usagers. La même année, le département social de la ville finança un espace de consommation mobile à proximité du Platzspitz.

En 1990, les habitants de Zurich acceptèrent une votation populaire sur une nouvelle politique drogue intégrant des mesures de réduction des risques, mais refusèrent l'ouverture d'un espace de consommation. Cela permit néanmoins de renforcer la remise de matériel stérile, d'introduire un programme de distribution contrôlée d'héroïne ainsi que d'ouvrir des prestations d'aide d'urgence. Ce fut le pas déterminant pour mettre en œuvre une approche de réduction des risques légitimée par la population. La ville ouvrit même peu après, en 1992, un espace de consommation malgré le refus de la récente votation populaire (Kübler, 2001).

Ces mesures permirent d'améliorer quelque peu la situation, mais pas de diminuer la problématique dans l'espace public, alors qu'une hausse constante des usagers était constatée. En 1991, il est ainsi estimé qu'entre 3'000 et 5'000 personnes s'y rendaient chaque jour, avec une proportion importante de non-résidents de la ville. La population devint de plus en plus excédée par cette misère et le sentiment d'insécurité lié et interpella les autorités pour qu'elles règlent le problème. Cela conduisit à la fermeture de la scène ouverte du Platzspitz au début de 1992. L'accès au parc fut interdit et son périmètre grillagé, les nombreux usagers non résidents de la ville furent expulsés de l'espace public.

Il faut noter ici que la disponibilité importante de la drogue et les prestations d'aide à la survie et de réduction des risques contribuaient à l'attractivité de la ville pour les consommateurs de drogue. En effet, de plus en plus d'usagers d'autres villes suisses (voire d'Allemagne et d'Autriche) se rendaient alors à Zurich, contribuant à la surcharge des structures d'aide et à l'augmentation de la criminalité dans l'espace public. La ville décida alors de restreindre l'accès de ses structures à ses seuls résidents. Or, faute de mesure d'aide dans leur propre commune, ces personnes restèrent sur l'espace public. La ville instaura en 1993 par la suite un centre de médiation et de rapatriement (Vermittlungs- und Rückführungszentrum<sup>29</sup>) qui dura jusqu'en 2012. Il s'agissait pour la police d'interpeller des personnes consommant dans l'espace public pour les conduire dans ces centres afin d'éclaircir leur provenance puis les forcer à quitter l'espace public de la ville, notamment en les accompagnant de force dans leur commune d'origine. Cela força les services sociaux de celles-ci à s'occuper d'eux, ce qui fut facilité plus tard grâce à un soutien financier du canton.

Cela ne régla pas le problème pour autant, car une scène se reconstitua en quelques mois à la gare désaffectée du Letten. Bien que désormais davantage hors de vue du citoyen, la précarité sociosanitaire s'aggrava au milieu des années 90 avec l'apparition de la consommation de cocaïne par intraveineuse, l'augmentation d'overdoses et surtout l'explosion des infections au VIH chez les personnes toxicodépendantes<sup>30</sup>. Le Letten devint le symbole d'une époque dramatique avec des conditions de vie peu dignes pour les usagers. Dans cet immense squat à ciel ouvert, les consommateurs s'injectaient hors de toute condition d'hygiène, la prostitution était endémique chez les usagères, les rats déambulaient au milieu des seringues tâchées de sang et des préservatifs usagés<sup>31</sup>.

Le drame humain qui se jouait dans cette gare désaffectée atteint son paroxysme à l'été 1994. Il y eut plusieurs meurtres au Letten, des menaces d'attentats contre les forces de l'ordre de la part de dealers, ainsi qu'un ultimatum intimant aux autorités publiques de régler le problème sous la menace de constituer des milices pour le faire à leur place.

Sur la base du constat que l'échec de la fermeture du Platzspitz était dû au manque de stratégie coordonnée avec tous les acteurs, la municipalité va institutionnaliser la collaboration des départements concernés dans des commissions afin de piloter la politique. La ville va demander de l'aide à la Confédération pour la soutenir dans sa

<sup>29</sup> Drogenpolitik der Stadt Zürich: Strategie, Massnahmen, Perspektiven (2004). Stadtrat von Zürich.

<sup>30</sup> Ibid.

<sup>31</sup> Web-chronique du Tages-Anzeiger 'The Needle-Trauma' (2014) consultable sur [www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/platzspitz/chronik](http://www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/platzspitz/chronik)



politique et sa volonté de fermer adéquatement le Letten. En 1994, suite à sa visite au Letten, la conseillère fédérale en charge de la santé Ruth Dreifuss institua un groupe de travail comprenant la ville, le canton et la Confédération, afin de chercher des solutions concertées. Cela permit d'instaurer une stratégie cohérente avec la collaboration du canton pour décharger la ville de Zurich. Le canton décida en effet d'offrir une aide financière pour inciter les autres communes à mettre en œuvre des prestations d'aide décentralisées dans le canton. Il décida en outre l'ouverture de places de prison pour emprisonner le plus grand nombre de dealers.

Une fois cette stratégie décidée et concertée avec le niveau cantonal, la ville de Zurich put ordonner la fermeture de la scène ouverte du Letten. Les scènes ouvertes disparurent définitivement lors de ce deuxième essai grâce à « la nouvelle politique de drogue qui avait mis en réseau les centres d'accueil bas-seuil, la prescription d'héroïne sous contrôle médical, des structures de jour offrant des possibilités d'intégration à travers des emplois appropriés, des offres permettant la sortie de la drogue, mais aussi des interventions policières »<sup>(32)</sup>p.4).

Ce succès fut permis grâce à la coopération améliorée entre les différents départements et domaines d'activités, ainsi que par le soutien du canton et de la Confédération. Cela permit également de consolider l'approche par quatre piliers avec désormais des mesures coordonnées : plusieurs espaces d'accueil et de consommation répartis dans la ville, l'ouverture de policliniques municipales offrant des traitements de substitution à base de méthadone et d'héroïne, ainsi que des actions répressives pour interpellier et emprisonner les dealers ainsi qu'expulser les usagers non résidents de la ville. La forte diminution de l'accessibilité des drogues par l'emprisonnement massif des dealers et le rapatriement des non-résidents dans leur commune contribua à éviter la reconstitution de scènes ouvertes et la nette amélioration de la situation de l'espace public.

Cet historique du développement de la politique drogue à Zurich montre combien c'est la ville qui a toujours porté la problématique, quand bien même elle a bénéficié d'un certain soutien de la part du canton et de la Confédération. La ville gère et finance d'ailleurs toujours la grande majorité des mesures relevant de la politique des quatre piliers comme nous le verrons au chapitre suivant. Une charge qui se compliqua d'ailleurs lors qu'en 2004 le canton décida de réduire son soutien financier aux aides décentralisées de près de 60%, ayant des répercussions sur de nombreuses structures dans le canton et en ville de Zurich<sup>33</sup>. Ce qui reste de ce soutien cantonal est même appelé aujourd'hui à disparaître complètement. En effet, le Canton de Zurich a annoncé récemment un paquet d'assainissement financier et le ministre en charge de la santé son souhait de supprimer les contributions financières en matière d'aide décentralisée en addiction<sup>34</sup>. Il sera intéressant d'observer les répercussions sur les mesures décentralisées, et notamment le risque de surcharge des structures de la ville de Zurich par un afflux d'usagers confrontés à la perte de prestations dans leur région.

## 6.5 Bâle-Ville

À la fin des années 80, la ville avait sa propre scène de la drogue. Ce sont les milieux associatifs qui développèrent les premières mesures de réduction des risques, hors de tout soutien des autorités cantonales encore sceptiques quant à cette approche. Des intervenants sociaux commencèrent ainsi dès 1987 à mener les premières actions de remise de matériel stérile pour limiter l'extension de l'épidémie de VIH chez la population toxicodépendante. À partir de 1988, différents acteurs associatifs mirent des appartements à disposition des usagers pour y consommer de manière plus sécurisée, toujours de manière informelle, mais tolérée par les pouvoirs publics<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> Maurer, E., 'Poursuite d'un succès : Politique en matière de drogue – ProMeDro III', in *Spectra*, N° 59 (octobre 2006).

<sup>33</sup> « Dezentrale Drogenhilfe baut Leistungen ab », NZZ (11.08.2004).

<sup>34</sup> Neue Zürcher Zeitung (13.4.2016). So will der Kanton sparen. Consulté sur [www.nzz.ch](http://www.nzz.ch) en mai 2016.

<sup>35</sup> Rausch, Ekstase, Sucht: Geschichte der Suchtpolitik des Kantons Basel-Stadt (2014). Gesundheitsdienste Basel-Stadt.

La première contribution cantonale aux mesures de réduction des risques fut le soutien financier dès 1989 de l'espace de consommation associatif. À mesure que cet espace se trouva saturé par le grand nombre de consommateurs le fréquentant, le canton renforça son aide. À partir de 1990, le canton mit en œuvre différentes mesures de réduction des risques pour compléter et désengorger les offres associatives, notamment avec un bus de remise de matière stérile et l'installation d'un automate distributeur de seringues<sup>36</sup>.

Face à l'absence de coordination des coordonnées, le canton fut ensuite amené à développer une politique concertée en matière de drogue. Le Conseil d'État formula ainsi en 1991 une stratégie intégrant formellement la réduction des risques. Il s'agissait d'introduire une politique drogue avec un souci d'équilibre entre les offres d'aide sociosanitaire pour les usagers et la protection de la population par des mesures d'ordre public. C'est ce volontarisme politique qui permit de mettre en œuvre une politique drogue intégrée avec l'ouverture et le financement en 1991 d'un espace de consommation officiel et piloté par le canton, suivi par deux autres en 1992 (dont l'un sera fermé en 2014).

Le canton engagea rapidement par la suite une restructuration du dispositif de collaboration entre les instances étatiques et les organisations privées. Cela conduisit à la création en 1993 de la section de coordination sur les questions en matière de drogue (Abteilung Koordination Drogenfragen) avec à sa tête un délégué cantonal à la drogue rattaché au Département de la justice<sup>37</sup>. Ce secteur se vit confier la mission de planification et de coordination de toutes les actions en matière de drogue sur le canton. La création de cet organe de coordination eut un impact important sur la politique drogue à Bâle en renforçant considérablement la responsabilité et le pilotage des actions par l'administration publique. Cela permit d'amener une stabilité et une efficacité dans la collaboration des différents services et corps professionnels.

---

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Ibid.

## 7. Perspective structurelle : le dispositif actuel

Nous allons à présent donner un aperçu des politiques drogue existant aujourd'hui dans les différents contextes. Il s'agit de dégager des éléments structurels permettant de comparer ces dispositifs et de déterminer dans quelle mesure les villes-centres sont impliquées. Nous avons pris le modèle national des quatre piliers comme référence pour mettre en évidence les mesures de prévention, de traitement, de réduction des risques et de répression. Il faut noter que si tous les contextes s'ancrent sur ce modèle, leurs documents stratégiques n'adoptent pas forcément la même structuration.

### 7.1 Berne

C'est le niveau cantonal qui est majoritairement impliqué dans la politique drogue à Berne et la quasi-totalité des mesures situées en ville de Berne sont financées par le canton. La loi cantonale sur l'aide sociale (2001) mentionne deux axes généraux en matière de drogue : la promotion de la santé et la prévention ainsi que l'aide aux dépendants (art 69. LASoc). Les prestations d'aide aux dépendants comprennent les traitements résidentiels et ambulatoires, la réduction des risques et les mesures d'intégration par le travail et le logement. La stratégie actuelle en matière de drogue a été définie en 2012 par le canton, sur l'impulsion d'une motion parlementaire, dans le document « Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne. Stratégie et mesures 2012-2015 »<sup>38</sup>. Ce document priorise les prestations proposées en matière de thérapie et de réduction des risques envers les personnes dépendantes et détermine les organes de gouvernance et de mise en œuvre de cette stratégie. Les mesures en matière de prévention et de répression sont décrites dans un rapport complémentaire présenté en 2014.

Le canton mandate des organismes privés au moyen de contrats de prestations pour mettre en œuvre les différentes mesures spécifiques. Il faut souligner que le canton de Berne dispose d'une particularité significative dans sa politique en matière d'aide sociale, comprenant les prestations en matière de drogue. Le canton dispose en effet d'un système de compensation des charges de l'aide sociale, où les prestations sont financées à moitié par le canton, l'autre moitié par les communes proportionnellement au nombre d'habitants<sup>39</sup>. Ce principe de péréquation financière intercommunal facilite la négociation et la mise en œuvre de prestations décentralisées au niveau du canton. En outre, un fonds de lutte contre la toxicomanie constitué par les taxes fédérales de la dîme de l'alcool et de la loi sur les maisons de jeux permet de financer des projets ponctuels.

C'est l'office des affaires sociales de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du Canton de Berne qui est chargée de la mise en œuvre de la politique drogue par le biais de sa division de promotion de la santé et addiction (DPSA).

#### a) Prévention

La DPSA pilote la mise en œuvre des mesures de prévention déployées au niveau cantonal. Elle s'appuie pour ce faire sur un programme de promotion de la santé et de prévention, qui inclut les questions de dépendances. Ce sont des acteurs privés qui mettent en œuvre ces mesures, notamment Santé bernoise et la Croix-Bleue. Les actions de prévention s'adressent à différents publics comme les jeunes, les écoles et les parents<sup>40</sup>.

#### b) Thérapie et insertion

En matière de thérapie, il y a deux grands types de prestations avec des offres ambulatoires ou résidentielles, qui incluent ou non des traitements à base de substitution

<sup>38</sup> Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne : stratégies et mesures (2012)

<sup>39</sup> Art. 78 LASoc

<sup>40</sup> Rapport complémentaire à la stratégie d'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne : domaines de la prévention et de la répression. Rapport du Conseil-exécutif (2014) suite à la motion Mühlheim 2013.

à la méthadone ou à l'héroïne<sup>41</sup>. Il faut noter que le dispositif bernois inclut également les prestations concernant l'alcool dans son dispositif de thérapie depuis l'adoption du modèle du cube qui supprime la distinction de légalité du modèle des quatre piliers (2006). Les prestations ambulatoires sont déployées par le service cantonal universitaire psychiatrique (UPD), ainsi que d'acteurs privés comme Santé bernoise et la Croix-Bleue. Les mesures de traitement résidentiel sont déployées par d'autres prestataires privés. Les traitements de substitution sont proposés par deux structures actives au niveau cantonal : la Fondation Réseau Contact et l'UPD. La plupart de ces structures proposent par ailleurs des mesures d'aide à l'insertion. Les différents acteurs privés sont mandatés par l'office des affaires sociales sur la base d'un contrat de prestations. Toutes les prestations relevant de la médecine de l'addiction sont financées par LAMal, à l'exception de la substitution à l'héroïne financée par le canton.

### **c) Réduction des risques et aide à la survie**

Les tâches de ce pilier constituent les mesures mises en œuvre afin de diminuer les atteintes à la santé (réduction des risques individuelle) et garantir la survie des dépendants (aide à la survie), mais également pour limiter les nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public (réduction des risques sociétale).

Il y a deux espaces d'accueil et de consommation dans le canton. Le premier en ville de Berne est accessible à tous les résidents du canton à l'exception des résidents de Thoun et Oberland<sup>42</sup>. Le deuxième est à Bienne et son accès réservé aux résidents du Seeland. Le canton dispose également de plusieurs mesures de distribution de matériel stérile, nommées SPUT (Spritzenumtausch, 'échange de seringues'). L'office cantonal des affaires sociales finance ces mesures par contrats de prestation avec différents acteurs privés (notamment la Fondation Réseau Contact) ou par le biais d'autorisations aux communes leur permettant de reporter leurs charges sur la péréquation intercommunale.

Il y a également d'autres prestations cantonales relevant de l'aide à la survie comme des lieux d'accueil, des offres d'hébergement d'urgence ou d'alimentation ainsi que des programmes d'occupation. Ces prestations dispensées par différents acteurs privés ne s'adressent pas qu'aux usagers de drogue, mais à toute population précarisée, par exemple les travailleuses du sexe.

La ville de Berne dispose en outre d'une équipe de médiation dans l'espace public, nommée Pinto (prévention, intervention et tolérance), rattachée à la direction de l'éducation, des affaires sociales et du sport. Cette équipe intervient sur toutes les nuisances provoquées par différents groupes dans l'espace public. Cette mesure est entièrement financée par la Ville.

### **d) Répression**

Les mesures de répression entrent dans le mandat classique des forces de l'ordre. La ville de Berne disposait d'une police municipale jusqu'en 2008, année où cette mission est devenue exclusivement cantonale. La police cantonale dispose d'une équipe spécialisée pour les interventions en matière de drogue sur l'espace public, nommée Krokus. C'est cette équipe qui intervient généralement pour diminuer les nuisances à proximité de l'espace de consommation de la ville.

## **Rôle de la ville de Berne**

La majorité des offres sont pilotées et financées par le niveau cantonal. La ville de Berne n'a par conséquent qu'un périmètre de compétences réduit en rapport au canton. Mais elle dispose néanmoins de sa propre stratégie addiction qui s'ancre sur la politique cantonale, tout en se ménageant une marge de manœuvre permettant la mise en œuvre

<sup>41</sup> Jahresbericht Sucht (2014-2015). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationsstelle Sucht der Stadt Bern.

<sup>42</sup> Ce cas particulier est présenté dans le chapitre sur la gouvernance.

de mesures complémentaires<sup>43</sup>. Le but de sa stratégie est double : s'assurer que les personnes dépendantes trouvent une offre d'aide adéquate et maintenir les effets négatifs de la consommation de drogue pour la population à un niveau minime<sup>44</sup>. La ville est ainsi très active au niveau de la protection de la population en cherchant à éviter les nuisances sur l'espace public, notamment les scènes de consommation et de deal, ainsi que les débordements du milieu festif.

C'est le service de coordination addiction (Koordinationstelle Sucht) du département de l'éducation, des affaires sociales et du sport qui est chargé de la mise en œuvre de la politique addiction en ville de Berne<sup>45</sup>. Ce service de coordination sert de fonction charnière importante entre les différents services concernés de l'administration et les institutions professionnelles. Le service a également le mandat d'organiser un forum addiction public tous les deux ans afin de débattre sur des thèmes d'actualité, et peut également organiser des rencontres de voisinage pour entendre les inquiétudes de la population. Il est également chargé de rédiger un rapport de monitoring sur les mesures des quatre piliers déployées en ville de Berne.

## 7.2 Genève

Le dispositif en matière de drogue à Genève est mis en œuvre par le canton. Il n'existe pas de document stratégique récent qui définit de manière intégrée les différentes mesures relatives aux quatre piliers. La stratégie actuelle s'appuie cependant sur des principes formulés par le passé lors de la création du bus de remise de seringues (BIPS) en 1991 et de l'espace de consommation Quai9 en 2001<sup>46</sup>. La création de ces structures intègre de fait les mesures de réduction des risques.

Il faut souligner ici qu'il s'agit de mesures essentiellement sanitaires dans leur conception, car elles se sont construites dans l'optique de la prévention des maladies transmissibles (VIH et hépatite C)<sup>47</sup>. Les bases légales du Quai9 sont d'ailleurs celles de la loi fédérale de lutte contre les maladies transmissibles, un ancrage légal qui a ainsi donné une coloration très sanitaire à la politique drogue à Genève.

C'est donc sans surprise que la responsabilité des mesures en matière de drogue est confiée à la direction générale de la santé (DGS) du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS). La mise en œuvre des mesures est à la charge du secteur de promotion de la santé et de prévention rattaché à la DGS. Le secteur exerce sa mission en menant des projets et en mandatant des acteurs privés. La DGS administre également un fonds drogue qui permet le financement de projets ponctuels<sup>48</sup>.

### a) Prévention

Les mesures en matière de prévention sont menées par différentes structures compétentes qui ont été regroupées en 2013 dans une association faitière nommée Carrefour Addictions. Cette association regroupe les organismes de prévention en matière de tabac (Cipret), d'alcool (FEGPA) et de jeu excessif (Rien ne va plus), ainsi que de cannabis. L'association est en majeure partie financée par le canton (DGS) sur la base d'un contrat de prestations.

D'autre part, le DEAS dispose d'un Plan cantonal en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé pour 2011-2015<sup>49</sup>. Ce plan comprend un axe sur la prévention de l'abus d'alcool avec des mesures ponctuelles déployées dans différents contextes et

<sup>43</sup> Suchtpolitik. Ziele, Schwerpunkte und Massnahmen 2007-2012 (2007). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationstelle Sucht.

<sup>44</sup> principes directeurs de la politique addiction pour 2014-2018

<sup>45</sup> Rapport annuel addiction 2014-2015 de la ville de Berne

<sup>46</sup> Politique genevoise en matière de toxicomanie (2001). Consulté sur le site officiel de l'État de Genève : [www.geneve.ch/social/presse/2001/toxi.html](http://www.geneve.ch/social/presse/2001/toxi.html)

<sup>47</sup> Contrat de prestations entre le Canton (DEAS) et l'association Première Ligne 2013-2016.

<sup>48</sup> Loi sur la création d'un fonds destiné à la lutte contre la drogue

<sup>49</sup> Plan cantonal en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé pour 2011-2015. Le plan cantonal 2016-2020 est en construction, il y a surtout des mesures transversales sans rien de spécifique aux substances.

en collaboration avec différents acteurs de la ville ou privés (vente à l'emporter, manifestations festives ou sportives, maisons de quartiers). Si le pilotage et le financement sont du ressort du Canton, la Ville de Genève contribue au niveau de la prévention en soutenant des organisations actives au niveau du travail social dans les quartiers et lors des manifestations soumises à autorisation<sup>50</sup>.

Toutes les activités de prévention en milieu scolaire sont développées en collaboration avec le service santé jeunesse du département de l'instruction publique qui fournit également des ressources financières.

### **b) Thérapie et insertion**

Il y a différents types de prestations en matière de traitement, déployés par différents acteurs privés ou publics. La DGS collabore avec la direction générale de l'action sociale du même département qui finance les institutions résidentielles à orientation sociale. Les prestations strictement médicales sont financées par la LAMal.

Les mesures relevant du traitement ambulatoire sont dispensées notamment par la Fondation Phénix qui propose également des traitements de substitution à la méthadone. D'autre part, de nombreuses prestations relevant de la médecine de l'addiction sont proposées par le service d'addictologie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Le service propose des offres de traitement ambulatoire (avec ou sans traitements de substitution à la méthadone ou l'héroïne), ainsi que des prestations psychiatriques pour les patients souffrant d'addiction et de comorbidité psychique. Certaines mesures thérapeutiques pour l'alcool, le cannabis et le jeu excessif sont également dispensées par les structures de Carrefour Addictions. Enfin l'association ARGOS propose des mesures sociales pour les personnes dépendantes comme des places de thérapie résidentielle et d'aide à l'insertion.

### **c) Réduction des risques et aide à la survie**

Les mesures de réduction des risques sont mises en œuvre par l'association Première Ligne sur la base d'un contrat de prestation avec le DEAS<sup>51</sup>. L'association fournit aux usagers de drogue un lieu d'accueil où ils peuvent faire consommer leurs produits dans de bonnes conditions d'hygiène, le Quai9. L'association contribue à diminuer les infections au VIH et à l'hépatite par la remise de matériel stérile au Quai9 ainsi que par deux automates à seringues installés à proximité (et par un bus mobile jusqu'en 2013). Des activités d'insertions sont également proposées.

Le Quai9 est la seule structure de jour offrant un accueil pour les usagers de drogue de façon spécifique. De fait, nombreux sont les consommateurs qui fréquentent la structure sans pour autant y consommer. Il y a évidemment d'autres structures d'aide sociale s'adressant aux populations précarisées en général, mises en œuvre notamment par l'Hospice Général ainsi que par différents acteurs privés.

### **d) Répression**

Les tâches de répression sont du ressort de la police cantonale qui dispose d'une section spécialisée de la voie publique et des stupéfiants. La police cantonale a récemment renforcé son dispositif pour faire face à l'important problème de deal dans l'espace public à Genève (opération 'Hydra' dès 2011)<sup>52</sup>.

La ville de Genève dispose également de sa propre police municipale qui collabore avec la police cantonale. Si les agents municipaux ont des compétences réduites en matière de répression, ils sont néanmoins très actifs au niveau de l'espace public, où ils réalisent un travail de proximité afin de diminuer les nuisances liées aux incivilités liées aux zones de deal, du travail du sexe ainsi que du milieu festif.

<sup>50</sup> [www.ville-geneve.ch/themes/securite-prevention/prevention-alcool-drogue](http://www.ville-geneve.ch/themes/securite-prevention/prevention-alcool-drogue)

<sup>51</sup> Contrat de prestation 2013-2016 entre l'État de Genève et l'association genevoise de réduction des risques liés aux drogues (PL11016, Annexe 4B, 2012).

<sup>52</sup> [www.letemps.ch/suisse/2015/06/25/police-genevoise-part-guerre-contre-deal-rue](http://www.letemps.ch/suisse/2015/06/25/police-genevoise-part-guerre-contre-deal-rue)

## 7.3 Vaud et Lausanne

Dans le contexte vaudois, la majeure partie des mesures sont mises en œuvre par le canton. Mais nous allons voir également que la ville de Lausanne est particulièrement active en matière de réduction des risques avec un fort enchevêtrement des tâches comme conséquence.

Au niveau cantonal, c'est le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) qui est responsable de la politique drogue. Son Service de la santé publique (SSP) et plus particulièrement sa division de Programmes de santé publique et de prévention à la mission d'assurer l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie en matière de drogue. Le rôle de la division est notamment d'assurer le pilotage de l'offre de prestations en matière de consommation de drogues et d'assurer la coordination avec les nombreux partenaires du réseau de soin. Le service administre également un fonds de lutte contre les toxicomanies, constitué afin de soutenir des projets dans différents domaines.

### a) Prévention

Le canton dispose depuis 2006 d'un programme de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire qui inclut les dépendances. Les mesures du programme sont mises en œuvre par une unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire dont la direction est gérée conjointement entre le DSAS et le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture.

Le DSAS mandate d'autre part des acteurs privés comme la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme et le Centre de prévention du tabagisme qui sont rattachés aux Ligues de la santé. Le SSP mandate en outre des Espaces Prévention pour la mise en œuvre de mandats d'interventions sociales auprès des jeunes sur les questions de dépendance.

Diverses actions de prévention sont également mises en œuvre de façon subsidiaire et ponctuelle par les services en charge de la jeunesse des communes. Il s'agit notamment de campagnes ou d'actions de prévention dans les centres de loisirs, dans l'espace public ou auprès des parents. La Commission Dépendances et prévention de Lausanne Région subventionne également des projets ponctuels à l'intention des jeunes de l'agglomération lausannoise.

### b) Thérapie et insertion

Les mesures thérapeutiques sont du ressort de l'État. Le canton donne la mission de dispenser des offres ambulatoires spécialisées aux deux grandes institutions hospitalières du canton : le CHUV et la Fondation de Nant compétente pour l'Est vaudois. Il y a ainsi quatre centres répartis sur le canton (le Centre St-Martin à Lausanne, l'UTAD à Yverdon-les-Bains, l'UAS à Montreux et Azimut à Aigle). Ces centres proposent également des traitements à base de substitution, à l'exception de l'héroïne, une offre encore inexistante sur le canton. Il existe en outre une unité de sevrage (La Calypso) ainsi qu'une unité spécifique aux jeunes (Départ), toutes deux rattachées au CHUV<sup>53</sup>.

Concernant les thérapies résidentielles, le canton dispose de quatre établissements répartis sur le territoire cantonal (Foyer Relais à Morges, Bartimée près d'Yverdon ainsi que les Oliviers et Le Levant à Lausanne). Ces structures proposent également des prestations de réinsertion socioprofessionnelle. Ces institutions sont financées en majeure partie par le Service de prévoyance et d'action sociale (SPAS). Afin d'optimiser l'adéquation entre l'offre de prestations et les besoins, le canton a mis sur pied un dispositif cantonal d'indication et en a confié la gestion opérationnelle à Rel'ier (Fondation Le Relais).

---

<sup>53</sup> Dans les documents consultés, la structure Départ est intégrée dans le pilier de la prévention en tant que mesure pour les jeunes. Nous considérons pourtant qu'il s'agit bien d'une offre thérapeutique, car la structure est rattachée au CHUV et accueille des patients pour des consultations ambulatoires.

### **c) Réduction des risques et aide à la survie**

Le canton dispose d'un programme de prévention des maladies transmissibles (PPMTMS) dont le but est de coordonner la remise de matériel stérile distribué par différentes structures vaudoises. Le SSP a confié la tâche de gestion opérationnelle de ce programme à Rel'ier (Fondation Le Relais).

Il y a quatre centres d'accueil pour usagers de drogue sur le territoire cantonal : le Passage à Lausanne, Entrée de secours à Morges, Zone Bleue à Yverdon-les-Bains et AACTS à Vevey. Ces centres offrent un lieu d'accueil et différentes prestations aux personnes toxicodépendantes en matière d'aide à la survie (alimentation, hygiène, soins), de réduction des risques (remise de matériel stérile) ainsi que diverses activités occupationnelles. Les structures régionales sont majoritairement financées par le canton (DSAS) et les associations de communes (région d'action sociale).

À Lausanne, l'espace d'accueil le Passage est géré par la Fondation ABS (Accueil à bas seuil). Le Passage est majoritairement financé par la ville de Lausanne par le biais d'un contrat de prestation avec le service social lausannois (SSL). Mais il existe également depuis plusieurs années une convention de subventionnement avec le canton pour les tâches spécifiquement sanitaires dispensées au Passage. D'autre part, la Fondation ABS gère également la Terrasse, un lieu d'accueil avec tolérance de la consommation d'alcool. Ouverte à titre expérimental et financée au niveau cantonal, cette structure désormais pérennisée est financée par la Ville (SSL). Enfin, la Fondation ABS gère le bus de remise de matériel stérile Distribus sur mandat cantonal (SSP). Si ces structures ont des financements différents, les prestations sont définies d'entente entre le canton, la ville et la Fondation ABS, ainsi que le CHUV pour la Terrasse<sup>54</sup>.

Lausanne est la seule grande ville de Suisse à ne pas avoir d'espace d'accueil et de consommation dans le dispositif de réduction des risques, près l'échec d'un premier projet après l'échec d'un premier projet en 2007. Mais nous avons mentionné qu'un nouveau projet est sur le point d'être discuté. Cela pourrait permettre de compléter les mesures de réduction des risques comme c'est le cas dans les autres grandes villes suisses.

La ville dispose également d'un dispositif en matière d'aide sociale d'urgence, rattaché au SSL, visant à couvrir les besoins vitaux des personnes en grande précarité, des populations dont font également partie les personnes toxicodépendantes. La majorité des prestations en la matière octroyée par des institutions subventionnées par le service social. Il s'agit notamment des offres d'hébergements d'urgence et d'alimentation, des prestations de soins et d'hygiène de premier recours, ainsi qu'un espace d'accueil de jour (L'Espace).

D'autre part, la ville propose des mesures relevant de la réduction des risques pour la population. Il s'agit des actions de médiation dans l'espace public par différents acteurs : des travailleurs sociaux rattachés à la Fondation Le Relais intervenant sur les difficultés en lien avec les personnes toxicodépendantes, ainsi que le dispositif municipal des Correspondants de Nuit qui interviennent plutôt dans le cadre du milieu festif<sup>55</sup>.

### **d) Répression**

Les tâches en matière de répression sont menées en collaboration entre la police cantonale et les polices municipales quand elles existent. Plusieurs villes rencontrent depuis plusieurs années des problèmes importants en matière de deal de rue, ce qui a amené le canton et certaines communes à renforcer leur dispositif. Le canton met ainsi en œuvre depuis 2013 l'opération STRADA afin de lutter contre le trafic grâce à une chaîne pénale améliorée et une meilleure coordination avec le ministère public et le service pénitentiaire.

---

<sup>54</sup> Convention de subvention entre le Service de la santé publique et la Fondation ABS (2014-2017)

<sup>55</sup> À noter qu'il y avait précédemment une équipe de médiation davantage axée sur les usagers de drogue, mais qui a pris fin avec l'ouverture des espaces d'accueil (La Terrasse et l'Espace).



La ville de Lausanne dispose de sa propre police municipale qui collabore avec la police cantonale. Elle dispose également d'une section spécialisée sur les questions de drogue, la brigade des stupéfiants.

### **Rôle de la ville de Lausanne**

La ville de Lausanne dispose de sa propre stratégie définie dans un rapport/préavis qui actualise les objectifs de la politique communale en matière de drogue<sup>56</sup>. Les objectifs sont de réduire les risques sociosanitaires de la consommation, d'offrir une aide à l'insertion, d'adopter une démarche de réduction des risques pour les habitants ainsi que diminuer le trafic. Le service social subventionne par contrats de prestation différentes institutions actives dans le domaine (notamment la Fondation ABS). La ville de Lausanne dispose d'ailleurs depuis 2002 d'un responsable du dispositif addictions, rattaché au service social, dont la tâche est de piloter les offres de réduction des risques et d'insertion pour les usagers dépendants. La ville est ainsi clairement active pour les prestations à caractère social d'aide à la survie (lieux d'accueil, alimentation, hébergements d'urgence) ou d'insertion (logement, activités d'insertion et occupationnelles). D'autre part, il y a également des mesures relevant de l'ordre public afin de réduire les risques pour la population : des actions de médiation dans l'espace public, ainsi que le renforcement de la présence policière dans certains lieux.

## **7.4 Zurich**

Nous avons vu au chapitre précédent que la ville de Zurich a développé sa propre politique et qu'elle pilote et finance la majorité des prestations. La politique drogue en ville de Zurich s'ancre sur le modèle des quatre piliers qu'elle a contribué à développer. Il n'y a pas de plan drogue actuel, mais les principes d'actions s'appuient sur une stratégie formulée en 2004<sup>57</sup>. La vision qui prévaut a un double focus : réduire les risques de l'usage de drogue et assurer la survie des personnes concernées, ainsi qu'améliorer la qualité de vie de la population dans son ensemble en réduisant les nuisances dans l'espace public. La stratégie mentionne d'ailleurs clairement la compatibilité urbaine comme objectif supérieur : « tous les habitantes et habitants doivent se sentir en sécurité à Zurich et pouvoir y vivre dignement »<sup>58</sup>.

C'est la Division addiction et drogues du département social de la Ville de Zurich qui est responsable du pilotage des mesures<sup>59</sup>. La division collabore avec le département de la santé et de l'environnement pour les prestations d'ordre sanitaire, ainsi que de l'éducation pour les mesures de prévention en milieu scolaire.

La grande majorité des prestations relatives aux quatre piliers étant mise en œuvre par la ville de Zurich, nous présentons ci-après la structure de son dispositif<sup>60</sup>.

### **a) Prévention**

La ville de Zurich dispose d'un centre de compétences en prévention rattaché au département de l'école et du sport. Le financement de cette structure est à la charge de la commune, avec une contribution cantonale de 30%. Le centre propose différentes prestations relevant de la promotion de la santé globale, ainsi que des mesures de prévention spécifiques à certaines substances, notamment le tabac, l'alcool et le cannabis. Ces actions s'adressent à différents publics (jeunes, parents, écoles); il y a également des campagnes de sensibilisation à l'intention du grand public.

En matière de prévention, il faut prendre en compte également les interventions du Streetwork rattaché au département social de la ville. Cette équipe mène des actions sociales auprès des jeunes dans la rue, ainsi que dans le milieu festif et les écoles.

<sup>56</sup> Rapport/préavis N 2009/03 bis du 28 avril 2010 « Politique communale en matière de drogue ».

<sup>57</sup> Drogenpolitik der Stadt Zürich (2004).

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Selon le 6<sup>e</sup> rapport de monitoring 2010

<sup>60</sup> Monitoring Drogen und Sucht (2010). Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich.

## **b) Thérapie et insertion**

La ville met à disposition deux structures de traitement ambulatoire offrant également des traitements de substitution (méthadone et héroïne) : les polycliniques Crossline et Lifeline<sup>61</sup>. Ces structures sont financées par la ville, leurs prestations médicales par la LAMal. Le centre pour la médecine de l'addiction de l'université psychiatrique de Zurich propose également de telles mesures, de même que l'association privée ARUD. En outre, la ville dispose d'une institution de traitement résidentiel (Frankental), dont les prestations sont financées par la LAMal grâce à son inscription sur la liste des hôpitaux conventionnés. Cette structure propose également des mesures relevant de l'insertion professionnelle, de même que d'autres organisations privées. Ces différentes mesures relevant des axes sanitaires sont pilotées par le département de la santé et de l'environnement.

## **c) Réduction des risques et aide à la survie**

La majeure partie des prestations en la matière sont mises en œuvre par le département social de la ville. Il s'agit notamment des quatre espaces d'accueil et de consommation, dont l'accès est limité aux résidents de la ville. Ces structures s'occupent également de la remise de seringues aux usagers et proposer diverses activités occupationnelles.

La ville dispose également de différentes mesures d'aide à la survie à l'intention de la population précaire pilotées par le département social. Les offres sont variées comme des logements protégés, des lieux d'accueil et des abris d'urgence à l'intention de différents types de population (SDF, travailleuses du sexe, personnes avec difficultés psychiques, migrants). D'autres acteurs privés dispensent également des mesures relevant de la réduction des risques et de l'aide à la survie comme des prestations de travail social, des structures d'accueil de jour ainsi que des aides au logement. Le département de la santé gère en outre une structure médicale offrant des soins de base aux personnes en situation précaire : l'Ambulatorium Kanonengasse.

En regard de la réduction des risques pour la population générale, la ville a mis sur pied une équipe de médiation, nommée SIP (Sécurité, intégration et prévention), rattachée au département social. Cette prestation, développée en regard des nuisances liées à la présence des usagers dépendants dans l'espace public, s'oriente aujourd'hui davantage sur les nuisances provoquées par le travail du sexe et le milieu festif.

## **d) Répression**

La ville de Zurich dispose de sa propre police municipale qui collabore évidemment avec la police cantonale, notamment pour toutes les questions relevant du trafic de stupéfiants. Il ne semble pas y avoir de division spécifique en matière de drogue que ce soit au niveau communal ou cantonal. La police municipale a un rôle essentiel d'assurer l'ordre public et de diminuer les nuisances. Elle dispose pour ce faire d'un outil légal, les mesures d'éloignements qu'elle peut prononcer à l'égard de personnes auteurs d'incivilités (Art.33. Polzeigesetz, PolG)<sup>62</sup>. Si la ville de Zurich n'est pas la seule à disposer de cette mesure, il semble qu'elle l'utilise de manière beaucoup plus importante qu'ailleurs<sup>63</sup>.

## **Rôle du canton**

Si la ville de Zurich pilote et finance la majorité des mesures relatives aux quatre piliers sur son sol, il existe bien sûr des offres d'aide ailleurs dans le canton, dispensées par différents prestataires publics et privés. Il y a ainsi des prestations en matière de traitement ambulatoire et résidentiel, ainsi que des traitements de substitution à la méthadone, les prescriptions d'héroïne étant uniquement dispensées en ville de Zurich. Il y a également des offres en matière de logement et de centres d'accueil de jour. Le canton contribue financièrement à ces offres permettant de mettre en œuvre une aide

<sup>61</sup> Ces deux structures sanitaires étaient encore rattachées début 2016 au département social.

<sup>62</sup> (Art. 33 Überwachung, Wegweisung und Fernhaltung von Personen, Polzeigesetz, PolG).

<sup>63</sup> 'Les interdictions de périmètre pourront éloigner les malfrats', 24H, 29.4.2013.

décentralisée couvrant l'ensemble du territoire cantonal. Il faut rappeler que nous avons mentionné plus haut que ce soutien cantonal est désormais menacé, le canton souhaitant supprimer ses contributions financières aux offres d'aide décentralisées<sup>64</sup>.

## 7.5 Bâle

En tant que canton-ville, le pilotage de la politique drogue à Bâle est naturellement du ressort cantonal. La stratégie en matière de drogue s'appuie sur les quatre piliers et comprend diverses prestations à l'intention des usagers de drogue ainsi qu'auprès de la population générale<sup>65</sup>. Ces mesures sont mises en œuvre par des services de l'Etat ou par des acteurs privés sur la base de contrats de prestations.

La division addiction du département de la santé est responsable de la mise en œuvre et du pilotage des différentes mesures. La division propose des prestations directes (consultations ambulatoires, médiations dans l'espace public), et coordonne les prestations dispensées par d'autres acteurs publics ou privés.

### a) Prévention

La section de prévention du département de la santé pilote les activités de prévention en menant elle-même des actions ou en collaborant avec des organisations privées, notamment la Fondation SRB et la Croix-Bleue<sup>66</sup>. L'approche est multithématique et s'adresse à différents publics dans différents cadres : les enfants, les parents, l'école<sup>67</sup>. Les mesures en milieu scolaire sont construites en collaboration avec le département de l'éducation.

### b) Thérapie et intégration

En matière de traitement, des thérapies résidentielles sont proposées par différentes structures de fondations privées (SRB, Stiftung Sucht) et de l'UPK. Les traitements ambulatoires sont proposés soit par la division addiction elle-même, soit par des acteurs privés (Croix-Bleue, SRB)<sup>68</sup>. Des traitements à base de substitution (méthadone et héroïne) sont proposés par l'UPK ainsi que par un centre privé de médecine de l'addiction.

Il faut noter que les thérapies résidentielles sont prises en charge selon certaines conditions par les caisses maladie (LAMAL) ou par le canton pour les utilisateurs de l'aide sociale. La division addiction gère par conséquent un dispositif d'indication afin d'assurer un système de financement adéquat pour garantir la bonne allocation des ressources en thérapie résidentielle.

### c) Réduction des risques et aide à la survie

La ville de Bâle dispose de deux espaces d'accueil et de consommation, ouverts et gérés par la Fondation SRB sur mandat de prestations avec le canton. Il n'y a pas de restriction d'accès si ce n'est être résident suisse et avoir la majorité. Ces espaces s'occupent également de la remise de matériel stérile aux usagers. À noter que le Canton de Bâle-Campagne contribue financièrement à l'espace d'accueil et de consommation, reconnaissant la fréquentation de ces structures par ses ressortissants<sup>69</sup>.

Il y a d'autres mesures d'aide à la survie qui ne sont pas spécifiques aux usagers de drogue, mais qui s'adressent plus généralement aux personnes en situation précaire. Il

<sup>64</sup> 'So will der Kanton sparen', in *Neue Zürcher Zeitung* (13.4.2016). Consulté sur [www.nzz.ch](http://www.nzz.ch).

<sup>65</sup> Bohnenblust, E., Fiedler, G., Milenkovic, N. (2012). Herausforderung Sucht – Umsetzung im Kanton Basel-Stadt. (SuchtMagazin 2 – 2012), pp. 20-21.

<sup>66</sup> Le dispositif bâlois inclut les prestations en lien avec l'alcool dans son dispositif de thérapie.

<sup>67</sup> RA division addiction 2014

<sup>68</sup> Le dispositif bâlois inclut les prestations en lien avec l'alcool dans son dispositif de thérapie.

<sup>69</sup> Bohnenblust, E. (2014). Das Schweizer Suchthilfesystem 'Herausforderung Sucht' in der Praxis am Beispiel von Basel-Stadt. Présentation lors du Module Sucht und Soziale Arbeit FHNW.

s'agit de lieux d'accueil, de logements et d'hébergements d'urgences, d'offres de soins de base et d'alimentation, ainsi que des activités d'intégration par le travail.

En matière de réduction des risques pour la société, la division addiction dispose d'une équipe de médiateurs dans l'espace public (Mittler im öffentlichen Raum – MIR). Cette équipe intervient dans les zones fréquentées par différents types de population où des problèmes de cohabitations pourraient survenir afin de proposer des actions de médiations et contribuer à diminuer les nuisances.

#### **d) Répression**

Les mesures relevant de la répression sont de la responsabilité de la police cantonale et rentrent dans ses activités habituelles. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de section spécifique dédiée à la drogue.

## 8. Perspective nodale : les modes de pilotages

Après ces considérations historiques et structurelles, nous allons aborder la dynamique propre aux divers modes de pilotage des politiques drogues. La perspective historique a permis de montrer comment le dispositif actuel s'est construit et dans quels champs de tensions. La perspective structurelle a mis en évidence les mesures qui composent le dispositif, les acteurs impliqués ainsi les niveaux institutionnels compétents selon les tâches. Ce sont des éléments significatifs importants pour comprendre les modes de gouvernance actuels.

Il s'agit d'observer à présent comment le dispositif est piloté au niveau stratégique et opérationnel. Pour ce faire, nous nous sommes attachés à dégager des instances de pilotage en recherchant les *points nodaux* existants. Rappelons que selon la définition de Hufty (2007), les points nodaux sont les espaces de délibération et de décision, soit les lieux où sont discutées les questions stratégiques et opérationnelles. Nous nous sommes basés essentiellement sur les entretiens réalisés avec les différents acteurs afin de dégager les particularités propres aux différents contextes.

### 8.1 Berne

Nous avons vu que la politique drogue à Berne est dans les mains du canton. La ville de Berne dispose d'une marge de manœuvre restreinte, mais néanmoins importante en termes de coordination des prestations sur son territoire. Il y a ainsi différentes instances de pilotage aux niveaux stratégique et opérationnel.

Dans sa stratégie de politique addiction, le Conseil d'État a défini un modèle de gouvernance<sup>70</sup>. Il souhaite améliorer la coordination des mesures relatives aux quatre piliers afin d'assurer la correspondance entre les lignes stratégiques et les besoins en mettant en place un pilotage par le dialogue et en favorisant l'apprentissage mutuel. Il s'agit d'améliorer la gouvernance en intégrant au niveau stratégique tous les acteurs concernés. Cela doit permettre de garantir que l'offre soit en adéquation avec les besoins des individus concernés et de la société, ainsi que d'optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources.

Le pilotage par le dialogue avec les acteurs de terrain doit permettre d'ajuster les prestations aux besoins évalués. Il s'agit de déterminer un cycle de pilotage favorisant l'adaptation constante des mesures existantes. Le canton dispose pour ce faire d'un outil de monitoring des activités des différents acteurs.

Le canton dispose de contrats de prestations avec un grand nombre d'institutions, des prestations qu'il souhaite voir mieux harmonisées par un regroupement des acteurs. En 2013, le département cantonal de la santé et de la prévoyance sociale a ainsi décidé d'une meilleure répartition des prestations. La Fondation Santé Bernoise a ainsi repris des tâches de traitement ambulatoire en matière de drogues illégales à la Fondation Contact qui s'est de son côté concentrée sur les mesures de réduction des risques.

Le canton est responsable de l'allocation adéquate des ressources, qui doivent être axées sur les besoins des personnes concernées. Pour garantir l'évaluation objective des besoins individuels, il met en œuvre un système d'indication pour évaluer les besoins spécifiques de chaque personne afin de l'indiquer dans la structure d'aide adéquate. Il s'agit notamment d'améliorer le traitement et le suivi pour les situations complexes.

L'instance stratégique en matière de politique drogue, sur laquelle le Conseil d'État est la Commission cantonale pour la promotion de la santé et les questions liées à la drogue, nommée SUGEKO<sup>71</sup>. Cette commission est composée de représentants politiques, de l'administration (départements de justice et police, éducation, santé et social), d'organismes privés mandatés par le canton, ainsi que des représentants des régions.

<sup>70</sup> Aide aux personnes dépendantes dans le Canton de Berne : stratégies et mesures (2011). Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

<sup>71</sup> Kantonalen Kommission für Gesundheitsförderungs- und Suchtfragen

Les objectifs de cette commission sont d'évaluer l'évolution des besoins, valider le programme de prestations et planifier les nouveaux projets. Il y a en outre cinq plateformes régionales mises en place pour favoriser la décentralisation et l'adaptation des prestations dans les différentes régions du canton (Bienne/Seeland, Thoun/Oberland, Berne/Mittelland, Jura bernois et Emmental/Oberaargau). La composition de ces plateformes est similaire à celle de la SUGEKO, avec des représentants de proximité.

Afin de mettre en œuvre sa stratégie, le canton dispose d'une instance opérationnelle : la division cantonale de promotion de la santé et de l'addiction, rattachée à l'office des affaires sociales du département de la santé et de la prévoyance sociale. Cette division pilote les mesures relatives aux tâches de santé publique : les programmes de prévention, les prestations de traitement ambulatoire et résidentiel, les offres d'insertion et de logement ainsi que des mesures de réduction des risques. La division collabore avec l'office du médecin cantonal du même département compétent pour les traitements de substitution. Elle assure en outre un monitoring permettant l'analyse des besoins et l'évaluation des prestations à des fins d'allocation pertinente des ressources.

La ville de Berne dispose également d'une division de coordination en matière addiction rattachée au département de l'éducation, des affaires sociales et du sport. Cette division a la charge d'accompagner le développement stratégique de sa politique et d'assurer la gestion opérationnelle des mesures déployée sur le territoire communal<sup>72</sup>. La division représente ainsi la ville dans diverses instances au niveau cantonal et national. La ville ne gère pas elle-même ses mesures de réduction des risques, comme l'espace de consommation, mais contribue à faciliter le contact entre travail social et police ainsi qu'avec la population.

Les acteurs rencontrés apprécient le mode de pilotage instauré par ces instances. Ils constatent des bénéfices liés à l'apprentissage mutuel que les instances ont favorisé. Par leur participation au niveau stratégique, les différents acteurs professionnels (santé, social, police) ont pu mieux comprendre le rôle des autres et envisager des objectifs partagés en matière de drogue. Ces instances favorisent en effet l'apprentissage mutuel entre les différents acteurs, ce qui facilite la résolution des difficultés. De plus, la politique drogue bénéficie d'un soutien politique important, permis notamment par la présence d'acteurs politiques au sein de la commission cantonale. Les acteurs notent l'importance de bien clarifier le niveau de responsabilité entre le canton, la ville et les régions. Ils estiment que le système bernois s'est montré plus ouvert qu'ailleurs aux innovations en matière de drogue grâce au soutien politique et à l'outil financier de la péréquation intercommunale qui a permis d'éviter une polarisation sur le partage des charges financières entre la ville-centre et les communes périphériques.

Nous avons toutefois relevé deux enjeux majeurs liés à la gouvernance en matière de drogue liés au clivage territorial et à la pression financière.

Il y a eu en effet une situation intéressante de conflit territorial entre les communes de Berne et de Thoun en regard de l'espace de consommation situé dans la capitale<sup>73</sup>. Cette structure a vu ses limites clairement atteintes entre 2003 et 2006 par une hausse importante de la fréquentation quotidienne. La surcharge de la structure a provoqué des situations de tension et de violence. Le canton a cherché des solutions compensatoires, comme le financement d'un poste supplémentaire ou la limitation du nombre de personnes. Ces difficultés ont également posé la question de la provenance des usagers de la structure, celle-ci étant alors accessible à tous les habitants du canton.

Dans le même temps, la ville de Thoun était alors prête à s'engager sur un projet d'espace de consommation comme la ville de Bienne l'avait fait en 2001. Les attentes étaient alors grandes pour permettre de décharger la structure de la ville de Berne. Pourtant, peu avant la votation populaire, la ville de Thoun décida d'abandonner l'idée, malgré l'état d'avancement du projet et l'accord pour le financement cantonal. Le conseil

<sup>72</sup> Leitbild zur Suchtpolitik der Stadt Bern 2014-2018 (2014). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationsstelle Sucht.

<sup>73</sup> Flotirond, E., Bürge, I., Hendry, P. (2008). 'Von Fixerstübli zur Kontakt- und Anlaufstelle K&A' (pp.16-23), in *SuchtMagazin* 1/08

communal de Berne répondit alors que la ville n'était pas prête à s'occuper des dépendants thounois et demanda au canton d'imposer à la fondation gérant la structure, une restriction de son accès aux usagers de Thoun et Oberland. Cela fut fait en 2008 et perdue jusqu'à aujourd'hui<sup>74</sup>. Les usagers de cette région se trouvèrent ainsi interdits d'accès à la structure de la ville de Berne. Pourtant, faute de mesures d'aides suffisantes et éloignées de l'espace public de leur commune par des mesures répressives, ces personnes restèrent en ville de Berne. Ils continuèrent à consommer dans l'espace public, remettant en question le fragile équilibre entre la réduction des risques et la répression. Le canton a alors soutenu et poussé la ville de Thoun à mettre en œuvre des mesures de réduction des risques pour compenser l'absence d'espace de consommation. La ville a ainsi mis en place un dispositif renforcé de remise de seringues, un lieu d'accueil et des places d'hébergement d'urgence. La situation s'est ainsi améliorée, la proportion de Thounois à Berne a diminué, bien que des consommations à risques perdurent dans les WC publics du Seeland.

Le deuxième enjeu important est d'ordre financier. Les acteurs notent le contexte actuel plus tendu en matière de financement. Le nouveau mode de pilotage vise la recherche de partenariats stratégiques avec moins d'institutions, cela peut être un enjeu existentiel pour les institutions. Cela implique en effet une concurrence institutionnelle avec des rapprochements imposés par le canton à des fins d'économie d'échelles, comme nous l'avons indiqué dans le cas du transfert des tâches de thérapies ambulatoires à Santé Bernoise. Le canton cherche néanmoins à avoir une certaine flexibilité dans l'allocation des ressources, afin de pouvoir s'ajuster à l'évolution rapide des besoins.

## 8.2 Genève

À Genève, il y a plusieurs instances en matière de pilotage : la délégation drogue du Conseil d'Etat, la commission consultative en matière d'addiction (CCMA), ainsi que le comité de pilotage du Quai9.

La délégation drogue du Conseil d'Etat est l'instance d'exécution politique de la stratégie cantonale en matière de toxicomanie. Elle est formée des départements concernés, le département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS), de l'instruction publique (DIP) et de la sécurité et de l'économie (DSE). C'est la direction générale de la santé qui coordonne ces groupes. Cette délégation s'appuie sur une commission pour développer et mettre en œuvre sa stratégie.

La Commission consultative en matière d'addiction (CCMA) regroupe des représentants des pouvoirs publics (instruction, action sociale et santé, police et justice), ainsi que des établissements publics (Hospice, HUG)<sup>75</sup>. La CCMA comprend également des acteurs privés par la présence d'experts médicaux et sociaux. Ses missions sont de définir des objectifs et d'ajuster la stratégie en matière de drogue. Elle est chargée en outre d'émettre des préavis sur des demandes de financement pour des projets dans le domaine des addictions (notamment concernant le fonds addiction).

Cette commission fut un acteur important de la politique drogue à Genève dès sa constitution en 1991. Elle a permis de favoriser un climat de collaboration où les professionnels actifs sur différents champs ont pu élaborer une réponse diversifiée au problème de la drogue à travers une stratégie de concertation qui vise à éviter la politisation. Les débats sont en effet restés confinés dans des instances occupées par des représentants de l'administration publique et par des professionnels, mais sans représentant politique. Cela était d'ailleurs un objectif clair « d'éviter une politisation excessive du débat, favoriser la professionnalisation des intervenants et anticiper les modifications des phénomènes et des problèmes au lieu de proposer des mesures réactives » (Boggio et al., 1997, p. 54). Si cette commission d'experts a contribué à éviter un climat politique tendu, cela a néanmoins permis un engagement politique important. La

<sup>74</sup> Von Fixerstübli zur Kontakt- und Anlaufstelle K&A (2008).

<sup>75</sup> Règlement de la Commission consultative en matière d'addictions. Genève : Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).

question de l'usage de drogue n'a ainsi jamais été un enjeu électoral à Genève et bénéficie d'un fort soutien politique. L'absence de polémique et d'affrontement politique sur le sujet a permis d'introduire les mesures de réduction des risques dans un climat serein. Les particularités genevoises qui y ont contribué sont diverses : un soutien politique clairement affiché malgré la volonté de dépolitiser le débat, des organes d'échanges interdisciplinaires entre acteurs concernés, une progressivité dans la mise en œuvre des mesures, ainsi que la prise en compte des nuisances potentielles pour le voisinage. Cela a permis la mise en œuvre d'une politique drogue sur l'impulsion des autorités, alors que les politiques dans les autres villes ont plutôt été initiées par les professionnels de terrain, voire par l'exaspération des habitants. C'est une particularité du cas de Genève en comparaison des autres villes étudiées.

Il faut noter ici que le Quai9 a rendu visible l'existence d'une problématique et induit parfois des nuisances au niveau de l'espace public. Ces difficultés ont été notamment importantes en 2003 et ont nécessité un soutien ferme du Conseil d'État ainsi que la mise en œuvre d'espaces de dialogue pour régler des questions opérationnelles entre professionnels sociosanitaires et la police. Le comité de pilotage du Quai9, composé de professionnels du social, de la santé et la police, constitue ainsi une forme d'instance opérationnelle importante en matière de réduction des risques. Cela permet de discuter des nuisances potentielles posées par la structure au niveau de son emplacement et de trouver des solutions et modes de collaboration concertés.

Genève est le seul canton qui n'ait de politique formelle en matière de drogue, autre que les documents fondateurs de certaines mesures, par exemple le Quai9. Il n'y a pas non plus de mandat spécifique donnant responsabilité à un acteur administratif. Le canton pilote les mesures spécifiques aux quatre piliers, sans les définir comme telles, sur la base de contrats de prestation avec différents acteurs.

Nous avons relevé deux enjeux majeurs liés à la politique drogue à Genève : la pression financière et l'accessibilité de l'espace de consommation.

On est ainsi passé à une phase de consolidation du dispositif nécessitant une réflexion sur le système d'allocation des ressources. Cela s'est traduit par la mise en place de processus de collaboration dynamiques dont les contrats de prestation sont les garants et qui sont réalisés au moyen de négociation pour déterminer les objectifs visés par l'aide financière et définir les prestations. Cela a amené ensuite une volonté de réduire les coûts par une recherche d'efficacité et de passage des subventions aux contrats de prestations, des éléments typiques du modèle de la nouvelle gestion publique. Les dernières années ont montré une pression financière accrue. En 2013, le DEAS a imposé une réduction de ses subventions à tous ses mandataires. L'association Première Ligne a dû s'adapter pour y faire face, notamment en abandonnant l'activité du Bus itinérant prévention sida (BIPS), l'outil pionnier de la réduction des risques à Genève<sup>76</sup>. L'association a alors mis en place un automate distributeur de seringues pour compenser cette perte.

Ces enjeux nécessitent des réflexions stratégiques pour faire évoluer les institutions face aux pressions financières, en déterminant des priorités et en anticipant les coupes budgétaires pour préserver les acquis fondamentaux. Il faut souligner ici que le dispositif est né au début des années 2000 dans une période marquée par l'urgence sanitaire. Le succès du dispositif a contribué à faire en sorte que la drogue ne soit plus un problème prioritaire. Les professionnels de l'association Première Ligne expriment en effet leurs craintes : « Ne soyons pas dupes, les 'années glorieuses' du travail de réduction des risques sont terminées... elles l'ont été parce qu'il y a eu existence d'une urgence sanitaire liée au VIH-sida et parce qu'il y a eu des acteurs du champ sanitaire, social et politique qui ont su se mobiliser rapidement (...) et pourtant les constats de précarité croissante et durable chez les consommateurs sont bien présents »<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Rapport d'activités (2014). Association Première Ligne.

<sup>77</sup> Rapport d'activités (2013), p.3. Association Première Ligne.



D'autre part, il y a eu régulièrement une remise en cause de l'accessibilité non limitée du Quai9. Il y a de façon générale des discussions sur les problèmes liés au deal et à l'insécurité en ville de Genève. Il arrive parfois que le Quai9 soit désigné comme la cause de ces difficultés en attirant une clientèle potentiellement délinquante. Il y a ainsi des propositions visant à limiter l'accès de la structure aux résidents du canton. Cela a posé avec acuité la question de l'attractivité de cette structure pour des usagers non genevois. En 2013, le monitoring montrait en effet que les nouveaux usagers du Quai9 résidents à Genève n'étaient qu'une minorité (22%), les autres usagers provenant d'autres cantons (19%), de France (41%) ou d'autres pays (18%). Mais il s'agit aussi d'adopter des réflexions d'ordre opérationnel afin de régler les problèmes au quotidien sur l'espace public. Ce sont là des champs de tension qui peuvent mettre à mal la collaboration indispensable entre les professionnels sociosanitaires et la police. Les instances de gouvernance et le soutien politique au dispositif montrent que ces difficultés ont l'espace adéquat pour être discutées et trouver des solutions. La politique en soi n'est ainsi pas remise en question, ce sont les difficultés spécifiques qui sont réglées au cas par cas.

### 8.3 Canton de Vaud et ville de Lausanne

Nous avons montré au chapitre précédent comment la ville de Lausanne s'est trouvée contrainte de déployer sa propre politique en matière de drogue. Mais depuis la révision de la LStup donnant des compétences claires au niveau cantonal sur les tâches de santé publique, la politique communale s'inscrit désormais dans le cadre de délégations cantonales négociées. Si le pilier de la thérapie est de la compétence du canton, la ville partage la responsabilité avec ce dernier des tâches de réduction des risques et de répression, ainsi que dans une moindre mesure celles de prévention. « Ainsi la Ville conserve pour objectifs la diminution des conséquences négatives pour les consommateurs et, s'agissant de l'espace public dont elle a la charge, la diminution des conséquences négatives pour la société. Mais elle doit plus que jamais déployer sa politique en matière de drogue en étroite concertation avec l'État »<sup>78</sup>. Nous constatons en effet que les tâches de politique drogue sont très enchevêtrées dans le cas de Lausanne. Certaines structures reçoivent d'ailleurs un financement à la fois du canton et de la ville, comme la Fondation ABS par exemple. La question du pilotage est ainsi particulièrement sensible entre les niveaux institutionnels de la ville et du canton. Il y a ainsi des instances de gouvernance aux deux niveaux communal et cantonal.

Au niveau cantonal, le Conseil d'État s'est fixé dans son plan de législature 2008-2012 l'objectif de réorganiser la gouvernance en matière de drogue. Il s'agit notamment de réduire le nombre d'instances existantes et d'améliorer la gestion par une approche plus globale s'adaptant mieux aux évolutions des usages de drogue (modes de consommation et addiction sans substances)<sup>79</sup>. Le canton disposait jusqu'à alors de plusieurs commissions cantonales : la commission cantonale de prévention, la commission cantonale de la dîme de l'alcool et la commission cantonale de prévention et de lutte contre la toxicomanie. En 2009, ces trois commissions furent dissoutes et leurs tâches transférées vers une nouvelle Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA). Cette commission est composée des services de l'administration cantonale concernés (social, santé, police), des associations professionnelles, des représentants des communes, des réseaux de soin et autres milieux concernés. Les tâches de la CPSLA sont de conseiller le Conseil d'État, de préavisier les demandes de financement et d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la stratégie cantonale.

En outre, un groupe d'experts en addiction (GEA) fut constitué simultanément avec la tâche de préavisier la CPSLA sur des questions nécessitant une expertise technique. Cette commission est composée de représentants des associations professionnelles et

<sup>78</sup> Politique communale en matière de drogue, Rapport-préavis 2009/3 bis. Ville de Lausanne.

<sup>79</sup> Rapport d'activités de la CPSLA 2008-2012

des services publics concernés, est formée dans le même temps, dont la tâche principale est de préavisier à la CPSLA<sup>80</sup>.

Au sein du service de la santé publique, les deux responsables en matière d'addiction du SSP constituent l'instance opérationnelle de mise en œuvre des mesures de santé publique. Ils contribuent également à élaborer la stratégie cantonale à l'attention du Conseil d'État avec l'aide de la CPSLA et du GEA.<sup>81</sup>

La mise en place de ces commissions a permis de développer des compétences d'expertise sur certaines thématiques. Or, il reste encore à développer leur capacité de force de proposition stratégique au Conseil d'État. En effet, ces commissions ont surtout été actives dans les préavis concernant les demandes de financements pour des projets ponctuels. Mais leur force de proposition au niveau stratégique en matière de politique drogue est encore limitée<sup>82</sup>. Une réflexion est prévue afin de renforcer cet objectif.

Au niveau de la ville de Lausanne, la question du pilotage est également de mise. Le Rapport-préavis (2009/3bis) sur la politique lausannoise formule en effet l'objectif d'en améliorer la gouvernance en différenciant de manière plus adéquate les instances stratégique et opérationnelle<sup>83</sup>. La municipalité propose alors de créer de nouvelles instances de conduite stratégique et opérationnelle sur la recommandation d'une étude d'évaluation de son dispositif<sup>84</sup>. L'objectif de cette réorganisation est d'instituer des commissions pour associer tous les partenaires concernés à la réflexion stratégique et à la coordination opérationnelle des différentes mesures.

Le service social a ainsi mis en place à partir de 2011 deux commissions, une instance stratégique et une instance opérationnelle. L'instance stratégique a la tâche de faire des propositions pour adapter les objectifs en matière de politique addiction ainsi que de valider et émettre des recommandations sur les propositions des autorités. Cette commission est composée des responsables des services de l'administration concernés, des directeurs des institutions mandataires intervenant dans le dispositif ainsi que du conseiller municipal en charge qui la préside<sup>85</sup>.

L'instance opérationnelle a la charge de mettre en œuvre les mesures du dispositif, de trouver des solutions aux difficultés apparaissant sur le terrain ainsi que de formuler des propositions à l'attention de l'instance stratégique. Cette commission est composée des représentants des services de l'administration concernés (police, parcs et domaines, route et mobilité et service de la santé publique du canton), des responsables des institutions mandataires ainsi que du responsable du service social et du responsable addictions.

Les difficultés de collaboration sur le terrain entre acteurs de la police et du travail social subsistent, mais les instances de coordination ont permis de créer des espaces de rencontres facilitant la recherche au cas par cas de solutions aux difficultés. En 2013 par exemple, une hausse des interpellations d'usagers de drogue par la police a provoqué des situations de violence auprès des professionnels des structures de réduction des risques. Cela a mené à la fermeture temporaire du Distribus, la structure remettant des seringues aux personnes dépendantes, ce qui a conduit à une chute très importante du nombre de seringues remises, avec un risque accru de contaminations comme corolaire<sup>86</sup>. Afin d'y remédier, les acteurs ont pu se rencontrer dans des réunions de coordination favorisant l'apprentissage mutuel, ce qui a permis des ajustements des pratiques. Le Distribus put alors reprendre ses activités dans de meilleures conditions.

---

<sup>80</sup> Rapport du Conseil d'État (novembre 2010) sur le postulat Bernhard pour un bilan de la politique cantonale en matière de prévention et de lutte contre les toxicomanies.

<sup>81</sup> Loi sur la santé publique (1985); Règlements sur la CPSLA – sur le GEA (2009)

<sup>82</sup> Rapport d'activités de la CPSLA 2008-2012 (2013). Vaud : Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions

<sup>83</sup> Politique communale en matière de drogue, Rapport-préavis 2009/3 bis. Ville de Lausanne.

<sup>84</sup> Ibid.

<sup>85</sup> 'Instance de conduite opérationnelle' Dispositif addictions, Service social de Lausanne. Présentation du 28.9.2011.

<sup>86</sup> Évolution de la remise de seringues (échangées et vendues) par structure à Lausanne (données mensuelles, 2007 - 2015) IUMSP

Il faut noter en outre une autre commission réunissant des acteurs du dispositif addiction de la ville ainsi que des acteurs d'autres institutions intervenant dans le domaine des addictions ou de l'aide d'urgence sur la région lausannoise. Nommé 'dispositif seuil bas', ce réseau sert de plateformes d'information et d'échanges sur les difficultés et besoins des populations marginalisées. Elle est animée par Rel'ier (Fondation Le Relais) sur mandat de Lausanne Région.

Malgré cette volonté de réorganiser la gouvernance du dispositif en matière de drogue au niveau du canton et de la ville de Lausanne, force est de constater qu'il est difficile d'attribuer à ces instances une fonction stratégique. Au niveau cantonal, la CPSLA se contente de préavisier des demandes de financement, reconnaissant elle-même le manque de propositions stratégiques à l'intention des autorités politiques. Au niveau communal, l'instance stratégique s'est réunie une unique fois. Il apparaît que s'il y a bien des lieux pour débattre des orientations stratégiques de la politique drogue, les décisions importantes sont prises dans des cercles informels et dans les contacts entre autorités politiques.

Au niveau cantonal, le pilotage opérationnel est dans les mains des responsables de mission rattachés au Service de la santé publique. Ce pilotage administratif opérationnel est réalisé par la négociation et le suivi de contrats de prestations avec les différents partenaires. Il s'agit d'une sorte de management administratif du dispositif par la définition d'objectifs, de plans d'action et de suivi des contrats de prestation avec les acteurs subventionnés.

À noter en outre que la structure Rel'ier (Fondation Le Relais) prend également un rôle de pilotage opérationnel de certaines prestations. Rel'ier dispose en effet de mandats cantonaux pour la gestion du dispositif d'indication pour les personnes toxicodépendantes désirant entrer en traitement résidentiel, ainsi que du programme d'échange de matériel stérile. Rel'ier dispose en outre d'un mandat de Lausanne Région pour le renforcement de la coordination des acteurs intervenant dans le domaine des dépendances sur le territoire de l'agglomération lausannoise.

Ces considérations démontrent que le mode de pilotage de la politique drogue est particulière à Lausanne et dans le canton de Vaud. Il apparaît que le lead en la matière est essentiellement dans les mains des autorités politiques, du moins de façon nettement plus importante que dans les autres contextes étudiés. Une explication potentielle peut être que dans la mesure où les autres villes ont déjà mis en place des mesures complètes en matière de réduction des risques, il y a moins d'enjeux impliquant des tensions. Or, dans le contexte vaudois, une polarisation importante subsiste, issue du poids du passé avec la position tranchée du canton s'opposant à la réduction des risques, ainsi que de la mobilisation des opposants au projet lausannois d'espace de consommation en 2007.

La question du partage des rôles entre autorités politiques et professionnels est ainsi régulièrement discutée. Dans le cadre d'États généraux sur la toxicomanie en 2008, le chef du département de la santé et de l'action sociale s'exprimait ainsi : « les politiques ne peuvent pas déléguer l'entière responsabilité de la question de la toxicomanie aux professionnels et il est légitime qu'ils fassent valoir leur position. Néanmoins, cela ne veut pas dire non plus qu'ils doivent se mêler de tout et se prononcer sur chaque élément (...). Il convient que les politiques s'expriment sur les éléments-cadres tout en laissant la place à l'expérimentation, de façon à laisser vivre le dispositif »<sup>87</sup>. D'autre part, nous avons souligné combien le dispositif en matière de réduction des risques est encore enchevêtré entre la ville et le canton. Il y a bien une volonté de différencier les responsabilités entre le canton qui paie les mesures sanitaires et la ville qui finance les mesures plus sociales. Mais ce double financement complexifie largement le pilotage dans la définition des objectifs et des prestations, ainsi que pour définir les niveaux de responsabilités.

Ces questions liées à la gouvernance du dispositif addiction constituent le principal enjeu perçu par les acteurs rencontrés dans notre démarche. Ceci au niveau stratégique pour

---

<sup>87</sup> États généraux de la toxicodépendance dans le canton de Vaud et en ville de Lausanne (2008). Document de synthèse, page 16. Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud et Direction de la sécurité sociale et de l'environnement de la ville de Lausanne.

pouvoir émettre des propositions et débattre des difficultés à prévoir de sorte à les régler de façon anticipée. Mais également au niveau opérationnel où des tensions de fond subsistent entre les champs professionnels du travail social et de la police. Il est ainsi possible que ces tensions ressurgissent de façon accrue lors des futures discussions sur la mise en œuvre de l'espace de consommation. En effet, des questions essentielles sont liées à la tolérance sur l'échange de produits illicites entre usagers de la structure ainsi que sur les critères de son accès.

## 8.4 Zurich

Nous avons vu que la politique drogue à Zurich est du ressort quasi exclusivement communal. Cela s'explique notamment par l'histoire de la construction de la politique. Nous avons montré comment la ville a mis en œuvre au début des années 90 des mesures de réduction des risques pour faire face aux scènes ouvertes malgré les réticences du canton. La ville avait alors instauré des instances de gouvernance pour développer une stratégie et en assurer la mise en œuvre opérationnelle : la délégation municipale drogue, l'état-major drogue (Drogenstab), ainsi que la division addiction du département social. Nous présentons ci-après ces instances, car elles sont constitutives de la politique drogue actuelle en ville de Zurich. Ces instances ont pourtant disparu ces dernières années, à l'exception de la division addiction du département social qui subsiste en tant que secteur administratif auxquelles les mesures des différents piliers sont rattachées<sup>88</sup>.

La délégation drogue municipale a été constituée au plus fort des difficultés des scènes ouvertes en tant que comité interdépartemental de pilotage stratégique pour coordonner toutes les mesures importantes. Cette délégation était composée des responsables des départements communaux de la police, du social, de la santé, et plus récemment de l'école. Cela a permis de mettre en œuvre un système pertinent et complémentaire de mesures selon les quatre piliers avec une seule stratégie et des objectifs partagés entre tous les services. Pour l'ancienne directrice du département de la police de la ville de Zurich, Esther Maurer, cette collaboration est le principe de base d'une politique drogue réussie : « depuis que nous avons créé la délégation drogue et que nous travaillons tous ensemble, les décisions prises sont contraignantes pour tous les départements, et nous poursuivons, tous ensemble, une seule et même stratégie. Le succès est à ce prix »<sup>89</sup>. Nous avons vu que cela a contribué à l'instauration de ce modèle dans d'autres villes, puis à son ancrage légal lors de la révision de la LStup, en 2008.

La division addiction du département social est responsable de la mise en œuvre opérationnelle des mesures. Pour ce faire elle s'appuyait alors sur l'état-major drogue (Drogenstab). Cet état-major, composé des chefs de service ou des collaborateurs des départements concernés (social, santé, police et école), constituait ainsi l'instance de pilotage opérationnel<sup>90</sup>.

La division est chargée de fournir aux autorités les informations sur les besoins et difficultés nécessaires aux prises de décision stratégique. Elle réalise pour ce faire un monitoring des activités des différentes activités déployées. Elle a également organisé par le passé des forums addiction réunissant l'état-major drogue, des responsables d'institutions ainsi que des représentants des habitants. Il s'agissait de favoriser le dialogue entre les autorités et la population sur les incidences territoriales liées à l'usage de drogue ou aux mesures de réduction des risques.

La disparition de ces instances de pilotage (délégation drogue et état-major drogue) s'explique par la diminution du problème drogue et de sa visibilité, occasionnant une

---

<sup>88</sup> Il est néanmoins probable que ce secteur disparaisse à moyen terme. En effet, il y a des signes de déstructuration du système addiction comme l'indiquent les premiers transferts des tâches traitements ambulatoires au département de la santé. De plus, le dernier monitoring des mesures n'a plus été réalisé depuis 2010.

<sup>89</sup> Maurer, E., 'Poursuite d'un succès : Politique en matière de drogue – ProMeDro III' (page 4) in *Spectra*, N° 59 (octobre 2006).

<sup>90</sup> 25 Jahre Drogenhilfe (2015) in *SD-Magazins* des Sozialdepartements in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement, N 43, November 2015. Stadt Zürich.

réorientation des priorités. À l'origine, la délégation drogue portait clairement sur les drogues, mais dès la fin des années 90, les difficultés discutées au sein du groupe se trouvèrent davantage liées aux situations de violence et d'abus d'alcool dans l'espace public, ainsi qu'au milieu de la prostitution. Les drogues ont ainsi disparu comme problématique prioritaire à gérer. De nouvelles priorités se sont ainsi imposées, en particulier le travail du sexe et toutes les nuisances apparaissant dans l'espace public, comme la consommation d'alcool sur l'espace public, la violence, le bruit et le littering. Les instances de gouvernance ont ainsi disparu au profit de différents groupes thématiques intersectoriels avec les services concernés de l'administration<sup>91</sup>.

La ville de Zurich s'est toujours montrée innovante et pragmatique là où le canton restait réservé face à une problématique perçue comme essentiellement urbaine. Il ne faut cependant pas y lire une absence totale d'implication du niveau cantonal. Il existait une instance cantonale au rôle important, la commission pour les questions liées aux stupéfiants. Fondée en 1977, cette commission d'experts réunissait de nombreux acteurs professionnels des différents domaines professionnels (social, santé et police) et des représentants de l'administration, mais pas d'autorités politiques. Cette instance s'était alors investie face à la hausse importante des usagers de drogues, la catastrophe sanitaire du sida, ainsi que la constitution des scènes ouvertes. Cela avait permis notamment d'introduire un soutien financier du canton pour inciter les communes à mettre en œuvre des mesures décentralisées afin de décharger la ville de Zurich. Cette commission a été dissolue en 2011 sur le constat que les tâches de pilotage et de coordination des mesures n'étaient plus nécessaires, ces tâches étant bien implantées au sein de l'administration<sup>92</sup>. D'autre part, il y a eu pendant de longues années un délégué cantonal à la drogue qui prit sa retraite en 2012. Par la suite, faute de mandat clair sur les tâches de la fonction et face à une perte de priorité de la question, ce poste disparut rapidement.

Avec ces disparitions, il ne reste plus d'instance ni de fonction de pilotage interdépartemental au niveau cantonal. Il faudra observer les effets sur les recouvrements entre les départements en charge des mesures sur les quatre piliers<sup>93</sup>. Cela souligne que le besoin de représentant cantonal et de coordination n'est essentiel que dans les situations problématiques. Cela le fut très clairement dans les années 90, ce n'est clairement plus le cas aujourd'hui. Si le canton a progressivement disparu de la question stratégique, il apparaît ainsi que ce n'est pas une décision, mais plutôt un retrait progressif à mesure de la perte de priorité de la question drogue à mesure que la situation en la matière s'améliorait.

Il n'y a plus aujourd'hui de plan stratégique en matière de drogue. Il apparaît que les différentes mesures liées aux quatre piliers sont fonctionnelles et ne semblent plus nécessiter de coordination en étant bien ancrées dans les différents services et ne sont pas remises en cause au niveau politique ni populaire. Ce sont en effet aujourd'hui de nouvelles priorités qui nécessitent davantage d'implication des autorités en matière de pilotage comme le travail du sexe, les nouveaux migrants, les personnes souffrant de troubles psychiques présents sur l'espace public.

Ces éléments posent des enjeux importants. S'il faut se réjouir de la diminution du problème visible, il faut néanmoins se questionner sur la part intangible. La disparition du thème drogue au niveau politique et de la population ainsi que l'absence d'une stratégie spécifique peut poser des problèmes avec le risque de provoquer le retour aux solutions simples et répressives. Cela est particulièrement sensible lors des changements des personnes responsables dans le sens où il y a désormais un décalage grandissant entre les niveaux stratégiques et opérationnels.

---

<sup>91</sup> 25 Jahre Drogenhilfe (2015) in *SD-Magazins* des Sozialdepartements in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement, N 43, November 2015. Stadt Zürich.

<sup>92</sup> Jahresbericht 2011 (2012). Fachstellenkonferenz Kanton Zürich.

<sup>93</sup> Jahresbericht 2008. Fachstellenkonferenz Kanton Zurich. Winterthur : FSKZ. Consulté sur [www.suchtberatung-zh.ch](http://www.suchtberatung-zh.ch) en mars 2016.

## 8.5 Bâle

Nous avons moins développé la question de la gouvernance dans le cas de Bâle-Ville, car nous n'avons pas réalisé d'entretien permettant de discuter du mode de pilotage. Nous présentons néanmoins ci-après les éléments que nous avons pu dégager à partir de la documentation disponible, ainsi que de la réponse écrite à un questionnaire.

En tant que canton-ville, c'est naturellement le niveau cantonal qui est en charge de la gouvernance à Bâle. L'instance de pilotage stratégique est la commission interdépartementale addiction (IFS<sup>94</sup>). Cette commission comprend les départements de la santé, du social, des constructions, de la justice et sécurité, de l'instruction ainsi que le ministère public. En guise d'instance opérationnelle, nous pouvons mentionner l'état-major cantonal drogues (Kantonaler Drogenstab) (Bohnenblust, 2012). Cet état-major est composé des responsables du Département de la santé, du service psychiatrique universitaire, du Département de justice et police et du Département de l'instruction publique. Ces groupes sont coordonnés par le service de la santé.

La cheville ouvrière du dispositif est la division addiction du service de la santé, sous la responsabilité d'un délégué cantonal aux addictions. La division coordonne des groupes d'experts sur différentes thématiques (consultations, traitement, logement et réduction des risques). La division gère également deux task forces chargées de la coordination des mesures en matière de prévention ainsi que d'aide en matière d'addiction (thérapie et réduction des risques), ainsi qu'un groupe de pilotage opérationnel spécifique aux interventions sur l'espace public. La division addiction est également chargée de la réalisation d'un rapport annuel ainsi que de l'organisation de forums pour les questions liées à l'addiction<sup>95</sup>.

Les enjeux actuels en matière de drogue à Bâle sont essentiellement liés au pilotage financier du dispositif. Il y a une recherche d'optimisation de la chaîne de soins entre la prévention et la prise en charge thérapeutique, ainsi que d'améliorer la garantie financière des prestations. Il y a d'autre part une réflexion pour faire face à l'augmentation constatée des populations migrantes. Si cela n'est pas directement en lien avec la politique addiction, cette hausse met à mal le réseau d'aide sociale par une surcharge progressive des structures.

---

<sup>94</sup> Interdepartementales Führungscommission Sucht (IFS)

<sup>95</sup> Suchtpolitik und Monitoring des Suchbereichs Basel-Stadt (2015). Abteilung Sucht, Gesundheitsdienste Basel-Stadt. Bereich im Auftrag des interdepartementalen Führungscommissions Sucht IFS

## 9. Analyse

### 9.1 L'apport de la perspective historique

L'analyse de la construction historique des politiques drogue dans les différents contextes donne des éléments essentiels pour comprendre les dispositifs actuels que nous décrivons dans le chapitre suivant.

Nous avons dégagé différents éléments relatifs à cette évolution que nous considérons comme une forme de maturation du système. Nous avons retenu plusieurs dates-clés pour déterminer les impulsions à la définition d'une politique en matière de drogue : l'introduction des premières mesures de réduction des risques (seringues et espaces de consommation, ainsi que le soutien des autorités par la formulation d'une stratégie en matière de drogue selon le modèle des quatre piliers.

Il apparaît que l'impulsion à la formation d'une politique drogue dans les villes suisses-allemandes est née de l'existence des scènes ouvertes et des activités pionnières d'intervenants privés. C'est en effet la catastrophe sociale et sanitaire, conjuguée à d'importants problèmes de sécurité qui ont poussé des intervenants sociaux à mettre en œuvre les premières mesures d'aide pour les usagers de drogue, de façon informelle et peu coordonnée. D'autre part, les incivilités et les difficultés d'ordre public ont rapidement exaspéré la population qui a alors interpellé les autorités pour qu'elles réagissent. Nous pouvons ainsi dire que les impulsions dans les villes suisses-allemandes sont venues d'une démarche bottom-up.

Dans le cas des villes romandes en revanche, l'absence de scènes ouvertes n'a pas impliqué le même catastrophisme et la même acuité des problèmes perçus. Cela explique notamment pourquoi la politique drogue s'est mise en marche plus tard et plus lentement. Il apparaît également que les impulsions sont plutôt venues des autorités, d'une démarche top-down. À Genève, le Conseil d'État s'est adjoint les compétences d'une commission d'experts au rôle important. Cette commission a fait des propositions stratégiques en matière de drogue que le Conseil d'État a rapidement mises en œuvre, dans un climat plus serein qu'ailleurs, notamment avec le souci d'éviter la politisation de la question. C'est ainsi que l'ouverture de l'espace de consommation s'est faite sans heurts et n'a pas suscité de référendum. Dans le contexte vaudois, nous avons vu que c'est la ville de Lausanne qui a donné l'impulsion à la mise en œuvre d'une stratégie alors que le canton restait arc-bouté sur sa politique des trois piliers axée sur la recherche d'abstinence. La ville a pu mettre en œuvre sa propre stratégie et la faire accepter plus tard par le canton grâce à sa recherche de soutien des communes de sa périphérie. Nous avons d'ailleurs constaté que le processus est toujours en cours avec une deuxième tentative d'ouvrir un espace de consommation pour 2017.

Nous avons constaté que les services de réduction des risques dans les villes suisses-allemandes ont été longtemps initiés et gérés de manière peu coordonnée, par une multitude d'associations privées, souvent en conflit avec les pouvoirs publics qui les finançaient. Cela n'a pas été le cas à Genève et Lausanne dont les mesures pionnières ont directement été mises en œuvre avec le soutien des autorités. Dans ces deux cas, la coordination des mesures relatives aux quatre piliers a ainsi été assurée dès la formulation de stratégies politiques. Dans les villes suisses-allemandes en revanche, les autorités ont d'abord soutenu financièrement les acteurs associatifs dans leurs actions, avant de chercher à instituer des modes de coordination.

Nous avons synthétisé ces éléments et leurs dates-clés dans le tableau présenté ci-après.

|                        | Berne                                 | Genève    | Lausanne                       | Zurich                                | Bâle                                  |
|------------------------|---------------------------------------|-----------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Remise de seringues    | 1986                                  | 1991      | 1996 (ville),<br>2001 (canton) | 1986                                  | 1987                                  |
| Espace de consommation | 1986 (associatif),<br>1990 (officiel) | 2001      | 2017 ?                         | 1992                                  | 1989 (associatif),<br>1991 (officiel) |
| Plan politique         | 1990 (ville),<br>1999 (canton)        | 1995      | 1996 (ville),<br>2008 (canton) | 1990 (ville),<br>pas de plan cantonal | 1991                                  |
| Scène ouverte          | oui                                   | non       | non                            | oui                                   | oui                                   |
| Impulsion              | associative                           | politique | politique                      | associative                           | associative                           |

Tableau 3 : Mise en place des mesures de réduction des risques et origines des impulsions.

La perspective historique permet également de comprendre le partage actuel des tâches entre les villes et leur canton. Dans les cantons-villes de Genève et de Bâle, c'est ainsi naturellement le niveau cantonal qui s'est impliqué, facilitant la mise en œuvre de mesures sans enchevêtrement des tâches ni conflit entre canton et ville-centre. À Zurich en revanche, il s'est agi pour la ville de développer son approche malgré l'absence d'implication voire l'opposition du canton. Nous avons vu comment la ville a bénéficié de l'aide de la Confédération pour pouvoir développer ses propres mesures de réduction des risques. C'est ainsi la ville qui gère et finance la grande majorité des mesures relatives aux quatre piliers. Il faut noter que le canton de Zurich a néanmoins offert une contribution, notamment pour les tâches de prévention, ainsi que pour la mise en place d'offres d'aide décentralisée dans les autres communes afin d'aider à décharger la ville de Zurich. Le cas du contexte vaudois est particulièrement intéressant. En effet, comme le canton est resté longtemps sceptique face aux mesures de la réduction des risques, il s'est concentré sur les trois autres piliers pilotés au niveau cantonal. La ville de Lausanne a alors dû développer ses propres mesures de réduction des risques et a réussi à faire légitimer son approche plus tard par le canton. Le canton s'est mis alors à contribuer aux mesures de réduction des risques d'ordre sanitaires en subventionnant des structures communales. Les mesures de réduction des risques apparaissent ainsi particulièrement enchevêtrées entre la ville et le canton, complexifiant le pilotage de ces mesures.

En synthèse, nous pouvons suivre Savary (2013) quand il considère que le processus d'émergence de la réduction des risques est lié à des situations locales particulières. Il note que c'est « l'obligation de trouver des réponses au niveau local et la nécessité d'intégrer tous les acteurs (...) dans un processus de 'gestion' des problèmes » (p.5). Au-delà d'une conception commune de la politique drogue selon les quatre piliers, c'est une réelle coordination sur des questions stratégiques et opérationnelles qui s'est progressivement développée. Nous pouvons ainsi considérer qu'il y a deux phases essentielles dans le développement de la mise en œuvre de la politique des quatre piliers. Il s'agit du temps de l'innovation où les premières expériences sont menées au niveau des villes face à des problématiques sociosanitaires graves. En suisse-allemande, ces mesures d'innovation ont été le fait d'associations agissant de manière peu cordonnée.



C'est dans un deuxième temps qu'est venu le soutien des autorités en vue de coordonner et d'équilibrer les prestations. Alors qu'à Genève et Lausanne, les mesures ont été directement institutionnalisées avec la recherche d'une stratégie concertée et le pilotage par les autorités.

## 9.2 L'apport de la perspective structurelle

La perspective structurelle nous a permis de dégager des similitudes ainsi que des différences dans l'organisation des dispositifs en matière de drogue. Nous avons résumé ces différents éléments dans un tableau qui synthétise les différentes mesures relatives aux quatre piliers existantes dans les villes (*voir annexe 1*).

Au niveau des similitudes, il apparaît que les piliers de la prévention et de la répression sont relativement proches dans les différents contextes. En matière de prévention, il s'agit d'une approche de promotion de la santé qui inclut la question des dépendances de façon globale. Il y a certes certaines actions spécifiques à l'alcool en particulier, mais sinon il s'agit en général de renforcer le bon développement global des jeunes avec des activités à leur intention ou auprès de leurs parents. La majeure partie des actions de prévention se déploient en milieu scolaire, impliquant une collaboration avec le département en charge. Les tâches de prévention sont du ressort cantonal dans toutes les villes, à l'exception de Zurich qui dispose de son propre centre de compétence, bénéficiant néanmoins d'un soutien financier du canton.

En matière de répression, les tâches entrent dans le mandat classique des forces de l'ordre. Les dispositifs en la matière sont par conséquent tout à fait similaires dans les différents contextes. Les seules différences concernent l'existence d'une police municipale en sus de la police cantonale, avec des actions de proximité dans l'espace public, comme dans les cas des villes de Zurich et de Lausanne. Genève dispose également de sa propre police municipale qui a des compétences réduites, mais qui a néanmoins une fonction importante de régulation de l'espace public communal. En outre, certaines polices disposent de sections spécialisées en matière de drogue, comme à Genève et Lausanne qui doivent faire face à d'importants problèmes de deal. En outre la police cantonale de Berne dispose d'une équipe spécialisée qui intervient de façon préférentielle pour régler les difficultés liées à l'espace de consommation de la ville.

Les tâches relevant de la thérapie et de l'insertion sont relativement similaires. Tous les contextes ont un dispositif important en matière de traitement qui se compose de traitements ambulatoires et résidentiels. Il y a également des traitements à base de substitution à la méthadone et à l'héroïne, à l'exception notable du canton de Vaud qui ne propose toujours pas de prescriptions d'héroïne. Bien que des réflexions soient en cours pour l'introduire, on peut expliquer cette absence par la prégnance encore vivace du modèle vaudois à but d'abstinence. D'autre part il faut noter que les offres de traitement résidentiel sont nombreuses et ont un financement différentiel entre structures médicales et sociales. Cela nécessite par conséquent une orientation adéquate des usagers selon leurs besoins. Certains cantons ont ainsi mis en œuvre des dispositifs d'indication (Vaud, Bâle), cette tâche étant parfois du ressort des divisions de coordination des villes pour leurs usagers résidents (Berne, Zurich).

Le pilier de la thérapie comprend également le volet de l'insertion. Nous avons constaté que cet objectif est relativement peu développé au profit de la prise en charge thérapeutique. En effet, les mesures en matière d'insertion sont souvent proposées en complément par différentes institutions, de façon subsidiaire et accessoire aux mesures thérapeutiques. Il apparaît que c'est un volet important, mais trop peu conceptualisé en tant qu'objectif prioritaire. Nous pouvons citer néanmoins le cas de la ville de Lausanne qui a toujours insisté sur la recherche de réinsertion et d'autonomisation des consommateurs de drogue. Le nouveau projet d'espace de consommation lausannois est en effet complété par la mise en œuvre d'un important dispositif d'aide à l'insertion pour les consommateurs de drogue : des offres de petits jobs adaptés au jour le jour aux possibilités d'investissement des usagers selon leurs capacités.

Nous avons en revanche constaté de fortes différences en matière de réduction des risques. Premièrement, il apparaît que la mise en œuvre de ce concept peut être subdivisée en plusieurs actions différenciées, selon qu'elles s'adressent aux consommateurs de drogue ou à la population générale. Pour les mesures envers les usagers, il s'agit de diminuer les risques spécifiques liés à la consommation en évitant les infections au VIH et à l'hépatite C (morbidité) ainsi que les overdoses (mortalité). C'est ainsi que des offres de remises de matériel stérile permettant de consommer à moindre risque ont été déployées dans tous les contextes. Des espaces de consommation ont également été introduits afin d'offrir un accueil et un lieu sécurité pour ces consommations. Nous avons vu que seule Lausanne ne dispose pas encore d'un tel lieu, bien qu'un nouveau projet vient d'être déposé par les autorités municipales.

D'autre part, le pilier de la réduction des risques comprend également un volet d'aide à la survie. Les différents contextes disposent ainsi de différents lieux d'accueil de jour (une fonction que les espaces de consommation remplissent également), des offres de logement protégé et d'hébergement d'urgence, ainsi que de soins de base. Ces prestations ne sont pas spécifiquement destinées à la population toxicodépendante, mais s'adressent aux populations précarisées en général. Nous avons ainsi pu mettre en évidence que la plupart des villes ont développé ce volet d'aide à la survie de façon spécifique, par exemple à Lausanne qui dispose d'un dispositif d'aide d'urgence. Dans le cas de Zurich, ce concept fut développé à l'intention des usagers de drogue, mais s'est progressivement étendu à toutes les populations vulnérables à mesure que le problème de la drogue diminuait, remplacé par de nouvelles priorités auprès des travailleuses du sexe notamment. Cela contribue à la fragmentation du dispositif de réduction des risques, car ce sont des acteurs différents qui interviennent : le monde médical pour les prestations de soins de base et divers acteurs sociaux pour les lieux d'accueil et les offres de logement.

Enfin, le pilier de réduction des risques a également été développé en destination de la population dans son ensemble. Nous avons vu de quelle façon, les villes suisses-allemandes ont cherché à réduire le problème de drogue à la fois en proposant des mesures d'aide aux usagers, ainsi qu'en cherchant à protéger la population des nuisances qui y sont liées. Il s'agit ici des difficultés posées par la consommation de drogue dans l'espace public, voire la simple présence d'usagers marginalisés contribuant au sentiment d'insécurité. Cet élément est ainsi intimement lié aux villes qui sont responsables de garantir la sécurité et la cohésion sociale sur leur territoire. Nous avons ainsi constaté que toutes les villes ont une activité en la matière. Elles ont développé pour la plupart des équipes de médiation intervenant dans l'espace public : SIP à Zurich, MIR à Bâle et Pinto à Berne (dont c'est la seule mesure entièrement financée par la ville). En outre, Lausanne disposait par le passé d'une telle équipe (UNISSET), qui fut remplacée par des actions de médiation dans l'espace public. À Genève, la police municipale de proximité contribue également à ces activités. Nous pouvons noter ici que si ces différentes mesures ont été créées en regard des nuisances provoquées par les usagers de drogue, elles sont désormais orientées vers toute personne pouvant provoquer des troubles ou contribuer à un sentiment d'insécurité, comme les travailleuses du sexe ou encore les personnes fréquentant le milieu festif. Lausanne dispose ainsi depuis peu d'une équipe de médiation axée de façon spécifique sur les débordements en lien avec le milieu festif.

Il nous faut également noter qu'il n'est pas évident de classer ces dernières actions dans le pilier de la réduction des risques. Il est en effet possible de les concevoir également comme des mesures de répression, étant donné que but est de s'assurer que les nuisances restent au plus bas pour la population. Il nous semble plus pertinent d'affirmer que ces mesures relèvent d'une fonction de comptabilité urbaine, permettant de la sorte de créer un pont entre les piliers de la réduction des risques et de la répression.

Au niveau du partage des tâches entre niveaux institutionnels des cantons et des villes, la perspective historique nous a permis de comprendre comment s'est développé la politique drogue. La perspective structurelle nous montre que le partage des tâches est resté sensiblement similaire jusqu'à aujourd'hui. Ainsi, dans le cas de Bâle et de Genève,

nous assistons à une véritable politique cantonale en matière de drogue. Ce mode de gouvernance est fortement empreint d'une culture administrative cantonale du fait du faible nombre de communes et d'une forte urbanisation du territoire. Le cas de Berne est particulier, car c'est le niveau cantonal qui prend en charge la grande majorité des prestations grâce à son système de financement par péréquation intercommunale des mesures relevant de l'aide sociale. À Zurich, c'est la ville qui prend en charge et pilote la quasi-totalité de son dispositif en matière de drogue, avec une faible contribution cantonale pour les tâches de prévention et pour la mise en œuvre d'offres décentralisées ailleurs dans le canton. C'est dans le canton de Vaud enfin que les tâches apparaissent le plus enchevêtrées entre le canton et la ville de Lausanne et notamment dans le domaine de la réduction des risques. La ville de Lausanne est en effet largement impliquée en mettant en œuvre un dispositif addiction portant sur les tâches de réduction des risques, avec un co-subventionnement du canton pour les prestations sanitaires. Cela amène une forte complexité dans le pilotage de ces mesures.

Enfin, nous avons observé que dans la majorité des contextes, il y a une forte collaboration entre des acteurs publics et des acteurs privés mandatés par les autorités publiques. La plupart des espaces de consommation sont ainsi mis en œuvre par des associations ou des fondations privées au bénéfice de contrats de prestations avec le canton (Bâle, Berne et Genève). Seule la ville de Zurich gère elle-même ses espaces de consommation, comme d'ailleurs les mesures de prévention et de traitement résidentiel, les thérapies ambulatoires étant partagées entre services de la ville et acteurs médicaux privés. D'autre par, nous avons observé que la division addiction de Bâle dispense également des offres directes en matière de prévention ainsi que de traitement, tout en collaborant avec différents acteurs privés. Enfin, les différentes mesures de réduction des risques pour la population (équipes de médiation) sont toutes des mesures publiques pilotées par l'administration.

### 9.3 L'apport de la perspective nodale

L'application du modèle des quatre piliers avec des mesures mises en œuvre par différents départements pose une exigence importante aux autorités exécutives. Il s'avère pourtant difficile de dégager des critères spécifiques en matière de pilotage de la politique drogue tant les contextes sont différents. Nous avons par conséquent cherché à déterminer l'existence d'instances permettant le pilotage adéquat de ces mesures. Nous nous sommes attachés à définir l'existence de points nodaux tels que définis par Hufty (2007) en tant qu'espaces de délibération et de décision. Ces espaces sont de deux ordres : stratégique et opérationnel. Les instances stratégiques comprennent évidemment au niveau supérieur les autorités politiques responsables des mesures de la politique drogue, mais également divers groupements ayant des tâches de réflexions et de propositions stratégiques envers les autorités. Les instances opérationnelles en revanche concernent plutôt les acteurs professionnels qui sont amenés à se concerter pour mettre en œuvre et ajuster mutuellement leurs différentes activités. Nous avons également pris en compte l'existence de postes de délégués drogue dans l'administration qui représentent une fonction de pilotage importante dans le sens qu'elles facilitent la transmission d'informations entre les différentes instances et ont la charge d'assurer la coordination efficiente du dispositif en matière de drogue. Nous présentons en annexe un tableau récapitulatif des différentes instances (*annexe 2*).

Au niveau des instances stratégiques, certaines autorités politiques disposent d'une délégation en matière de drogue composée des magistrats concernés (social, santé, police), par exemple à Zurich, Genève et Bâle. Il ne faut pas les comprendre comme des instances en soi, mais plutôt comme des réunions de travail et des échanges concertés entre politiques sur une thématique complexe. En effet, ces délégations s'appuient généralement sur des commissions stratégiques qui les conseillent. Les autorités politiques se basent généralement sur ces instances afin d'élaborer et ajuster leurs stratégies. Ces groupes réunissent en général des membres responsables de l'administration et des institutions mandataires, ainsi que des professionnels experts dans

le domaine. À Genève, il s'agit notamment de la commission consultative en matière d'addictions qui a un rôle de conseil très important. À Berne, la commission cantonale pour les questions liées aux drogues joue un rôle important dans l'établissement de la politique cantonale. Il faut y remarquer la particularité que cette commission intègre également des représentants politiques, ce qui est considéré comme un atout essentiel comme soutien de la stratégie développée. À Zurich, nous avons vu que l'ancienne délégation drogue de l'exécutif zurichois avait eu une importance considérable dans la mise en œuvre d'une politique drogue moderne grâce à l'appui d'un état-major drogue pour l'aider à développer ses mesures et les mettre en œuvre de façon concertée. Ces instances aujourd'hui disparues ont été remplacées par un pilotage administratif.

Dans le canton de Vaud, il y a également une commission dont le rôle est de contribuer au développement stratégique du dispositif, mais dont l'activité se restreint actuellement à émettre des préavis de financement, sans force de proposition stratégique. Il apparaît dans ce cas que l'élaboration et le suivi de la stratégie se concentrent dans les mains du département de la santé et de la prévoyance sociale qui a une position centrale dans le dispositif. La stratégie vaudoise en matière de drogue est ainsi développée au sein de l'administration cantonale. De même à Lausanne, malgré la tentative d'instituer une instance stratégique, la stratégie se concentre dans les mains des autorités politiques. Il faut noter que c'est là un cas particulier, car la maturation du système de réduction des risques est encore en cours face à la mise en œuvre d'une mesure fort controversée d'un espace de consommation. Le projet n'est ainsi pas débattu dans des instances ouvertes, mais au sein de l'administration communale avec un lead politique fort. Nous pouvons néanmoins imaginer que cette instance stratégique trouvera un sens d'autant plus important que le projet aura été accepté par le conseil communal et mis en œuvre. Cela sera l'occasion de faire des propositions stratégiques pour accompagner adéquatement la mise en œuvre sur le terrain. Ceci notamment face à des enjeux importants comme les questions de tolérance du deal entre usagers ainsi que des critères d'accessibilité de la structure.

La deuxième fonction nodale concerne les instances opérationnelles. Il s'agit ici des espaces de coordination qui émergent en particulier dans le contexte de la gestion de services de réduction des risques. Il s'agit de commissions ou de groupes de pilotage de mesures spécifiques qui réunissent les responsables opérationnels des différentes institutions concernées et des représentants de l'administration. Ici se joue en particulier la recherche d'équilibre entre police et travail social. Ces instances permettent par leur régularité, une forme d'apprentissage mutuel des acteurs de champs professionnels différents. L'objectif de telles instances est de gérer au quotidien le dispositif et de régler des difficultés de façon collective. À Genève, il est possible de considérer le comité de pilotage du Quai 9 comme remplissant une telle fonction. En effet, ce comité comprend des représentants des champs professionnels de la santé, du social et de la police, leurs réunions permettent ainsi de discuter des difficultés apparaissant sur le terrain et de trouver des mesures concertées pour y faire face. À Lausanne, l'instance opérationnelle mise en place par le service social remplit précisément cette fonction. Les acteurs composant cette instance sont similaires à ceux de Genève et il s'agit des mêmes questions d'ajustement des activités des différents corps professionnels sur le terrain. Nous devons souligner ici que c'est en particulier dans ces deux villes que ces instances opérationnelles prennent un rôle important. En effet, dans les villes suisses-allemandes, le dispositif est bien implanté et les acteurs des champs professionnels ont un long historique de collaboration derrière eux. De plus, ces villes ne connaissent pas les problèmes romands d'important trafic de drogue dans l'espace public, un trafic qui cristallise les difficultés. Nous avons ainsi pu constater une diminution de l'intensité des échanges dans les instances opérationnelles à Berne et Bâle où il s'agit désormais d'une forme d'accompagnement du dispositif : il s'agit en effet essentiellement de la réalisation de monitoring des activités en matière de drogue ainsi que l'organisation ponctuelle de forum afin de discuter de thèmes particuliers. Le système apparaît fonctionner et dès lors ces commissions opérationnelles se contentent de l'accompagner et de faire des propositions d'ajustements face à l'évolution des besoins constatés sur le terrain.

Il nous faut considérer ici une fonction importante en terme opérationnel : l'existence des délégués à la drogue. S'il ne s'agit pas d'une instance en soi, nous pouvons tout de même parler de *fonction nodale* dans le sens où ce sont les maîtres d'œuvre de la gouvernance en matière de politique drogue. Kübler (2000) a également souligné l'effort de coordination mené dès les débuts des politiques de réduction des risques par les administrations en charge par la création des postes de délégués à la drogue. Ces personnes sont ainsi chargées de la coordination et de la planification des mesures en matière de drogue dans les cantons et les villes. Cet auteur considère cette fonction comme « un signe d'investissements en vue d'améliorer la coordination et l'intégration des réseaux d'acteurs » (avec l'objectif de) « *gestion de l'hétérogénéité* de l'ensemble des acteurs chargés de la mise en œuvre et de la gestion des services de réduction des risques » (p.206). Ces délégués à la drogue facilitent ainsi grandement la mise en œuvre des dispositifs par leur rôle de coordination des nombreuses prestations ainsi que d'interface entre les autorités politiques, l'administration et les professionnels. Nous avons observé l'existence de délégués ad hoc dans tous les contextes à l'exception notable de Genève, où d'autres fonctions jouent également ce rôle, sans en avoir de mandat : c'est en effet le chef du service de la jeunesse de la ville qui est désigné comme délégué drogue de la ville, sans en avoir de mandat, alors qu'au canton il s'agit du médecin cantonal.

Enfin, nous pouvons également mentionner les espaces de rencontres avec la population qui peuvent remplir une fonction nodale. Ces espaces plus ou moins institutionnalisés apparaissent être d'autant plus nécessaires que les difficultés sont perçues comme importantes. Ces sortes de tables rondes permettent de discuter des difficultés, de donner certaines garanties aux habitants et de permettre à la population de se sentir écoutée. Kübler (2001) estime que ces rencontres constituent une sorte de 'mécanisme de feedback', mais qui ne conduisent pas réellement à des changements dans la gestion des services de réduction des risques. Il considère que ces instances de dialogue contribuent à augmenter l'acceptabilité des mesures de réduction des risques implantées dans le voisinage en prenant en compte leurs inquiétudes. En revanche, cet auteur estime que cela n'influe en rien sur la mise en œuvre opérationnelle des mesures, mais consiste plutôt à donner « *l'impression* aux voisinages (...) d'avoir une emprise sur ce qui se passe avec les services en question » (p.224). Nous pensons toutefois que de telles instances peuvent jouer un rôle essentiel dans la phase qui précède la décision et la mise en œuvre de mesures, afin d'amener la population à mieux comprendre le sens de la réduction des risques et à renforcer leur acceptabilité populaire. En effet, la prise en compte des intérêts des voisinages avant le déploiement de mesures peut contribuer à diminuer leur potentiel de blocage, par exemple lors d'éventuels référendums. Il faut souligner en conclusion que les craintes des habitants font davantage référence à des soucis de type nimby qu'à une remise en cause de la stratégie en elle-même. En effet, c'est davantage la crainte de nuisances à proximité du lieu de vie qui animent les habitants plus que le refus pur et simple du modèle de réduction des risques. Cela souligne à nouveau combien sont importantes la concertation et la coordination entre les acteurs sociosanitaires en charge de ces mesures et la police garante de l'ordre public.

Il nous faut enfin souligner un dernier aspect essentiel en regard de la politique des politiques drogues. En effet le recoupement important entre ville et canton des cas de Bâle et de Genève, ainsi que la cantonalisation des mesures sociales à Berne, constituent un avantage majeur pour la politique drogue. Il apparaît ainsi que la cantonalisation de la politique drogue permet de réduire le nombre d'acteurs et par conséquent d'instances de délibération. Tous les départements concernés par les quatre piliers sont alors du même niveau institutionnel, ce qui facilite clairement la négociation et les arbitrages nécessaires.

#### **9.4 La gouvernance comme management administratif ?**

Nous avons évoqué la difficulté à dégager une définition précise de la gouvernance. Nous avons en effet constaté que les acteurs administratifs rencontrés dans cette étude avaient deux représentations différentes de la notion de gouvernance : un pilotage stratégique

visant à mettre en lien des acteurs aux intérêts divergents ou une sorte de management administratif qui consiste à piloter par négociation de contrats de prestation avec des acteurs privés. Il apparaît que la restriction du sens de la gouvernance à une forme de management découle de la maturité du système en place. Nous avons vu comment les villes suisses-allemandes ont développé leur système qui a conduit à la construction de l'approche des quatre piliers. Une fois cette stratégie déployée et ayant rencontré les succès attendus, la nécessité de gouvernance stratégique a diminué et s'est transformé en pilotage administratif consistant à faire en sorte que les mesures soient efficaces et adaptées aux besoins. L'existence même des instances de pilotage est remise en question et peuvent disparaître à l'instar du cas de la délégation drogue municipale et de l'état major drogue de la ville de Zurich.

C'est ce que Kübler nomme la subsidiarité réflexive (2000). La gouvernance tend en effet à prendre cette forme de management administratif lorsque les dispositifs sont passés de la phase d'innovation à celle de consolidation. Kübler montre que « la quasi-totalité des services de réduction des risques est mise en œuvre avec le concours d'une multitude d'acteurs privés et publics, opérant à différents niveaux territoriaux, qui collaborent et coopèrent à travers des partenariats public-privé » (p.108). À l'exception notable, nous le rappelons de la ville de Zurich dont les acteurs font partie intégrante de l'administration. Le pilotage des réseaux d'acteurs impliqués dans la réalisation des services pour consommateurs de drogues passe notamment au travers de subventions versées selon des conditions très précises. Il s'agit alors d'une plus grande « implication gestionnaire des instances publiques dans les activités des organisations non gouvernementales » (ibid. p.110) qui s'exprime par un certain nombre de conditions liées à l'attribution de contrats de prestation. Ainsi, de nombreux services sont placés sous la responsabilité d'un acteur institutionnel privé qui reçoit des subventions à condition de respecter certaines règles imposées par les financeurs, des conditions définies par la stratégie du canton ou de la ville en matière de drogue. De la sorte, ces acteurs privés sont progressivement intégrés dans une politique publique. Il s'agit ainsi, comme le souligne Kübler, d'une forme de « collaboration étroite entre les acteurs privés et certains secteurs de l'administration qui débouche sur la constitution de partenariats public-privé à travers lesquels des services de réduction des risques seront finalement mis en place » (p.113). Il s'agit ici d'une mise en commun des expertises en savoir-faire des acteurs privés avec les moyens financiers et légaux des acteurs publics.

## **9.5 La compatibilité urbaine comme spécificité de la politique drogue dans les villes**

Nous pouvons observer que c'est dans le domaine de la réduction des risques que se pose avec le plus d'acuité la difficulté de la gouvernance, en particulier car c'est précisément sur ces tâches que les villes sont concernées. Nous retrouvons ici la notion de comptabilité urbaine qui apparaît être la spécificité essentielle de la politique drogue dans les villes. Cette notion permet en effet de dégager une approche différenciée de la mise en œuvre dans les villes en rapport aux cantons. En effet, l'implémentation de mesures de réduction des risques pose des difficultés au de leur implantation locale. La compatibilité urbaine permet de définir un objectif supérieur qui transcende les limites du modèle des quatre piliers.

Rappelons que la compatibilité urbaine vise à permettre la création et le maintien de services auprès des usagers de drogue de sorte que ces services posent le moins de difficultés possibles auprès de la population en général, et des résidents à proximité des lieux d'implantation en particulier. Nous avons pu dégager plusieurs éléments significatifs relevant de la notion de comptabilité urbaine dans l'exploration des dispositifs existants dans les villes étudiées.

Une mesure spécifiquement liée à la comptabilité urbaine est la mise en place d'actions et d'équipes de médiations dans l'espace public. Nous avons pu repérer de telles mesures dans la plupart des contextes : les équipes SIP (Sicherheit, Integration, Prävention) à Zurich, Pinto (Prävention, Intervention, Toleranz) à Berne, MIR (Mittler in öffentlichen

Raum) à Bâle. La ville de Lausanne également met en œuvre certaines actions de médiations dans l'espace public, de même que la police de proximité de Genève. La comptabilité urbaine est même présentée comme un but majeur de la politique drogue de la ville de Zurich<sup>96</sup>.

Nous avons noté que le but de telles mesures de compatibilité urbaine ne vise plus aujourd'hui uniquement les usagers de drogue. Elles s'appliquent en effet dans des contextes bien plus larges avec une mission qui s'est étendue à tout public fréquentant l'espace public. Les personnes toxicodépendantes posent clairement moins de difficultés qu'auparavant et ont été remplacées dans l'opinion publique par d'autres types de populations, par exemple les travailleuses du sexe à Zurich ou les mendiants à Lausanne. Le but de compatibilité urbaine est ainsi passé d'une centration sur les usagers de drogue à celle de tout usager de l'espace public. Nous pouvons toujours parler de comptabilité urbaine, car si les publics ont changé, la stratégie s'est conservée : il s'agit de régler un problème visible dans l'espace public par une approche visant à l'équilibre entre le soutien social et l'ordre public.

Un autre élément significatif de compatibilité urbaine est la mise sur pied d'actions ou de structures de rapatriement telles que nous avons pu observer dans les cas de Zurich (structures d'accueil et de rapatriement) et de Berne (actions de renvoi). Ces mesures ont été mises en place à l'époque de la fermeture des scènes ouvertes. Il s'agissait d'une mesure visant à faire en sorte que les personnes non résidentes des villes quittent l'espace public et soulagent de la sorte la population. D'autre part, il y avait la crainte que la mise à disposition de structures d'aide n'attire encore plus de personnes, ce qui a mené à des restrictions d'accès dans les villes de Zurich et de Berne. Cet élément est particulièrement significatif. En effet, l'attractivité pressentie des services de réduction des risques et d'aide à la survie faisait craindre aux autorités un appel d'air pour les usagers de drogue venant de communes ou de canton sans mesures de réduction des risques. La question de l'accès des structures d'aide s'est rapidement imposée dans la réflexion. La ville de Zurich a pris l'option de réserver l'accès de ses structures d'accueil et de consommation à ses seuls résidents. Il n'y a pas de restrictions autres que la majorité légale dans les cas de Bâle et de Genève, mais il se pose des questions récurrentes quant à l'accès de personnes venant des pays voisins. Le cas de Berne est plus compliqué, mais plus intéressant encore. L'accès est autorisé à tous les résidents du canton, à l'exclusion de ceux de Thourne et Oberland. Nous avons montré que les raisons sont liées à un conflit politique entre les communes de Thourne et de Berne : cette dernière a poussé le canton à demander une restriction d'accès à la fondation gérant l'espace de consommation en guise de représailles contre l'abandon d'un projet similaire à Thourne. Cet exemple montre que malgré la compétence et le financement quasi exclusivement cantonal de la politique drogue, la ville de Berne garde une influence sur les mesures d'aide déployées sur son territoire.

Il faut considérer que les services de réduction des risques, comme les lieux d'accueil et de consommation de drogue, sont eux-mêmes des éléments de comptabilité urbaine dans le sens où ils permettent de diminuer les problématiques de rassemblements voire de consommation dans l'espace public. La remise de seringues, sur le mode de l'échange, permet également de diminuer le nombre de seringues souillées dans l'espace public, diminuant de fait les risques de contamination pour la population.

Enfin, il faut noter l'importance de la prise en compte des intérêts de la population lors du déploiement de mesures de réduction des risques. En effet, l'anticipation des nuisances possibles auprès de la population dans la réflexion sur les mesures à mettre en place, puis dans la consultation et l'écoute des résidents à proximité des structures d'aide. Plusieurs villes ont ainsi mené des efforts d'intégration du voisinage dans le cadre de forum de discussion ou de rencontres de voisinage dans les structures de réduction des risques.

En outre, les interventions de la police sont essentielles pour assurer le respect de ce principe, à la fois par son action et par sa retenue. « Le bon fonctionnement des services

---

<sup>96</sup> Drogenpolitik der Stadt Zürich: Strategie, Massnahmen, Perspektiven (2004). Stadtrat von Zürich.

de réduction des risques exige une certaine discrétion de la police. Les autorités des villes qui soutiennent ces services demandent ainsi à la police de pratiquer une certaine retenue à l'égard des consommateurs de drogue et notamment de ne pas 'déranger' ceux qui s'approprient à utiliser les prestations proposées » (Kübler, 2000, p.150). Cela pose pourtant des difficultés, car il n'est pas évident pour la police d'adopter une forme de retenue contraire à leur mission fondamentale de protéger l'ordre public. Ainsi, « plutôt que de parler d'une réconciliation entre ces deux logiques par le biais du principe de comptabilité urbaine, il est peut-être plus approprié de dire que ce principe permet une certaine *mise en équilibre*. Il force en quelque sorte à chercher le 'mélange adéquat' entre actions répressives et encadrement sociomédical » (ibid., p.215). Il s'agit bien là d'un équilibre fragile, car trop de répression nuit à l'efficacité des lieux de réduction des risques, tandis que le contraire risque de provoquer leur trop grande attractivité. Cela risque ainsi de surcharger fortement ces services et contribuer à la cristallisation de zones de petites scènes de la drogue, avec ses nuisances et la génération d'un sentiment d'insécurité. Ces divers éléments soulignent à nouveau toute l'importance des instances de coopération opérationnelle afin d'ajuster les pratiques respectives entre professionnels sociosanitaires et la police.

Nous constatons par conséquent que la recherche de comptabilité urbaine peut se composer de différents éléments : des espaces pour offrir un lieu de consommation autre que l'espace public, des espaces de dialogue avec les habitants, la mise sur pied d'équipe de médiation, des interventions policières mesurées, ainsi que les actions d'interpellations et de rapatriements des usagers non-résidents présents dans l'espace public. Il faut considérer que ces mesures ont contribué également à la mise en œuvre de mesures de réduction des risques dans les autres villes suisses à mesure que les usagers de drogue non résidents se retrouvaient dans leur commune d'origine forçant de la sorte ces administrations à offrir des mesures d'aide.

Il faut enfin souligner une difficulté intrinsèque à la notion de compatibilité urbaine. Il importe de se donner les moyens de régler le problème là où il survient sans chercher uniquement à le repousser dans d'autres villes ou d'autres cantons. Nous avons vu comment l'accès de l'espace de consommation de Zurich est réservé à ses seuls résidents, et celui de Berne aux résidents cantonaux, à l'exception du Seeland. Ces restrictions visent précisément à libérer l'espace public des personnes pouvant potentiellement provoquer des nuisances pour la population. Si cela a contribué à la mise en œuvre de mesures d'aide, c'est clairement une difficulté dans les contextes qui n'en disposent pas.

Le maire de Bienne, Eric Fehr, a très bien résumé cet enjeu fondamental lors d'une journée de réflexion dans l'agglomération lausannoise sur le rôle des communes dans la politique drogue en s'exprimant sur l'absence d'espaces de consommation dans les cantons romands, à l'exception unique de Genève. Cela nous semble constituer une excellente conclusion aux limites posées par le principe de comptabilité urbaine s'il n'est considéré qu'au niveau de la ville ou du canton.

« En n'appliquant pas la législation fédérale en matière de drogue, les cantons romands, à l'exception de Genève, refoulent injustement le problème de la toxicodépendance vers l'est. Il faut un fédéralisme résolument tourné vers l'avenir enclin à résoudre les problèmes et non à en créer. Le fédéralisme ne doit pas dégénérer en un cantonalisme dépassé »<sup>97</sup>.

---

<sup>97</sup> Fehr, E. (2015) Discours prononcé lors de la journée de réflexion sur 'Le rôle des communes dans la politique drogue', organisée le 27 mai 2015 par Lausanne Région.



## 10. Conclusion

La modèle suisse de lutte contre la drogue se base sur quatre piliers : la prévention, la thérapie et l'insertion, la réduction des risques et la répression. La mise en œuvre des prestations relatives à ces piliers est une tâche cantonale (art. 1a LStup). Il apparaît cependant que les mesures de réduction des risques concernent plus particulièrement les villes par leur expression dans l'espace public. Les villes ont ainsi contribué à développer cette notion pour la faire adopter au niveau cantonal. Elles sont intervenues à l'origine afin de chercher des solutions concertées face aux scènes ouvertes de la drogue ou pour lutter contre la hausse de l'épidémie de sida. Les villes ont eu en outre une influence importante sur la définition à double focus du pilier de la réduction des risques : il faut aider les personnes dépendantes tout en protégeant la population des nuisances engendrées par l'usage et le trafic de drogue dans l'espace public. Ces éléments soulignent la forte complexité du modèle des quatre piliers et les nombreuses ramifications de son implémentation. Les acteurs concernés par ce domaine sont en effet multiples : certaines prestations sont mises en œuvre au niveau cantonal ou municipal, voire parfois en collaboration. D'autre part, les champs professionnels concernés sont variés avec des professionnels des domaines social, médical ou de la sécurité, des champs professionnels qui n'interviennent pas a priori sur les mêmes problèmes. Nous avons vu que des institutions privées sont également mandatées par les pouvoirs publics pour mener des actions dans ce domaine. Ces différents niveaux et acteurs impliqués nécessitent par conséquent un pilotage adéquat afin d'assurer l'efficacité de la politique drogue.

Nous avons choisi dans ce travail de questionner la gouvernance de la politique drogue dans les villes suisses. Nous avons adopté une approche exploratoire afin de mettre en évidence les similitudes et les différences en matière de politique drogue dans les plus grandes villes de Suisse : Berne, Genève, Lausanne, Zurich et Bâle. À la fin du processus de recherche et d'analyse, il apparaît que c'est un sujet fort complexe. Cela présupposait qu'il avait une volonté de piloter la stratégie. Or, cela ne va pas de soi ! Ce qu'il faut c'est la volonté collective de définir une stratégie et de la mettre en œuvre.

La perspective historique a permis d'observer la construction des politiques drogues dans les villes. Nous avons souligné comment le pilier de réduction des risques a fondamentalement changé l'approche en matière de drogue. Au-delà de l'ajout d'un nouveau volet stratégique, il s'agit bien là d'un changement de paradigme qui permet de dépasser le modèle de l'abstinence en introduisant des offres d'aide pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent cesser leur consommation. Nous avons vu que ce sont des acteurs associatifs qui ont mené les premières mesures en la matière pour faire face au catastrophisme sanitaire et social des scènes ouvertes existantes en Suisse-allemande. Ce n'est que dans un deuxième temps que les autorités sont intervenues afin de coordonner et soutenir ces mesures, tout en cherchant à garantir la protection de la population. À Genève et à Lausanne, nous avons vu en revanche que l'impulsion est venue des autorités pour mettre en œuvre de telles mesures. Ces deux villes n'avaient pas de scènes ouvertes de consommation sur leur territoire, c'est pourquoi elles sont intervenues plus tard que les autres lorsque les contaminations au VIH explosèrent chez les usagers de drogue.

L'analyse de la construction des politiques drogue nous a également permis de comprendre la structuration actuelle des dispositifs. Si les cantons-villes de Genève et de Bâle disposent naturellement d'une politique cantonale en la matière, la situation est fort différente dans les autres contextes. À Zurich, la ville a dû développer sa propre stratégie face à la retenue cantonale. D'ailleurs la situation actuelle montre que c'est bien le niveau municipal qui gère toujours la mise en œuvre de la politique drogue. Il s'agit d'une situation opposée à Berne, car c'est le canton qui pilote et finance les mesures en la matière, grâce à l'atout considérable du financement de l'aide sociale par péréquation intercommunale. Dans le canton de Vaud, nous nous trouvons dans une situation

intermédiaire avec la ville de Lausanne qui a dû développer ses propres mesures de réduction des risques face à un canton sceptique voire opposé à cette approche. Par une stratégie unique en Suisse de recherche de soutien auprès des communes de son agglomération, la capitale vaudoise a pu développer sa propre stratégie et mettre en œuvre ce pilier controversé. La ville a même réussi à faire admettre au canton la pertinence de son modèle, et celui-ci s'est progressivement investi dans de telles mesures. Cela explique que la mise en œuvre de la réduction des risques soit aujourd'hui autant enchevêtrée entre la ville et le canton.

L'analyse des modes de pilotages a montré l'existence d'instances stratégiques et opérationnelles. Nous avons montré toute l'importance de ces espaces d'échanges entre les différents acteurs pour la définition d'une stratégie en matière de drogue. Nous avons vu que la concertation des responsables politiques était indispensable pour définir une stratégie concertée permettant d'assurer à la fois l'aide aux usagers ainsi que protéger la population. Suivant les contextes, les autorités s'appuient sur des commissions professionnelles leur fournissant des informations essentielles et des recommandations en regard de la politique publique. Il apparaît que l'existence d'instances stratégiques est d'autant plus nécessaire que l'acuité du problème est forte.

Nous avons également observé l'existence d'instances opérationnelles dans les différents contextes. Ces instances sont essentielles au niveau des villes, car elles permettent l'ajustement réciproque des pratiques des différents acteurs, en particulier les professionnels de la réduction des risques et les forces de l'ordre. Nous avons également mis en évidence que la plupart des villes ont nommé des postes de délégués à la drogue. Ils ont un rôle fondamental, car ils sont les maîtres d'œuvre de la coordination des mesures. Ils doivent rester ainsi attentifs aux tensions qui peuvent subvenir sur le terrain afin de pouvoir rapidement trouver des solutions avec les acteurs concernés. Au niveau des cantons, la fonction opérationnelle se décline plutôt dans une sorte de management administratif des mesures avec la formulation et le suivi de contrats de prestations avec des acteurs privés. Cela s'apparente à une forme de subsidiarité réflexive, dans la mesure où les administrations ont acquis un pouvoir important sur la mise en œuvre des mesures sur le terrain.

La nécessité de la gouvernance n'est pourtant pas éternelle. Dans le cas de Zurich, si le problème en matière de drogue était clairement le plus important en Suisse, on peut constater que 20 ans après la fermeture du Letten, la question drogue a largement disparu des préoccupations. Une gouvernance particulière en la matière ne semble ainsi plus nécessaire et on constate la disparition des commissions spécialisées au profit de groupes thématiques sur d'autres sujets prioritaires, notamment les travailleuses du sexe.

Afin de pouvoir comparer les différents dispositifs en matière de drogue, nous avons pris comme référence le système des quatre piliers existants au niveau fédéral. Ce choix semble évident par l'inscription de l'approche dans la LStup et son utilisation comme modèle national. Il s'agit peut-être d'une panacée au niveau conceptuel et politique en permettant de réunir dans un ensemble des éléments contradictoires (réduire les risques d'une consommation illégale) et des champs professionnels différents (social, santé, police). Et pourtant... pour l'analyse de la mise en œuvre au niveau administratif, ce modèle s'avère être un casse-tête, car il fait preuve d'un manque cruel de lisibilité. Il est ainsi parfois difficile de classer les tâches par niveau institutionnel entre canton et commune ou par département administratif. Il importe dès lors de pouvoir se distancier de la structuration conceptuelle du modèle. Cela apparaît d'autant plus essentiel dans le cas des politiques drogue urbaines. Nous avons souligné comment les villes ont contribué à redéfinir le concept de réduction des risques pour le mettre en œuvre au niveau local avec la recherche de compatibilité urbaine des mesures et l'élargissement de l'aide à la survie pour toutes les populations vulnérables.

Enfin, nous pouvons dire que le modèle des quatre piliers est bien appliqué dans tous les contextes. Il apparaît qu'il y a différentes façons d'interpréter ce contexte selon les spécificités locales liées à l'évolution historique, social et politique. Il est important de ne pas rester sur une compréhension figée du modèle, mais de se donner les moyens de

l'adapter et de le réinventer en fonction de la situation sur le terrain. Nous avons observé que c'est ainsi parfois des initiatives privées qui ont permis de répondre de façon pragmatique et rapide à des situations urgentes avant que les pouvoirs publics mettent en place les prestations adéquates et les coordonnent. La comparaison des contextes a mis en évidence que les pouvoirs publics devaient s'intéresser et résoudre les problèmes liés à la drogue par sa visibilité sur l'espace public. C'est ainsi que les villes ont été amenées à agir pour y faire face.

À ce titre, il est intéressant de voir comment les autorités ont progressivement mis en place des espaces de consommation, alors que cette mesure était fort controversée. La ville de Zurich a ainsi créé son espace de consommation malgré le refus de la population, car cela apparaissait comme une mesure essentielle pour résoudre un problème important au niveau sanitaire et sécuritaire. Dans le cas de Lausanne également, on peut observer aujourd'hui le retour de l'espace de consommation dans le débat après le refus d'un premier projet par la population. Cela apparaît comme une mesure indispensable pour compléter de façon pragmatique et cohérente le dispositif actuel.

# Bibliographie

## Ouvrages généraux

- Boggio, Y. et al. (1997). *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogue*. Genève : Georg.
- Bohnenblust, E., Fiedler, G., Milenkovic, N. (2012). Herausforderung Sucht-Umsetzung im Kanton Basel-Stadt (pp.20-23), in *SuchtMagazin* 2/2012.
- Bürkler, P., Ruoss, J., von Bergen, M. (2009). *Stratégie d'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne. Analyse et piste*. Luzern : Hochschule.
- Cominetti F., et al. (2014). *Analyse de la situation de l'hépatite C chez les usagers de drogue en Suisse*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Raisons de santé 234a)
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2005). *Modèle du cube : présentation d'une nouvelle approche des dépendances*. Berne : CFLD.
- Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (2012). *La politique drogue en tant que politique de société : un rétrospectif sur trente ans de politique suisse en matière de drogue, 1981-2011*. Zurich : Seismo.
- Conseil Fédéral (2001). *Message du Conseil fédéral concernant la révision de la Loi fédérale sur les stupéfiants du 9 mars 2001*. Berne : Conseil Fédéral.
- Conseil Fédéral (2016). *Stratégie nationale addictions 2017-2024*. Berne : Conseil Fédéral.
- Csete, J. (2010). *Du sommet des montagnes : l'évolution de la politique des drogues en Suisse et ses enseignements pour le monde*. New York: Open society foundation.
- Dubois-Arber, F., Lehmann, P. (2012). 'Innovations pragmatiques, recherche d'évidences et évaluations, dans la construction et la poursuite d'une politique publique de la drogue (pp. 50-58), in *La politique drogue en tant que politique de société : un rétrospectif sur trente ans de politique suisse en matière de drogue, 1981-2011*. Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. Zurich : Seismo.
- Fehr, E. (2015) Discours prononcé lors de la journée de réflexion sur 'Le rôle des communes dans la politique drogue', organisée le 27 mai 2015 par Lausanne Région.
- Flotirond, E., Bürge, I., Hendry, P. (2008). 'Von Fixerstübli zur Kontakt- und Anlaufstelle K&A' (pp.16-23), in *SuchtMagazin* 1/08
- Gmel, G. et al. (2015). *Monitoring suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2014*. Lausanne : Addiction Suisse. Consulté sur [www.suchtmonitoring.ch](http://www.suchtmonitoring.ch)
- Huentemilla, E. (2001). *Politique suisse contre les drogues illégales. Un exemple d'interrogation des relations Ville de Lausanne et Canton de Vaud*. Lausanne : IDHEAP.
- Hufty, M. (2007). 'La gouvernance est-elle un concept opérationnel ?', in *Fédéralisme Régionalisme*, Volume 7 : 2007. Consulté sur <http://popups.ulg.ac.be/1374-3864/index.php?id=635> en mai 2016.
- Huissoud, T et al. (2010). *Suivi des activités de prévention du VIH/Sida dans le Canton de Genève en 2009*. Raisons de santé 165. Lausanne : IUMSP.
- Jeanrenaud, Cl. et al. (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final*. Neuchâtel: UNINE.
- Van Kersbergen, K., Van Waarden, F. (2004). 'Governance' as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy (pp.143-171), in *European Journal of Political Research*. Vol. 43. Colchester: European Consortium for Political Research.
- Kübler, D., Wälti, S. (2001). 'Gouvernance métropolitaine et démocratie : l'exemple des politiques de lutte contre la drogue' in *Swiss Political Science Review*. 7(2), p. 1-25.

- Kübler, D. 'Die Stadtverträglichkeit der Drogenpolitik'. Présentation à la Conférence 'Harm reduction' à Bâle le 8 mai 2014.
- Kübler, D. (2000). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé : analyse des conflits de mise en œuvre*. Paris: L'Harmattan.
- Locicero, S. et al. (2013). *Enquête auprès des usagers de drogue, clients des structures à bas-seuil d'accès en Suisse. Tendances 1993-2011. Lausanne (IUMSP). Raisons de santé, 220.*
- Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) du 3 octobre 1951 (État le 1<sup>er</sup> octobre 2013).
- Maurer, E., 'Poursuite d'un succès : Politique en matière de drogue – ProMeDro III', in *Spectra*, N° 59 (octobre 2006).
- Office fédéral de la santé publique (1994). *Mesures fédérales pour réduire les problèmes de drogue : Stratégie de l'Office fédéral de la santé publique*. Berne : OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (2006). *Programme de mesures de la confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III 2006-2011)*. Berne : OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (2012). *Programme de mesures de la confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III 2012-2016)*. Berne : OFSP.
- Office fédéral de la santé publique (2016). 'La politique suisse en matière de drogue aux niveaux national et international' (p.4), in *Politique de drogues internationale, spectra 112* (mars 2016). Berne : OFSP.
- Office fédéral de la statistique (OFS). *Indicateurs sur les résultats de votations* (2008).
- Office fédéral de la statistique (OFS). *Statistiques de la criminalité* (2015)
- Papadopoulos, Y. et al. (2001). 'Gouvernance et légitimité : la politique drogue en Suisse comme cas exemplaire' (pp.205-235), in *Droit et société* N°47.
- Savary, J.-F. (2013). 'Coalitions politiques et réduction des risques au pays de Heidi'. Présentation lors de la 3e journée nationale de la Fédération Addictions les 13 et 14 juin à Besançon). Consulté sur [www.grea.ch](http://www.grea.ch) le 17 février 2016.
- Savary, J.-F. (2014). *Politique drogues à Genève : encore une genferer?* Mémoire MPA-IDHEAP. Lausanne : IDHEAP/UNIGE
- Schultz, H. (1989). *Avis de droit concernant les 'stations pour toxicomanes'*. Berne : OFSP.
- Schwab, B., Kübler, D. et Wälti, S. (2001). 'Metropolitan governance and democracy in Switzerland'. Presentation at the 29<sup>th</sup> European Consortium for Political Research Joint Session in Grenoble (6-11 April).
- Wüthrich, A. et Schneider, Ch. (2015). 'De l'aide d'urgence à une politique drogue gérable dans la cité', in *Dépendances* (N54, février 2015), pp. 27-30. Lausanne : Addiction Suisse et GREA.

## Littérature grise

### Berne

Aide aux personnes dépendantes dans le Canton de Berne : stratégies et mesures (2011). Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Rapport du Conseil d'État (2008) relatif à la mise en œuvre de la motion 285/2008 Blaser 'Adaptation du système de prise en charge'. Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

Leitbild zur Suchtpolitik der Stadt Bern 2014-2018 (2014). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationsstelle Sucht.

Loi cantonale sur l'aide sociale (LASoc) du 11 juin 2001

Jahresbericht Sucht (2014-2015). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationsstelle Sucht der Stadt Bern.

Massnahmenplan Suchtpolitik (2014). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationsstelle Sucht.

Politique en matière de drogues et de dépendances : principes, objectifs et mesures (2001). Direction de la formation, de la prévoyance sociale et de la culture. Ville de Bienne.

Programme prioritaire cantonal de promotion de la santé et de prévention 2010-2013 (2010). Canton de Berne : Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Quarante ans d'engagement en matière de dépendance dans le canton de Berne (2013). Fondation Réseau Contact.

Rapport complémentaire à la stratégie d'aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne : domaines de la prévention et de la répression (2014). Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

Suchtpolitik. Ziele, Schwerpunkte und Massnahmen 2007-2012 (2007). Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Koordinationstelle Sucht.

Web-chronique 'Des toxicomanes devant le Palais fédéral', in *Le débat sur la drogue* 22.03.1991 sur [www.ideesuisse.ch](http://www.ideesuisse.ch)

### Genève

Contrat de prestation 2013-2016 entre l'État de Genève et l'association genevoise de réduction des risques liés aux drogues (PL11016, Annexe 4B, 2012).

Loi sur la santé (LS) du 7 avril 2006

Plan cantonal en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé pour 2011-2015. Service du médecin cantonal. Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).

Politique genevoise en matière de toxicomanie (2001). Consulté sur le site officiel de l'Etat de Genève : [www.geneve.ch/social/presse/2001/toxi.html](http://www.geneve.ch/social/presse/2001/toxi.html)

Rapport d'activités (2013, 2014). Association Première Ligne.

Rapport (1995) de la commission des affaires sociales chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat communiquant au Grand Conseil le rapport quadriennal (1989-1993) de la commission mixte en matière de toxicomanie. Grand Conseil de la République et canton de Genève.

Rapport d'activités 2014-2018 de la Commission consultative en matière d'addictions. Genève : Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).

Règlement de la Commission consultative en matière d'addictions. Genève : Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS).

[www.letemps.ch/suisse/2015/06/25/police-genevoise-part-guerre-contre-deal-rue](http://www.letemps.ch/suisse/2015/06/25/police-genevoise-part-guerre-contre-deal-rue)

[www.ville-geneve.ch/themes/securite-prevention/prevention-alcool-drogue](http://www.ville-geneve.ch/themes/securite-prevention/prevention-alcool-drogue)

## Lausanne

Axes prioritaires 2008-2012 en matière de prévention et de lutte contre la toxicomanie (2012). Service de la santé publique du Canton de Vaud.

Convention de subvention entre le Service de la santé publique et la Fondation ABS (2014-2017).

Convention de subvention entre le Service social de la Ville de Lausanne et la Fondation ABS (2014).

Éléments d'une politique communale dans le domaine de la toxicomanie. Rapport-préavis 1995/119. Ville de Lausanne.

États généraux de la toxicodépendance dans le canton de Vaud et en ville de Lausanne (2008). Document de synthèse. Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud et Direction de la sécurité sociale et de l'environnement de la ville de Lausanne.

Évolution de la remise de seringues (échangées et vendues) par structure à Lausanne (2007 - 2015). Présentation de l'IUMSP au programme de prévention des maladies transmissibles (2015).

Huentemilla (2002) 'Lausanne se révèle moins légaliste que le canton et plus audacieuse', interview pp. 2-3 in *Repère social* N 41, oct. 2002.

Instance de conduite opérationnelle du dispositif addictions, Service social de Lausanne. Présentation du 28.9.2011.

Loi cantonale sur la santé publique (LSP), du 29 mai 1985

Politique communale dans le domaine de la toxicomanie et de la désinsertion sociale. Renforcement du dispositif de prise en charge. Rapport/préavis 1998/54. Ville de Lausanne.

Politique communale en matière de drogue, Rapport-préavis 2009/3 bis. Ville de Lausanne.

Politique communale en matière de drogue, Préavis 2016/41. Ville de Lausanne.

Politique vaudoise en matière de toxicodépendance, in *Zoom* N° 21 (octobre 2004). Fondation Le Relais : Rel'ier

Rapport d'activités (2014) du programme cantonal d'échange de matériel stérile pour les personnes toxicodépendantes. Rel'ier, Fondation Le Relais.

Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur les postulats Bernhard et Leuba pour un bilan de la politique cantonale en matière de prévention et de lutte contre les toxicomanies (novembre 2010). Canton de Vaud.

Rapport d'activités de la CPSLA 2008-2012 (2013). Vaud : Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions

Rapports de l'IUMSP (2013). Toxicomanie dans le canton de Vaud, 6<sup>e</sup> période d'évaluation (2008-2012). Lausanne : IUMSP.

Règlement sur la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (2009). Canton de Vaud.

Règlement sur le Groupe d'experts en addiction (2009), Canton de Vaud.

Votation communale du 8 juillet 2007 'Sur le réaménagement du dispositif lausannois en matière de toxicomanie et de marginalité'. Ville de Lausanne.

'Lausanne se révèle moins légaliste que le canton et plus audacieuse' (pp. 2-3) in *Repère social*, N° 41, oct. 2002.

'Le retour du local d'injection de drogues'. 24heures, le 6 juin 2016, consulté sur [www.24heures.ch/vaud-regions/lausanne-retour-local-injection/story/11503770](http://www.24heures.ch/vaud-regions/lausanne-retour-local-injection/story/11503770)

## **Zürich**

Drogenpolitik der Stadt Zürich: Strategie, Massnahmen, Perspektiven (2004). Stadtrat von Zürich.

Die Zukunft der 'Harm Reduction' am Beispiel der Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich (2008). Sozialdepartement der Stadt Zürich.

Jahresbericht 2011 (2012). Fachstellenkonferenz Kanton Zürich. Winterthur: FSKZ. Consulté sur [www.suchtberatung-zh.ch](http://www.suchtberatung-zh.ch) en mars 2016.

Jahresbericht (2013). Suchtpräventionstelle der Stadt Zürich.

Leitbild der sozialen Einrichtungen und Betriebe (2013). Sozialdepartement der Stadt Zürich.

Polizeigesetz (PolG), du 23 avril 2007

Monitoring Drogen und Sucht (2010). Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich.

25 Jahre Drogenhilfe (2015) in *SD-Magazins* des Sozialdepartements in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement, N 43, November 2015. Stadt Zürich.

'Dezentrale Drogenhilfe baut Leistungen ab', in *Neue Zürcher Zeitung* (11.8.2004). Consulté sur [www.nzz.ch](http://www.nzz.ch).

'Les interdictions de périmètre pourront éloigner les malfrats', in *24 Heures* (29.4.2013). Consulté sur [www.24heures.ch](http://www.24heures.ch)

'So will der Kanton sparen', in *Neue Zürcher Zeitung* (13.4.2016). Consulté sur [www.nzz.ch](http://www.nzz.ch).

Web-chronique du Tages-Anzeiger 'The Needle-Trauma' (2014) consultable sur [www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/platzspitz/chronik](http://www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/platzspitz/chronik)

## **Bâle**

Bericht der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission an den Landrat betreffend Sucht- und Drogenarbeit im Kanton Basel-Landschaft (95/167), 9.9.1997

Erläuterung zur Nachsorge nach einer Therapie in einer stationären/teilstationären Einrichtung der Suchthilfe. Gesundheitsdepartement der Stadt Zürich: Bereich Suchthilfe.

Jahresbericht 2014. Abteilung Sucht. Gesundheitsdienste Basel-Stadt.

Rausch, Ekstase, Sucht: Geschichte der Suchtpolitik des Kantons Basel-Stadt (2014). Gesundheitsdienste Basel-Stadt.

Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt (2015). Abteilung Sucht, Gesundheitsdienste Basel-Stadt. Bereich im Auftrag des interdepartementalen Führungscommissions Sucht IFS

Organisation Abteilung Sucht, consulté sur [www.gesundheitsdienste.bs.ch/ueberuns/organisation/abteilung-sucht.html](http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/ueberuns/organisation/abteilung-sucht.html)



# Annexes

## Annexe 1 Détails de la répartition des tâches relatives aux quatre piliers dans les différents contextes

|                       | Berne   | Genève  | Vaud - Lausanne   | Zurich  | Bâle   |
|-----------------------|---|---|---|---|--|
| Prévention            | Programme cantonal de prévention et de promotion de la santé<br><i>Département de la santé et de la prévoyance sociale (DSPS)</i> | Programme de prévention et de promotion de la santé<br><i>Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEASS)</i> | Programme de prévention en milieu scolaire<br><i>Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)</i>                            | Centre de compétences en prévention<br><i>(Département de l'école - cofinancement cantonal)</i><br>+ Travail social auprès des jeunes <i>(Département social)</i>               | Prestations de la division prévention<br><i>(Département de la santé)</i>  |
| Traitement            | 5 structures ambulatoires<br>6 structures résidentielles<br>traitement de substitution (méthadone, héroïne)<br><i>(DSPS)</i>      | 2 structures ambulatoires<br>1 structure résidentielle<br>traitement de substitution (méthadone, héroïne)<br><i>(DEASS)</i>         | 4 structures ambulatoires<br>4 structures résidentielles<br>traitement de substitution (méthadone uniquement)<br><i>(DSAS)</i>        | 4 structures ambulatoires<br>traitements de substitution (méthadone, héroïne)<br><i>(Département de la santé)</i><br>+ 1 structure résidentielle<br><i>(Département social)</i> | 3 structures ambulatoire<br>3 structures résidentielles<br>traitement de substitution (méthadone, héroïne)<br><i>(Département de la santé)</i> |
| Réduction des risques | 2 espaces d'accueil et consommation (1 à Berne)<br>Remise de matériel stérile<br><i>(DPSAS)</i>                                   | 1 espace d'accueil et de consommation<br>Remise de matériel stérile<br><i>(DEAS)</i>  | 4 espaces d'accueil sans consommation (1 à Lausanne)<br>Remise de matériel stérile<br><i>Service social de Lausanne (SSL) et DSAS</i> | 4 espaces d'accueil et de consommation<br>Remise de matériel stérile<br><i>(Département social)</i>   | 2 espaces d'accueil et de consommation<br>Remise de matériel stérile<br><i>(Département de la santé)</i>                                       |
|                       | Diverses mesures pour toutes populations vulnérables<br><i>(DPSAS et service social de la ville de Berne)</i>                     | Diverses mesures pour toutes populations vulnérables<br><i>(Hospice général (DEAS), Ville de Genève)</i>                            | Diverses mesures pour toutes populations vulnérables<br><i>(SSL, DSAS)</i>  | Diverses mesures pour toutes populations vulnérables<br><i>(Départements social et de la santé)</i>   | Diverses mesures pour toutes populations vulnérables<br><i>(Département de la santé)</i>   |
| population générale   | Pinto<br><i>(Département de l'éducation, du social et du sport)</i>   | Police de proximité municipale  | Actions de médiation dans l'espace public<br><i>(SSL)</i>   | SIP (Sicherheit, intégration, prévention)<br><i>(Département social)</i>  | MIR (Mittler in öffentlichen Raum)<br><i>(Département de la santé)</i>   |
| Répression            | police cantonale  | police cantonale  | police municipale et cantonale  | police municipale et cantonale  | police cantonale   |

(Bleu: niveau cantonal; Rouge: niveau municipal; Vert: niveaux municipal et cantonal)

## Annexe 2 Les points nodaux de la gouvernance de la politique drogue dans les villes et les cantons

|                     | Berne                     |   | Vaud - Lausanne   |   | Zurich   |  | Bâle  |  |   |
|---------------------|---------------------------|---|---|---|--|--|---|--|---|
|                     | canton                    | commune   | canton  | commune   | canton   | commune  | canton  | commune  |   |
| niveau stratégique  | responsabilité politique  |   |   |   |  |  |   |  |   |
|                     | Conseil d'Etat            | Municipalité  | Conseil d'Etat  | Municipalité de Lausanne                                  | Conseil d'Etat   |  | Conseil d'Etat  | Municipalité via sa délégation (social, santé, police, école) – <i>abandonné</i> | Commission de pilotage interdépartemental addiction du Conseil d'Etat |
| niveau opérationnel | Instance de réflexion     | Commission pour la promotion de la santé et les addictions (SUGEKO)   | Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA) + Lausanne Région | Instance stratégique ?                                    | Commission cantonale pour les questions liées aux stupéfiants (administration et professionnels) - <i>abandonnée en 2011</i> | Etat-major drogue (responsables administratifs concernés) – <i>abandonné</i> | Etat-major drogue (responsables administratifs concernés) | Différents groupes d'experts thématiques   | Etat-major drogue (responsables administratifs concernés)             |
|                     | Instance de mise en œuvre | Division de promotion de la santé et de prévention de l'Office des affaires sociales (département cantonal de la santé et de la prévoyance sociale) | Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et l'aide sociale; Rel'ier        | Instance opérationnelle rattachée au service social (SSL) | Administration (service du médecin cantonal, et service des affaires sociales)   | Division addiction et drogues (département social de la ville)               | Division addiction du département de la santé             | Division addiction du département de la santé                                    | Division addiction du département de la santé                         |
| niveau opérationnel | délégué drogue            | Service de promotion de la santé (DEAS) (pas de mandat spécifique)  | Responsable de mission au SSP   | Responsable addiction de la ville (SSL)                   | Délégué cantonal à la drogue - <i>abandonné en 2012</i>  | Responsable de la division   | Responsable de la division                                | Responsable de la division   | Responsable de la division  |
|                     |                           | Service de promotion de la santé (DEAS) (pas de mandat spécifique)  | Responsable de mission au SSP   | Responsable addiction de la ville (SSL)                   | Délégué cantonal à la drogue - <i>abandonné en 2012</i>  | Responsable de la division   | Responsable de la division                                | Responsable de la division   | Responsable de la division  |

## Annexe 3 Guide d'entretien

### Guide d'entretien sur la politique drogue dans les villes suisses

*Dans le cadre d'un travail de fin d'études MPA (Master of Public Administration) à l'IDHEAP (Lausanne), je vais réaliser une étude portant sur la **gouvernance de la politique drogue dans les 5 plus grandes villes suisses**, à savoir Genève, Lausanne, Bern, Bâle et Zurich. Je m'intéresse en particulier à mettre en évidence les pratiques de coordination de l'action publique en matière de drogues dans un environnement composé d'acteurs de champs professionnels variés (social, santé, police) et de niveaux institutionnels différents (ville et canton). Il s'agit de montrer comment différentes administrations cherchent à résoudre le problème de la drogue.*

#### 1) Politique drogue

- a) Quelles sont les lignes générales de la politique drogue de la ville/du canton ?
- b) Quel rôle jouez-vous dans cette politique ?
- c) Comment cette politique a-t-elle changé depuis 2000 ?

#### 2) Gouvernance de la politique drogue

- a) Quels sont les acteurs principaux et comment sont-ils coordonnés?
- b) Quel rôle joue la ville/le canton?
- c) Selon vous, pourquoi cette gouvernance fonctionne-t-elle (ou non)?
- d) Quels sont les critères essentiels à la gouvernance de la politique en matière de drogue ?
- e) Qu'est-ce qui devrait être amélioré ? Et comment ?

#### 3) Réseaux alternatifs

- a) Y a-t-il une solidarité entre les communes?  
(Par ex. : compensation financière ou coordination)
- b) Que pensez-vous des conférences nationales (CDVD/CDCA) ?
- a) Qu'attendez-vous de la Confédération ?

#### 4) Enjeux actuels

- a) Quels sont les enjeux actuels ?
- b) Quels sont vos souhaits concernant la politique drogue ?

#### 5) Questions de clôture

- a) Souhaitez-vous encore apporter une information importante en lien avec le sujet ou faire une remarque concernant la démarche de ce travail ?

## Annexe 3' Leitfragen zur Befragung

### Leitfaden zur Befragung über Drogenpolitik in die schweizerische Städte

*Im Rahmen der Schlussarbeit einer Ausbildung in IDHEAP (Lausanne) für ein MPA (Master of Public Administration), mache ich eine Studie über die Führungssysteme (governance) der Drogenpolitik in den Schweizer Städten. Es wird im größten Teil eine deskriptive Vorgehensweise sein, durch einen Vergleich der Umsetzung der Drogenpolitik in den fünf größten Städten der Schweiz, nämlich Basel, Bern, Zürich, Genf und Lausanne. Ich interessiere mich insbesondere dafür, die Art und Weise der Koordination der Drogenpolitik herauszustellen. Dies in einem Umfeld von Akteuren von verschiedenen Felder (Sozial, Gesundheit, Polizei) und institutionell Ebene (Stadt und Kanton) gefasst. Es soll zeigen wie verschiedene Verwaltungen handeln, um das Drogenproblem zu lösen.*

#### 1) Drogenpolitik

- a) Was sind die Hauptlinien der Drogenpolitik die Stadt/der Kanton?
- b) Welche Rolle spielen Sie in dieser Politik?
- c) Wie hat diese Politik seit 2000 geändert?

#### 2) Führungssystem in der Drogenpolitik

- a) Welche sind die Hauptbeteiligten (Stakeholder) und wie sind sie koordiniert?
- b) Welche Rolle spielt die Stadt/der Kanton?
- c) Ihrer Meinung nach, warum funktioniert diese Führungssystem (oder nicht)?
- e) Welche sind die wichtigsten Kriterien, ein Führungssystem der Drogenpolitik festzulegen?
- f) Was sollte verbessert werden? Und wie?

#### 3) Alternative Netzwerke

- a) Gibt es einen Zusammenhalt zwischen den Kommunen?  
(ZB: finanzieller Ausgleich oder Koordination)
- b) Was halten Sie von den nationalen Konferenzen (SKBS/KKBS)?
- c) Was erwarten Sie von der Eigenossenschaft?

#### 4) Aktuelle Herausforderungen

- a) Was sind die aktuellen Herausforderungen?
- b) Was sind Ihre Wünsche bezüglich der Drogenpolitik?

#### 5) Schlussfragen

- a) Möchten Sie noch eine wichtige Information über dieses Thema geben oder eine Anmerkung über diese Studie machen?

## Annexe 4 Liste des personnes interviewées

BALTHASAR, Hugues : responsable de mission stratégique drogue au Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du Canton de Vaud

BOHNENBLUST, Evelyne : directrice de la Division Addiction du service de la santé du département de la santé du Canton de Bâle-Ville

BRON, Adrien : directeur de la Direction générale de la santé Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et Canton de Genève

BÜRGE, Ines : directrice de l'antenne régionale de Berne, Fondation Réseau Contact.

CORNUT, Michel : chef du Service social de la Ville de Lausanne

DEUEL Claudio : chef du Service de la jeunesse du Département de la cohésion sociale et de la solidarité de la Ville de Genève.

HERZIG, Michael : ancien responsable du secteur Sucht und Drogen du Département social de la Ville de Zurich

LAREQUI, Tania : responsable de mission stratégique alcool au Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du Canton de Vaud

LUDWIG, Barbara : directrice du secteur Addiction et Drogues du Département social de la Ville de Zurich

LUTZ, Ralf : directeur de la Division promotion de la santé et addiction du service social du département de la santé et de la prévoyance sociale du Canton de Berne

MÜLLER, Regula : directrice du service de coordination addiction de la Direction pour la formation, le social et le sport de la Ville de Berne

WEBER, Myriam : collaboratrice scientifique, de la Division promotion de la santé et addiction du service social du département de la santé et de la prévoyance sociale du Canton de Berne

WÜTRICH, Astrid : responsable de stratégie addiction à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)