

DE L'ILLICITE AU CHANGEMENT SOCIAL : QUELLES MARGES DE MANŒUVRE ?

Exemple de consommateurs de drogues accueillis et
investis à Aides, en France, entre 1999 et 2013.

MEMOIRE DHEPS

Préparé en 2011/2014 dans le cadre du séminaire itinérant acteurs et entrepreneurs sociaux, parcours en trois ans, porté par le réseau des CREFAD.

Remerciements :

A toutes les personnes, dont la parole est clandestine, d'avoir été en confiance pour faire connaître leur vécu, leurs points de vue etc.

Aux formateurs et aux élèves du DHEPS de la promo 5/6 qui m'ont accompagnée dans mon rôle d'actrice-chercheuse.

A Ryselen Bouzoubaa, à Fanny Camus, à Vincent Croizé, à Sandra Defroment, à Céline Labbe, à Juan Lecou, à Jean Marie Legall, à Myriam Messina et à Guillaume Sudérie, pour leur lecture et retours, et à tous les autres pour leur soutien.

Aux apports des recherches effectués par Vanessa Boustet, Anaïs Caillaud, Lise Dassieu, Zoé Espagnol et Lisa Rivasseau.

En particulier à ma mère, mon père, mon fils, et à mon entourage pour leur présence et leur patience. Merci à eux de m'avoir permis de m'organiser pour le suivi de la formation et la réalisation de ce document.



1

Sommaire

Remerciements :	2
Sommaire	4
Avertissement au lecteur :	5
PARTIE I : L'ACTRICE, d'un récit de vie à un thème de recherche	6
PARTIE II : LA RECHERCHE	57
Conclusion	249
Bibliographie	263
Glossaire et lexique des acronymes:	270
Table des matières	272

Avertissement au lecteur :

En préambule de la lecture de cette recherche, je précise, d'une part, que le terme « consommateurs de drogues » est utilisé pour faciliter la compréhension de chacun. Il vulgarise la nomination : « Consommateurs de produits psychoactifs », plus précise et sujette à moins de représentations.

De temps en temps, l'expression familière « tox » est empruntée, mais son utilisation est limitée, dans la mesure où elle stigmatise, comme en témoigne les propos de cette recherche. L'intitulé « consommateur de drogues » intègre toutes les personnes qui recourent à des substances psychoactives. Cette recherche concerne plus particulièrement ceux qui ont des pratiques qui les rendent plus vulnérables aux VIH/SIDA et aux hépatites (injection, consommation fréquente, incarcération, milieu festif, etc.).

D'autre part, le terrain de recherche est un peu plus large que celui de Aides.² La recherche concerne deux autres structures se revendiquant de la démarche de santé communautaire (auprès des travailleurs du sexe et un centre de soin de quartier) et trois associations d'auto-support (deux de consommateurs de drogues et une de personnes de la rue).

Enfin, une condition convenue lors des entretiens, était de préserver l'anonymat des personnes. C'est pourquoi ils ne figurent pas dans les annexes. Leur contenu est en grande partie restitué dans les chapitres d'analyse. Ils restent disponibles en cas de besoin, sur demande à l'antenne.

² Créée en 1984, à l'initiative du sociologue Daniel Defert et reconnue d'utilité publique en 1990, AIDES est la première association française de lutte contre le VIH/SIDA/VIH/Sida et les hépatites virales en France et l'une des plus importantes au niveau européen. AIDES est aujourd'hui présente dans plus de 70 villes françaises, au plus près des personnes touchées, et entretient de nombreux partenariats à l'international. Son président actuel est Bruno Spire.

PARTIE I : L'ACTRICE, d'un récit de vie à un thème de recherche

*Etre soi est chose étrange
puisque l'on n'est jamais soi à l'égard de soi-même
ou dans le souvenir qu'on a de soi
et là bien sûr on ne se croit pas.
G. Stein.*

Je suis née le 27 novembre 1976 à Clermont-Ferrand. Aujourd'hui je travaille à Aides comme chargée de projet. Je suis rentrée dans le DHEPS en février 2011, enceinte de mon premier enfant. La démarche de faire une recherche-action est en lien avec une prise de conscience : je réalise que ma pratique professionnelle d'une dizaine d'années, sur différents champs d'actions à AIDES, s'est essentiellement construite de manière empirique. J'éprouve le besoin de l'alimenter en prenant un temps de recul théorique et méthodologique. J'opte pour le SIAES, séduite par le cadre de cette formation : l'approche coopérative et l'itinérance.

Avant d'entrer dans la recherche, sont livrés ici des éléments du récit de vie l'actrice-chercheuse. Pour l'élaborer, je suis partie d'un angle précis pour dérouler une partie de ma vie sur une quinzaine de pages. Encline à l'aventure, j'ai choisi comme fil d'écriture le «voyage». Retravaillé en fonction de la recherche-action, ce texte a pris la forme d'une autobiographie raisonnée.

Sa réalisation répond à une double exigence de transparence : face à moi-même, comme exercice de prise de distance par rapport à mes expériences et mes points de vue, et vis-à-vis des lectrices et lecteurs de ce mémoire qui peuvent saisir mes motivations et positionnements en tant qu'« étudiante chercheuse en sciences et pratiques sociales ».

Il me semble donc pertinent en préambule, de donner quelques détails autobiographiques, propres à déconstruire la fiction de la posture neutre et détachée du chercheur, en explicitant les premières motivations qui fondent la démarche et le choix du sujet de recherche.

*Il faut avoir un chaos en soi-même pour accoucher d'une étoile qui danse
F. Nietzsche,*

Chapitre 1. Autobiographie raisonnée, les postures professionnelles et personnelles font corps

La réalisation de l'autobiographie raisonnée met en exergue les nombreux liens entre un parcours personnel et professionnel, intriqués avec la thématique de ce mémoire. Je mesure que cela peut être source de connaissance et de compréhension mais aussi de susceptibilité et partialité. Pour cela les prises de recul, la lecture de mes écrits et leur « *feed-back*³ » par d'autres personnes⁴ ont été nécessaires. Les partager par écrit ci-dessous, facilite aussi cette prise de distance.

Ce travail met en lumière que l'objet de recherche⁵ ne s'inscrit pas seulement dans un parcours associatif et professionnel mais s'ancre aussi dans une histoire et un terreau familial. Le premier chapitre étaye que cette culture se conjugue avec une posture professionnelle de coopération.

1.1 La coopération transmise par une culture familiale

1.1.1/ Valeurs qui bercent l'enfance

Mon récit de vie fait référence au partage, à l'entraide, à la solidarité et l'écoute, valeurs héritées de ma culture familiale. Ce premier paragraphe illustre combien je les ai relayées dès mon plus jeune âge.

Petite, je joue très souvent avec mon frère, âgé d'un an et demi de moins que moi. Cette proximité est renforcée par le fait que mes parents sont régulièrement occupés, par leur travail et de nombreuses activités associatives. On se construit ensemble, l'un avec l'autre. Nous sommes autant « chien et chat » que nous « faisons la paire ». Ma mère dit que je n'ai pas été jalouse à sa naissance. Je crois que cette attitude a été renforcée par la pédagogie de me

³ Un retour qui s'inscrit dans une interaction, dans des allers-retours.

⁴ Intervenants, élèves du DHEPS, militants d'Aides ou ami(e)s.

⁵ La démarche communautaire (partage, être acteur, entraide et coopération) ; Empathie (bienveillance, non-jugement, tolérance et écoute) ; Engagement (militantisme, mise en place d'associations d'auto-support) ; Connaissance de l'univers de la consommation de produits et de la dépendance, Vécu de la stigmatisation, de la discrimination, du manque de confiance en soi et du besoin de rehaussement de l'estime de soi, d'une reconnaissance sociale ; Perception des prises de risques mais aussi des moyens de les réduire ; Appréhension des différents territoires d'action, des activités et des publics reçus à l'association AIDES.

donner une place et des attributs de grande sœur. Mes parents m'ont insufflée le rôle de veiller sur lui et le protéger. Avec mes plus jeunes cousins et avec ma sœur, âgée de douze ans de moins que moi, j'ai cultivé le même type de relations.

Ma mère a elle, huit frères et sœurs, avec qui, entraide et solidarité sont également de mise. Enfant, je vois régulièrement mes nombreux oncles, tantes et cousins.

Les temps en famille élargie permettent l'adaptation des activités, des rythmes de vie aux différentes envies. Nous faisons de nombreux jeux collectifs, souvent à l'initiative de mes plus grands cousin(e)s.

Celui le plus pédagogue à mon goût a une imagination débordante Il donne envie de jouer car il veille à laisser une part de liberté. Sa démarche permet à chacun de trouver sa place.

Nous ne nous ennuyons jamais, nous nous auto-organisons, nous sommes en « république des enfants »⁶. De même, avec mon frère et mes amis, nous avons pris l'habitude de négocier, jusqu'à un accord mutuel.

Vers dix ans, je commence à avoir du plaisir à discuter avec les membres de ma famille. Je ne sais plus vraiment ce qu'on se raconte mais ça papote sur les « choses de la vie », ça échange, ça partage dans la confiance mutuelle. Et je m'y retrouve ! De cette expérience émerge ma conviction qu'être nombreux et ensemble est source de créativité et de bien-être. La concertation et le « faire ensemble » sont initialement importants pour moi.

Parallèlement, j'apprécie d'être seule et flâner à mes propres occupations. J'aime les tête-à-tête avec mes grands parents, surtout mon « pépé ». Je savoure chaque moment passé avec lui, me lever tôt, manger le casse-croûte, garder les moutons et surtout l'écouter. Je suis curieuse et attentive aux histoires d'anciens, de famille et de pays, qu'il raconte. Je ressens de l'admiration pour cet aïeul. Il m'a transmis de nombreuses valeurs.

Récemment, la retranscription de ses mémoires m'apprend qu'il s'est investi dans le MRJC⁷. Cet engagement permet à lui et ses pairs, l'obtention de financements pour leurs études agricoles. Par la suite, par souci de solidarité, il devient un des fondateurs des mutuelles agricoles et un fervent défenseur des coopératives.

De sa vie privée, il rapporte s'être « associé » à ma « Mémé » pour cultiver un esprit solidaire entre leurs enfants. Au point qu'il lègue la gestion de son patrimoine, avant son décès, à une association composée de ces enfants. Je relève que les méthodes utilisées dans ses projets personnels, associatifs ou familiaux sont très proches de celles développées dans la démarche de santé communautaire : favoriser le rôle de l'acteur, l'empathie, la concertation, la coopération et la transformation sociale. Mon héritage personnel est donc, à ce jour, ce besoin d'être actrice, seule mais aussi avec d'autres, de s'entraider, construire et lutter ensemble.

⁶ Comme le dirait mon père

⁷ Mouvement Rural de Jeunesse Chrétienne

Ainsi, ce bagage culturel familial fait que très jeune, je m'inscris dans des projets d'ordre collectifs. Et ceci s'organise dans différents champs : association de jeunes, organisation de fête, de luttes, de jeux, de discussions et d'escapades etc. Dans ces interactions, je prends plaisir à l'échange, contenter un peu tout le monde, sans m'oublier.

J'affine l'analyse de cette transmission, dans l'articulation du « je » et du « nous » de ma posture d'actrice de santé communautaire. Les paragraphes suivants vont mettre en exergue que je peux mettre en « jeu » mon « je » quand il y a un enjeu pour un « nous ».

1.1.2. Valeurs qui s'inscrivent dans une posture professionnelle

Même si l'activité à Aides me demande d'investir une grande part de mon « je », je suis devenue actrice de santé communautaire avant tout pour travailler en équipe. L'action collective m'a été nécessaire pour être actrice de ma vie (renforcer et construire mon « je ») et actrice de transformation sociale (à partir de la constitution d'un « nous » au pluriel). J'ai l'impression que c'est bien une synergie collective (les accueillies, les partenaires, les autres intervenants et le travail d'équipe quand il fonctionne), qui a alimenté mon épanouissement personnel et professionnel.

Beaucoup de projets, mis en place, naissent de ces interactions. Seule, je n'aurais pu les conceptualiser. Sans me sentir appuyée, même de loin, je ne peux avoir l'engouement pour les mener. Les autres, le « nous », me confortent dans l'intérêt de les mettre en œuvre. Non seulement, le « nous » palie au manque d'estime de soi, de légitimité et au besoin d'être rassuré par le regard des autres, du « je ». Mais, de plus, l'inter-échange les enrichie et leur donne corps. Dans ce « nous », je mets aussi du moi, mais en lien avec d'autres. Je pars du principe que dans le « je » il y a du « nous » et dans le « nous » il y a du « je ».

Je conçois les espaces de santé communautaire ainsi, comme des lieux d'échanges d'expériences qui impliquent le « je » dans un « nous ».

Le « je » engage alors des combats en lien avec ses propres besoins autant que d'autres, plus éloignés de ses préoccupations, parce que le « nous » lui a permis de se sentir concerné et vice et versa.

Par exemple, je n'aurais pas accepté de faire une interview à France culture,⁸ si ce témoignage de mon « je » n'avait pas été proposé dans une dynamique collective. Car je suis pudique. La démarche de santé communautaire m'a permis de réaliser que partager son « je » dans un « nous » peut permettre de contribuer à une transformation sociale. Ainsi, j'ai joué le jeu de parler du « je », de répondre à des questions intimes, de relater des éléments de vie personnels (mes ressentis, ma sexualité, mes relations aux hommes, à ma famille, à mon entourage et à

⁸ Cf annexe 3 et 4

mon travail) parce qu'il y avait un enjeu pour « le nous ». Cette implication du « je » prend du sens parce qu'elle illustre une histoire plus collective.

C'est une des raisons de la prise d'un pseudo lors de cette interview. Rendre anonyme des propos permet d'éviter de personnifier un « je », qui accepte l'enjeu de dire « je » pour un « nous » (les consommateurs et les consommatrices de drogues). Et ceci pour permettre à l'actrice que je suis devenue d'avoir un rôle de transformation sociale.

Je réalise aussi avec cette interview, combien les journalistes, et peut être leur public, apprécient de mettre un visage sur un combat. Et je ne peux m'empêcher de penser qu'accepter ce « deal », risque de compromettre en partie la dimension collective d'une lutte pour des droits et l'image de plusieurs.

C. Carthonnet⁹ a joué ce jeu. Cela me pose questions : Quel poids lui a-t-il donné ? Comment elle et les autres trouvent une place dans ce type de représentation ? Lorsqu'elle se retire du combat, qu'en est-il ? Est-ce arrangeant de réduire une lutte à un visage, une parole ?

La vie est complexe, comment en rendre compte si ce n'est en présentant plusieurs parcours qui parfois se rejoignent, pour un instant, sur une lutte ?

De même, la condition de ma participation à la rédaction d'une tribune¹⁰ a supposé de retranscrire la parole de pair(e)s dans ce propos. Ma fonction suppose une écoute des autres personnes concernées, afin que leur « je » s'exprime. Ensuite avec l'appui du « nous », il s'agit d'envisager comment faire entendre leur parole et permettre sa prise en compte. Le fait d'être à côté de la personne, et l'empathie générée par ce type de relation d'aide, implique mon « je ». Et cette posture facilite la prise en compte de l'autre et sa mobilisation.

Cette posture rejoint ma façon d'être et ma relation au pouvoir que le prochain paragraphe tente de dépeindre.

1.1.3/ Relations au pouvoir, induites par ces valeurs

Les valeurs issues de ma culture et mon histoire ont impliqué une relation au pouvoir qui sera exposée sous l'angle du « jeu » et du « je ».

Je relève que j'aime bien jouer, j'aime participer, j'aime les défis, j'aime prendre des risques même si je n'ose pas toujours...

⁹ *J'ai des choses à vous dire*, Claire Cartonnet, Paris, avril 2003, Editions Robert Laffont. Fiche de lecture en annexe 9

¹⁰ Cf annexe 3 et 4

Je suis plutôt une bonne perdante. J'ai appris à perdre pour mieux me retrouver même si je prends plaisir à réussir. Je fais donc de mon mieux, malgré toutes mes maladresses et faiblesses, pour perdre le moins possible, voire à l'emporter.

J'accepte de perdre, si l'enjeu est faible ou si je considère la force de mon adversaire comme supérieure. Mais, si j'investie réellement mon « je » dans la partie, je vais vivre cette défaite comme un échec, et cela va m'atteindre.

Parfois je triche, pas pour gagner, juste pour rajouter un défi, mettre du piment, m'amuser. D'autres fois le « je » triche pour ne pas se mettre en « jeu ». Ainsi je joue le « jeu », mais moins facilement le « je ».

J'admets difficilement l'autorité imposée, même par la séduction. J'obéis à celle à laquelle j'adhère, celle qui me parle, qui suppose que je sois entendue, et avec qui, l'accord de confiance est réciproque. Cette autorité est bienvenue car c'est une référence autant qu'un tiers, qu'un cadre.

Je déteste être seule à décider même s'il m'arrive de le faire, je préfère toujours avoir l'avis d'un tiers voire de plusieurs. Je n'ai pas assez confiance en mon point de vue pour l'imposer. J'ai par contre, souvent le courage de l'avancer. Doutant de moi, je m'applique à faire douter ceux moins apprêtés à l'exercice, ceux qui « friment », « la ramènent », et veulent gagner et briller à tout prix quitte à aligner les autres. Mon naturel me pousse à les défier. C'est mon côté dragonne, guerrière, provocatrice. Il y a des jours, cette propension me fatigue. Ma soif de défis face à l'injustice me met parfois dans des situations pénibles, voire angoissantes. Je aimerais pouvoir me reposer, laisser les choses se faire, pouvoir en rire, être spectatrice etc.

Mais je ne peux pas ! Je ne supporte pas le « pouvoir » quand il est synonyme de « domination », parce qu'il suppose un statut de « dominé ». Ce dernier est synonyme pour moi, de ne pas être entendu, désavoué, manipulé, être objet plutôt que sujet, impuissant.

J'incorpore facilement le rôle de défense des opprimés d'autant qu'il m'est conféré régulièrement. Je défends, plutôt constructivement, mais parfois féroce. J'ai l'art de contester. Ma mère me disait que j'aurais pu être une bonne avocate. Je crois avoir pris ce rôle au sein de ma famille. J'ai défendu mon frère, ma sœur face à mes parents et les plus petits de mes cousins souvent malmenés par les plus grands.

En tant qu'aînée, j'ai rarement eu quelqu'un pour me protéger. Et, lorsque j'essaie de prendre ma propre défense, j'avoue être moins pertinente et me sentir moins entendue et isolée.

Etre à une place de contre-pouvoir, de rebelle, de « chieuse », de teigne qui conteste, remet en question, prend la tête et le reste, me donne une image, un charisme qui ne me correspond pas toujours. Car pour combattre, j'enfile une carapace qui donne l'impression que je suis sûre de moi et une forte tête. Or au fond, c'est tout le contraire.

Ma contestation peut être entendue comme un souhait de dominer, manipuler, décider. Pourtant, ce n'est pas le cas, c'est plutôt un besoin de faire valoir un contre-pouvoir vis-à-vis

d'une domination qui peut s'établir. Ce rôle, je le prends dans une optique constructive : permettre à tous de pouvoir s'exprimer, en vue d'ouvrir sur un esprit démocratique. Par contre, je n'intercède pas quand le débat est voué à être stérile, une conversation sans fin qui mène personne nulle part.

Je déteste être dans l'impuissance autant que dans la toute-puissance. Mon parcours m'a amenée à être régulièrement opprimée. Me retrouver dans une place de dominante, avoir du pouvoir sur l'autre, me culpabilise. J'ai, ainsi, du mal à emprunter un statut de chef et de leader, à devoir être directive et autoritaire. J'ai un naturel conciliant, une posture de « facilitante », qui a tendance à écouter et prendre l'autre en compte. J'ai donc du mal à tenir un « non », à poser des limites. Je prends conscience des miennes souvent trop tard, quand ça fait mal, voire très mal. Avec l'âge, j'essaye de mieux les appréhender. Mais mon manque de confiance en moi, mes doutes permanents ne m'aident pas. La position d'ascendance sur les autres me rend mal à l'aise, pas seulement par principe, mais aussi parce que je ne me sens pas à la hauteur. J'ai appris que je n'ai ni les épaules, ni les genoux suffisamment solides, pour porter ou supporter les autres. Ce n'est donc pas uniquement par philosophie, mais aussi par pragmatisme que je préfère être « à côté » et plutôt « que devant » les autres.

Ce savoir-être s'appuie aussi, sur un besoin de faire confiance à l'autre, comme d'en bénéficier. Venant d'une famille démunie en confiance en soi, me renvoie à donner cette confiance dont je suis dépourvue, en tant qu'aînée aux suivants. Très égoïstement je crois, car dans les autres, que ce soit nos proches ou pairs, il y a aussi une part de nous.

Je suis donc plutôt en quête d'espaces où peuvent se jouer des relations égalitaires, tout en sachant qu'ils sont difficiles à trouver. De même une relation d'aide, qui répartie les pouvoirs et les savoirs, est rare. Pourtant, proposer à une personne d'être responsable, de se remettre en questions, suppose une réciprocité.

Malheureusement, accompagner se résume trop souvent à « faire faire » ou « faire à la place de ». Et, je ne me résous pas à adopter ce type de postures qui nient les compétences de l'autre ! Pourtant, sans le vouloir, je dois y recourir car notre système corrobore les rapports de dominant-dominés et les rapports de force. Mais je n'ai aucun mal à y être vigilante et me remettre en question.

J'avoue que c'est complexe de ne pas accepter la domination qu'elle vienne des autres, ou de soi-même. Ainsi, les places et les rôles que j'ai le plus souvent pris dans mon travail ou mon militantisme, sont celles d'une personne motrice, une leader d'opinion parmi d'autres et une d'animatrice qui confère du pouvoir aux autres. J'ai aussi « l'art d'être le cul entre deux chaises ».

Et ce n'est malheureusement pas la seule de mes limites !

Quelque-soit le pouvoir ou contre-pouvoir, je ne l'exerce qu'à partir du moment où je me sens légitimée. J'ai du mal à l'obtenir de moi-même car je suis très exigeante et critique envers-

moi. Je reproduis parfois ce comportement avec les autres, ce qui contribue à me rendre peu plaisante. Pour être rassurée, j'ai donc besoin de l'avis, du soutien, et de la confiance des autres. Sinon je doute de moi, me replie et perd mon pouvoir créateur.

Malheureusement, j'ai peu de pouvoir de séduction. J'obtiens souvent la confiance avec le temps. Je peux avoir une faculté à générer de la méfiance, apriori. Cela contribue à ma mésestime. J'ai par contre, une grande capacité à faire confiance à l'autre. Cependant, si elle est trahie j'en souffre et me réfugie dans une méfiance à tout va, qui ne correspond pas du tout à mon tempérament et m'opprime. Cette posture m'empêche de donner et recevoir une confiance qui m'est nécessaire, je me referme sur moi-même en perdition.

Je déteste être devant, mais aussi être mise de côté. J'ai besoin des autres, j'aime pouvoir les estimer et j'ai du mal à les détester. J'en ai besoin pour avancer, ça n'a pas de sens de faire son chemin toute seule ! J'ai été habituée à être stigmatisée et la solitude peut m'évoquer l'isolement. Je lutte contre cette dépendance à l'autre, par une soif d'autonomie. Pour gérer cette addiction, je me rends dépendante de plusieurs personnes plutôt que d'une seule. Je me sais imparfaite, un peu « looseuse » et très maladroite, bref pas suffisante à moi-même. Je préfère attendre les autres en râlant plutôt que partir seule devant ou de mon côté. En ce sens, j'ai un côté suiveuse parce que je n'ai pas l'âme d'une « winneuse » et que les responsabilités me posent plus de questions qu'elles ne me donnent de réponses. J'aime donc m'appuyer sur d'autres par peur d'être pas à la hauteur, de paniquer.

Dans ma vie, je prends des responsabilités par défi et par souhait d'impliquer mon « je », pour que le « nous » avance plutôt que râler ou contester en permanence. Aujourd'hui, me sentir responsable d'un enfant me fait parfois « flipper ». J'ai été et je suis facilement dans la délégation ponctuelle de mes responsabilités éducatives. Etre à côté, l'observer grandir et évoluer par lui-même, me rassure.

De même, j'apprécie de voir les espaces d'accueil, que je participe à animer, prendre corps. Participer à l'éclosion d'êtres qui nous entourent, leur redonner du pouvoir, soigne ma mauvaise estime de moi. Mais elle ne guérit pas. Et elle se réveille à chaque échec, et me fait appréhender de mettre mon « je » en « jeu ».

Le partage de cette analyse me permet donc de situer mon « je » dans « les jeux de pouvoir » mais il évoque aussi en quoi être actrice de santé communautaire répond à cet enjeu.

Par ailleurs mon implication à Aides répond à une autre facette de ma personnalité, non sans lien avec ce besoin de coopération, mais plus extériorisant : la soif d'interactions avec des personnes et des univers différents du mien. Ce sujet va être développé, à partir des éléments de mon récit de vie, dans le prochain paragraphe.

1.2. Postures encrées dans une soif d'aventures, de rencontres et d'interactions.

Alors que le paragraphe précédent détaille combien mon « je » peut faire corps avec un « nous » qui rassemble des proches (par un sentiment d'appartenance à la même communauté). Celui-ci évoque combien j'ai soif d'interactions avec un extérieur plus distant. Dans un premier temps, il étaye comment en tant qu'accueillante à Aides je tisse du lien, comme enfant ou en voyage. Il témoigne d'un mode de rencontres, en lien avec les valeurs transmises par mes parents et leur culture, exposés ci-dessus. Dans un second temps, sera évoqué comment adolescente ma soif d'expérimenter m'a conduite sur des chemins très éloignés de mes racines. Ceux-ci participent aussi à ma posture.

Depuis l'enfance, j'aime m'aventurer à l'extérieur, être accueillie par d'autres. J'apprécie rencontrer, échanger avec des personnes de tout horizon. Petite, je joue avec n'importe quel enfant et discute facilement avec les adultes. Je n'ai jamais été très casanière. J'ai besoin d'investir de nouveaux espaces, de partir, d'aller ailleurs. Plus tard, l'apprentissage des cadres, des conventions, comme la construction de haies et de grillages autour des bâtiments, réfrène ce naturel.

Lors de mes voyages, au-delà du plaisir de découvrir des endroits inconnus, j'aime faire connaissance, apprendre, d'ailleurs et d'autres. Je partage volontiers la vie des autochtones, dont j'essaie de « baragouiner » la langue. J'appréhende grâce à eux la culture et le pays. J'observe et j'écoute beaucoup. C'est une occasion de mettre mes représentations et ma culture en question.

Je n'omets pourtant pas d'exister, d'être ce que je suis avec mon mode de vie et mes points de vue. Parfois je les confronte mais je ne les impose pas. Je vis la rencontre comme un échange potentiel. Un besoin d'évasion est à la source de ce goût du voyage. Mais il réveille aussi mon appétit pour les interactions avec d'autres espaces, milieux et personnes. Elles s'avèrent nécessaires pour mieux me connaître et m'épanouir.

La posture d'accueillante me permet d'être en permanence dans la rencontre à l'autre, des cultures et des histoires différentes.

Sans pouvoir y mettre des mots, je sais comment la porte de l'association Aides peut être difficile à franchir. Je m'efforce donc, de mettre à l'aise la personne, d'installer un cadre convivial, d'empathie et d'échange. C'est un nouveau parallèle avec le voyage où chaque « galère » peut finalement se transformer en anecdote, boutade, apprentissage... dans cette escapade.

J'éprouve du plaisir dans la découverte de l'autre ou des autres. Je m'efforce de répondre au mieux à ce que je crois être leur souhait. Je m'adapte, je fais en fonction du groupe pour pouvoir insuffler une dynamique d'entraide. En ce sens, je me positionne comme l'étrangère

en visite. Mon intervention se limite dans le temps, je viens et je m'en vais comme dans un voyage. Dans l'accueil à Aides, j'insuffle du lien, tout en sachant que ma présence peut être éphémère et que je ne suis pas indispensable.

Je me découvre comme dans chaque voyage de nouvelles facettes, savoirs et capacités que je ne me connaissais pas. C'est ce qui permet d'innover à l'interne avant de le faire à l'externe, d'être dans la création de moi et de projets en permanence tout en les adaptant aux lieux et aux personnes que je rencontre à un moment donné, pour un temps déterminé.

Avec l'adolescence débute l'expérimentation d'interdits comme les drogues et l'approche d'un mode de vie très marginal. Je découvre une nouvelle appréhension de la vie, bien différente de celle envisagée par ma culture et mon éducation. Cela répond à un réel besoin d'évasion. Je désirais prendre le large et avoir un autre type d'interactions que celles proposées, alors, dans mon quotidien. Le prochain paragraphe explora combien cette brèche a mis en lumière des contradictions, dont ma pratique professionnelle est aussi issue.

La *verve* qui anime mon parcours professionnel et militant est issue de ce vécu personnel. Ma préoccupation de chercheuse prend corps dans un texte ci-dessous, intitulé « *le tabou de la consommation* ». Il résume l'enjeu de mon « je » à mener cette recherche.

Le tabou de la consommation de drogues a été, et est, conforté par deux « flics » dans ma tête : la peur du jugement de l'autre et la pudeur (dans mon héritage culturel familial, on ne parle pas de sa vie privée, c'est de l'ordre de l'intime).

Ma première peur est inscrite depuis petite, où j'apprends que le jugement négatif d'une majorité, isole, exclut et peut conduire à être un objet de défoulement, un bouc émissaire. Bref, une position qui ne permet pas facilement d'être acteur.

L'usage de drogues est arrivé dans mon adolescence comme une « récréée » de cette enfance : un espoir d'autre chose, un espoir de sortir d'un cercle vicieux, sur lequel je n'avais pas de prises.

Avant de rencontrer le bien être que pouvait me procurer les produits, j'ai rencontré une communauté. Elle était certes très marginale mais elle me laissait une place.

Ensuite, j'ai partagé le point de vue d'une majorité : j'étais rentrée dans un « *cauchemar* » dont il fallait me sortir si je ne voulais pas y perdre mes dents et le reste. Avec le recul, je pense que l'héroïne avec ces nombreux travers a été une vraie béquille. Elle m'a aidée à être beaucoup moins mal de nombreuses fois dans ma vie. Affronter son manque règle ma dette envers ce qu'elle m'a apportée.

Ma militance auprès de mes pairs à Aides ou dans des associations d'auto-support, me permet de régler ma dette à la communauté, qui m'a accueillie en son sein. Et ce, même si depuis plusieurs années, je m'éloigne de ce milieu pour essayer d'avancer dans ma vie, sans appui.

Aujourd'hui, il me reste une dette à régler, celle de l'interdit et ses conséquences.

En effet, si les stupéfiants sont interdits et ne peuvent être présentés sous un jour favorable, les toxicomanes aussi. Ils font peur ! Pour le tout un chacun, ils représentent les drogues et leur danger. Certains de mes pairs, ceux les plus en marge, ceux qui jugent qu'ils n'ont « *plus rien à perdre* » ont opté pour en rajouter : « *tant qu'à faire peur autant s'en amuser, être fier d'être hors du commun et des trucs trash de notre parcours* ».

D'autres comme moi, choisissent de se taire, de garder tout ça dans un jardin secret, de se cacher.

La culture paysanne, celle qui m'a rendue pudique et cachottière, y a contribué. Et puis ça un côté trépidant d'avoir plusieurs vies surtout, quand celle que vous avez engagée ne vous convient pas. Même si ça a été un drôle d'échappatoire, je ne regrette rien !

Le tabou de l'usage de drogues m'a quelque part servi. Avec une bonne tenue de camouflage, quelques mensonges et artifices, on arrive à ne pas trop perdre la face et à limiter les dommages. Je ne voulais pas perdre la face et j'ai lutté pour m'en sortir par peur de me laisser trop engloutir par mes « conneries ». Cela m'a sûrement permis de moins m'enfoncer dans le ou les produits et leurs risques.

De plus, avoir un espace à soi, consommer seule loin des autres, se sentir indépendante, différente et avoir une part de mystère, m'a convenu. J'étais dans une forteresse, où ma vie ne dépendait plus des autres, même si je n'étais pas seule maîtresse à bord. J'ai pris du plaisir dans cette bulle. Elle m'a permis de ne plus sentir la douleur, un temps...

Mais, aujourd'hui, l'effet du produit n'est plus là pour me faire oublier le regard des autres !

Il a donc été salvateur de trouver des espaces ou des personnes, où j'ai pu dire et avec qui j'ai pu me sentir libre d'être pleinement. J'aurais pu vivre sans. Mais, ils m'ont permis de vivre mieux et de faire quelque chose de ce vécu. L'entraide, la solidarité, le rire/les pleurs/la colère et le construire/déconstruire ensemble et la militance ont été jusqu'alors ma thérapie.

Ces espaces que je peux générer dans ma vie professionnelle, militante et dans ma vie privée m'ont aussi permis pendant longtemps de faire avec le « *tabou de l'usage de drogues* ».

Mais depuis peu je réalise que ce silence, ou ce dire en espace confiné, même s'ils m'apportent et me facilitent la vie, m'enferment aussi.

D'une part, le tabou pose sans cesse la question de ne dire ou de ne pas dire, montrer ou ne pas montrer. A fortiori peut être alors que je ne suis « plus dedans »¹¹ : quelles raisons aurais-je de me cacher. Je ne suis plus « dangereuse »¹² !?

D'autre part, même si j'ai mis du temps à assumer mon histoire, maintenant, que j'ai l'impression d'y être arrivée, pourquoi la taire ? Je n'ai plus envie de faire semblant et de jouer aux faux semblants en permanence. Cela ne m'amuse plus, cela me fatigue, me prend une énergie précieuse, je n'ai plus vingt ans.

Cependant j'ai remarqué que se dévoiler à quelqu'un « loin de tout ça », n'est pas sans conséquences. Cela peut engendrer des malentendus voire de l'incompréhension. Chacun ayant son idée sur le sujet, sa morale, ses gendarmes dans sa tête. L'échange n'est pas fluide. A croire que l'appréhension des drogues, et de ceux qui en utilisent, soit inscrite dans un inconscient collectif !?

Dire c'est toujours prendre le risque de ne pas être écouté ou entendu.

Alors je maintiens le silence.

Mais ça déborde, ou ça veut déborder...

A l'approche de la quarantaine, j'aimerais être en accord avec moi-même : ne plus avoir honte, ne plus avoir à mentir comme une adolescence, ne plus avoir peur ou envie d'heurter, ne plus culpabiliser ou faire culpabiliser et ne plus être dépendante du regard de l'autre.

Ce point de vue est le mien, à un instant T.

Je pourrais le relativiser, mais je ne le ferais pas, car quand je le partage avec mes pairs, je trouve de l'écho.

Comment on pipe les dés ? Comment on change ça ?

En ayant le courage de se livrer ? J'essaie de jouer le jeu mais je constate que cela peut coûter plus, que cela ne nous rapporte.

Pourquoi « nous » ? Parce que je trouve plus souvent la force de parler pour les autres que pour moi ? Est-ce bizarre de jouer le jeu de dire « je » pour réhabiliter un « nous » qui me permettrait de dire « je » ? Cette manière de faire est autant due à des principes idéologiques qu'à un manque d'estime de soi.

Alors je m'ouvre aux personnes qui ont ce vécu, ou qui l'ont eu. Avec elles, pas besoin de prendre des pincettes, de réfléchir comment présenter la chose. On n'a pas forcément le même parcours, ni le même point de vue, mais au moins on peut en discuter, avec une impression

¹¹ Dépendante aux produits psycho-actifs ou drogues

¹² C'est ironique, car même si je reconnais ne pas avoir été parfaite, j'ai été la plupart du temps attentive.

d'être sur un pied d'égalité. C'est le moyen, pour moi, de me sentir moins seule, de me rassurer et de sortir mon être de son enfermement. J'ai donc contribué à créer des espaces, hors consommation, où je pouvais rencontrer d'autres consommateurs en tant que militante et professionnelle.

La seule limite de cette stratégie est que je m'émancipe mais dans des milieux assez fermés. Cela me rend dépendante de mon « boulot », même si j'assume cette dépendance qui n'est pas trop dommageable. Mais c'est triste de savoir que certains pairs sont obligés de taire des compétences liées à leur vécu, à cause de malentendus liés à un tabou.

Je me cloisonne aussi dans mes relations privées. Même si je ne fréquente pas que des consommateurs j'avoue faire une espèce d'autocensure dans mes relations. Par exemple, au milieu de gens ayant un vécu plus « normal » j'ai du mal à imaginer que je vais être acceptée. Je ne me sens pas à égalité. Cela est peut être dû à mon manque d'estime autant qu'à mon vécu de « tox ». J'ai du mal à faire la part des choses, ces deux éléments sont devenus tellement liés.

Toujours est-il que je me sens difficilement à l'aise avec tout un chacun, je me sens souvent de trop, je me tais ou dis des trucs à côté. Je réussis à entretenir des amitiés avec des personnes qui n'ont pas ce vécu. Heureusement, sinon je serais toujours « dedans »¹³. Cependant, les relations se nouent plus naturellement lorsque j'il y a un « feeling », du fait d'un parcours commun. Malheureusement certaines ont pu être aussi néfastes voire violentes.

Au sein de formation, je me suis confrontée à ce (et mon) tabou des drogues. Dans ma profession, j'ai ce souci quand je me retrouve avec des partenaires n'imaginant pas une seconde que quand ils parlent de consommateurs de drogues cela m'implique aussi. J'entends des choses qui me font hurler intérieurement, me blessent. Et par peur de faire un éclat, je me tais. Avoir moins de stigmates physiques à cet inconvénient, même si je suis bien contente d'en être là pour moi-même. De plus, j'étais dans la même réserve quand avant, ils m'appréhendaient comme une « tox de service »

Je me suis donc armée contre ces propos stigmatisants, discriminants, diffamatoires en aiguisant mes réparties, en affinant mes points de vue, en argumentant, en reformulant, et en les prenant avec humour. Mais avec les années, ce genre de débats perdus d'avance me fatiguent. Ils coûtent bien souvent plus qu'ils ne rapportent.

J'ai évolué, mis à distance les produits, me ressens comme une ex-usagère de puis longtemps. Mais en même temps, mon passif a travaillé mon parcours, mon corps et mon cerveau. Certaines marques, failles, sont indélébiles.

¹³ Dans les drogues

Changer de ville m'a permis d'avancer bien des fois. Mais le passé peut rattraper très vite. Je n'ai à ce jour plus de substitution chimique. Je m'en suis trouvée d'autres. Etre active, travailler, faire de l'exercice, lutter, me rappeler l'amour des miens et que je suis mère, fille, sœur, font partie des moyens nécessaires pour ne pas chavirer. J'ai de nouvelles addictions plus communes. Elles me permettent d'être moins sensible à mes angoisses et mon mal-être. Mais parfois je flanche, je me laisse happer dans une envie de lâcher prise ou de replis heureux.

J'ai attendu longtemps avant de me décider à être mère. J'ai attendu cinq ans après l'arrêt de méthadone pour me sentir prête à être maman. Cinq années, pour passer outre la peur de transmettre ma vie et ses tracasseries, à mon enfant. J'ai eu la même trouille pour mon frère et ma sœur. Et finalement grâce aux mots mis sur les maux cela nous a rapprochés, et permis d'échanger sur nos « travers ». A part avec quelques cousins qui ont suivi une route un peu similaire à la mienne, ce vécu ne peut s'exprimer dans ma famille. Il est rangé dans un coffret nommé « non-dit » voire « déni »¹⁴.

A ce jour mon statut de « fille de », de « petite fille de » et surtout de « mère de » me font me taire, ou parler avec un pseudo. Je vis avec la peur comme d'autres, que quelqu'un trahisse mon secret. Ma vie m'appartient ! Si je brise ce tabou, mon tabou, je veux le faire par moi-même et dans un cadre approprié. Cela m'appartient de le dire à mon fils. Cela m'appartient, si un jour, cela a des conséquences sur sa vie. Cela m'appartient de passer outre le déni qui m'abrite autant qu'il m'emprisonne. Dire « je », se démasquer, peut être très coûteux, surtout si on a d'autres « cadavres à planquer ».

J'ai écrit ce texte pratiquement d'un trait, comme « un trop plein » qui avait besoin de sortir. Il illustre combien l'isolement, la discrimination, les violences, la peur, le manque, la dépendance, l'immobilisation, le handicap social ou physique, l'angoisse du jugement font partie de mes bagages.

Ils peuvent être lourds à porter. Ils ont laissé des failles qui craquent quelquefois. Mais ces « galères », ont toutefois été mes principales sources d'apprentissage. Elles m'ont construite. Même si c'est le comble, pour moi, qui revendique un apprentissage dans le plaisir, j'ai l'impression d'avoir beaucoup grandi dans la douleur. Et beaucoup de mes faiblesses se sont transmutes en compétences professionnelles et militantes. Ce sera le propos des prochains paragraphes.

1.3 Origine de cette implication dans l'expérience de la honte et la discrimination

¹⁴ Plusieurs semaines après sa rédaction, je trouve sur un de mes mails le témoignage de Salomé dans une contribution du Nouvel Obs' faites en octobre 2012. Il fait écho à ces considérations. Je l'ai donc mis dans les annexes à la suite de l'interview de Margot du 8 mars 2013. Cf annexe 1 et 2

Précédemment la consommation de drogues a été étayée en termes de tabou social et familial. Ce n'est pas le seul élément de ma vie, rangé dans le tiroir du secret et des non-dits. Le vécu de l'exclusion sera évoqué ci-dessous, car il s'inscrit aussi dans ma posture et l'objet de recherche.

Enfant, j'ai connu le rejet et la discrimination. Je ne connais toujours pas le pourquoi à ce jour. Cette question me taraude de temps en temps. Parce que je fréquentais les gitans ? Parce que je portais des habits d'occasion, de pauvres ? Parce que je contestais ceux qui usent de trop d'autorité à mon goût ? Parce que j'étais naïve, sensible et susceptible ? Je ne sais pas. Je me souviens juste du comment, même si heureusement nos cerveaux sont programmés pour oublier, mettre de côté et avancer.

Ce rejet fut « source de honte », pour reprendre le terme de l'ouvrage de V. de Gauléjac. Pour ma part, la honte est venue m'habiter une bonne partie de ma vie.

J'ai appris à mettre ce sentiment dans un coin. Mais il est revient frapper à ma porte régulièrement. Il me colle à la peau. D'ailleurs, il s'inscrit dans mes postures : à être voûtée, à ne pas regarder les gens quand je leur parle etc. Les nœuds qu'il provoque, somment mon corps de se replier. Le regard des autres m'atteint tellement que la moindre compétition, la moindre mise en scène, le moindre regard sur une action me stresse et amplifie mes maladresses. Cela s'intitule « la paresse sociale »¹⁵ du point de vue de la psychologie sociale. Le référencer scientifiquement en a réduit la culpabilité mais pas le symptôme.

L'usage de produits psychotropes a permis de faire abstraction de ce sentiment. Par contre, eux non plus, n'épargnent pas ! Ils peuvent montrer les failles et les aspects les plus ridicules. Et cela réactive la honte, la désapprobation de soi et le silence. Et voilà, comment me taire, me murer, me renfermer avec ceux en qui je me reconnais, sont des tactiques pour réchapper à cette honte.

Son encombrement génère des non-dits, de l'isolement, de la souffrance et un certain handicap social. La honte m'a poussée à fuir tous les lieux où elle a transpiré. Paradoxalement, elle m'encourage à relever de nombreux défis pour cultiver malgré tout une image sociale positive. Elle m'a rendue sensible aux discriminations et aux injustices. Et elle

¹⁵ La psychologie sociale met en exergue à la fin du XXème siècle qu'Autrui influence les performances de chacun au quotidien dans nos relations interpersonnelles, que ce soit de manière positive (facilitation sociale) ou de façon négative (paresse sociale). C'est Max Ringelman, de formation agronomique, qui fit une étude sur l'inhibition sociale que l'on nomme aussi « paresse sociale ». cf le site *psychologiesociale.com*, 2014.

m'a donnée envie de les combattre. Sur cet aspect, je peux être une « battante » ! Est-ce cela la résilience¹⁶ ?

Ces expériences de honte et de discriminations ont mis en exergue un manque flagrant d'estime de soi, qui m'amène à me remettre en question en permanence. L'implication de cette relative confiance en soi dans ma posture professionnelle sera l'objet du prochain paragraphe.

1.4 L'incidence du manque d'estime de soi sur la manière d'appréhender la relation d'aide

Je ne pense pas avoir une très bonne estime de moi. Heureusement, elle s'avère « fluctuante¹⁷ » vis-à-vis des situations. Au regard de mon expérience et son analyse, ce passage va aborder l'incidence de l'estime de soi dans la relation d'aide pour le travailleur social, le consommateur de drogue et l'enjeu pour Aides.

Théoriquement, l'objectif du travailleur social est de pouvoir répondre aux attentes de soutien d'un public, tout en connaissant ses limites. Cela demande d'être un maximum clair avec soi-même, connaître ses points faibles, pour leur donner du sens dans la relation d'aide. C'est peut-être de cette « lucidité » qui est nécessaire pour ne pas être sans cesse obnubilé par le regard des autres ou « le désir du désir de l'autre ». Avoir trop d'estime de soi, d'expériences, n'est pas toujours bénéfique. Cela peut amoindrir l'attention au regard et aux attentes de la personne aidée. Le travail d'équipe peut permettre de partager une pratique, une analyse et des points de vue pour prendre de la distance et pour perfectionner le soutien apporté.

Le milieu du travail social n'est pas toujours propice à l'acquisition d'une estime de soi. D'une part, parce que nous sommes rarement gratifiés tant en termes d'argent que de compliments. D'autre part, parce que la pertinence de notre travail ne se traduit pas toujours par du résultat ! Cependant à Aides, j'ai l'impression que la relation aux personnes accueillies et mon implication me permettent l'acquisition d'une reconnaissance sociale, dans la mesure où leur « feed-back » donne du sens à ce que je participe à élaborer. Par ailleurs, l'approche communautaire implique une relation de collaboration et de coopération qui participe à une considération et une valorisation mutuelle.

¹⁶ En psychologie, le concept de résilience ou « l'art de naviguer entre les torrents », est introduit en France par Boris Cyrulnik. Cette faculté n'est pas innée, mais elle trouve ses racines dans l'enfance, et dans la relation que les parents entretiennent avec leur enfant.
Une relation sécurisante aidera les enfants à trouver la force de s'en sortir. Viennent ensuite les relations évitantes, et ambivalentes ou désorganisées.
La résilience entraîne : la défense-protection, l'équilibre face aux tensions, l'engagement-défi, la relance, l'évaluation, la signification-évaluation, la positivité de soi, et la création.

¹⁷ La recherche sur l'estime de soi des élèves de Maurice Reuchlin, *L'éducation : la psychologie et le développement individuel*, traité de psychologie appliquée T5, janvier 2001 PUF.

Du côté des consommateurs de drogues, l'estime de soi varie d'une personne à une autre, mais tou(te)s souffrent d'un manque de reconnaissance sociale.

Leur image sociale est plutôt négative dans la société. Le rapport M. Jauffret-Roustide stipule par exemple « *dans l'opinion publique, les drogues sont souvent associées à des images de déchéance, d'aliénation et d'animalité, le « drogué » étant présenté comme ayant perdu totalement la maîtrise de sa vie et le contrôle de lui-même. Les qualités de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie lui sont niées et le portrait psychologique habituellement dressé du toxicomane est celui d'un individu « inconstant, instable, infantile, manipulateur, menteur et irresponsable* ». ¹⁸

D'après H. S. Becker : « *Le fait d'être stigmatisé comme déviant a des conséquences importantes sur la participation ultérieure à la vie sociale et sur l'évolution de l'image de soi de l'individu. (...) Il peut être très difficile d'inverser le cycle de la déviance comme l'a montré Roy, vis-à-vis de la toxicomanie. D'après lui, la motivation sous-jacente aux tentatives fréquentes des toxicomanes pour se soigner eux-mêmes est la volonté de montrer aux non-toxicomanes dont le jugement leur importe qu'ils ne sont pas vraiment aussi mauvais qu'on le croit. Quand ils réussissent à venir à bout de leur accoutumance, ils s'aperçoivent avec consternation que les gens s'inspirant du principe « qui a bu, boira » continuent de les traiter comme des toxicomanes... Puisque l'activité risque d'être sanctionnée si elle apparaît au grand jour, elle est de celles que l'on cache et non de celles qu'on exhibe et dont on se vante auprès des étrangers. Celui qui étudie la déviance doit convaincre les personnes auxquelles il s'intéresse, qu'il ne les mettra pas en danger et que leurs révélations ne leur porteront pas tort.* » ¹⁹

Ainsi, l'expérience des drogues, la honte et le peu d'estime de soi engendrée, est une des motivations à mon investissement à Aides, de mon militantisme au sein de plusieurs associations d'auto-support d'usagers de drogues,²⁰ et dans une émission de radio. Outre la question de défendre des droits, il était pour moi question de créer et trouver des espaces de parole adaptés à mes attentes concernant mon propre vécu.²¹ Ces lieux de synergie m'ont été nécessaires. J'ai souhaité les développer ensuite pour mes pairs. Je me suis inscrite comme intervenante dans ces associations pour lutter contre les contaminations VIH/SIDA et hépatites, mais aussi limiter une mauvaise estime de soi.

J'ai adhéré à la posture d'accueillir dans le « non jugement » de Aides. J'apprécie que l'espace collectif soit un lieu de libre parole autour de ce qui reste tabou en société : l'acte d'injection, prendre du plaisir à se défoncer ou en avoir besoin, se shooter alors qu'on a des enfants, etc.

¹⁸ Sous la direction de Marie Jauffret-Roustide, *les Drogues*, « approche sociologique, économique et politique », La documentation française, Paris, 2004

¹⁹ Howard S Becker, *Outsiders, étude sociologique de la déviance*, Edition Métailié, Paris, 1985

²⁰ THC à Clermont-Ferrand, Asud et ADDICT à Lille

²¹ De consommateur du genre féminin de produits psychoactifs

J'anime des groupes d'entraide afin de valoriser les participants et leurs savoirs. Par exemple, l'élaboration, publication et diffusion d'une plaquette portant sur « Réduire les risques en cas de réutilisation du matériel d'injection », a rehaussé l'estime de soi de ses auteurs, des personnes accueillies, parce qu'elle a occasionné des échanges sans tabou.

A l'extérieur de ces espaces de confiance, je me livre peu. Parler de ses expériences à des personnes non concernées, en proie à des représentations (positives ou négatives), me semble toujours déplacé. Cette pudeur participe à mon ancrage à Aides et dynamise mon souhait d'exercer à l'avenir uniquement dans des associations qui ont une démarche similaire.

Pourtant, je partage l'analyse de J. Butler dans son texte *Faire ou défaire le genre*²², à propos de l'importance de dire sa réalité, du point de vue du « je », et jouer des représentations afin de rendre obsolètes les normes et participer à la transformation sociale.

Ce travail, qui aurait pu s'intituler : « faire ou défaire les normes », explore les difficultés des individus qui, comme moi, sont en prise à des normes qui ne reflètent pas leur réalité. Notre « je » se trouve simultanément « *constitué par des normes et assujéti à ces normes* ».²³ Mais il s'efforce également de vivre une relation critique et transformatrice avec elles. Ce qui n'a rien de facile, car normalisé ce « je » devient jusqu'à un certain point « indéchiffrable ». Il est menacé de non-viabilité et de déconstruction totale s'il n'incorpore plus ces normes de manière à rendre ce « je » pleinement reconnaissable. Il faut une certaine rupture avec l'humain pour initier le processus de « re-création ». Et cela implique pour le « je », le risque d'avoir le sentiment de ne pouvoir vivre une certaine forme de reconnaissance. Mais il est également possible que les termes mêmes qui permettent cette reconnaissance rendent au « je », la vie invivable.

C'est, de ce point de jonction que la critique émerge. C'est là, qu'elle devient une mise en question des termes qui contraignent la vie pour élargir la possibilité de modes de vie différents. Et ceci, non pour célébrer la différence en tant que telle, mais pour établir des conditions plus diversifiées et favorables à la protection et au maintien de la vie tout en résistant aux modèles d'assimilation.

Pour avoir déjà fait mon « *coming out* »,²⁴ je sais que cela soulage d'un poids. Le faire avec des mots, dans un livre, peut bouleverser et participer au changement social. C'est pourquoi des ouvrages tel que *J'ai des choses à vous dire*, d'une prostituée engagée C. Carthonnet²⁵ me

²² *Faire et défaire le genre*, Judith Butler, lundi 4 octobre 2004, mise en ligne sur le site Multitudes.

²³ *Faire et défaire le genre*, Ibid

²⁴ *Le coming out*, contraction de l'expression *coming out of the closet*, ou sortir du placard au Canada, désigne principalement l'annonce volontaire d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre. Le coming-out peut se faire dans un ou plusieurs milieux : les membres de la famille (proche/éloignée), les amis, les collègues, les voisins, etc. Par extension, le terme *coming out* peut désigner l'annonce publique de toute caractéristique personnelle, jusque-là tenue secrète par peur du rejet ou par discrétion : l'appartenance à une religion, des opinions politiques, l'appartenance à une organisation comme la franc-maçonnerie, l'appartenance à une association ou un parti, une profession jugée honteuse ou au sujet de laquelle le secret est exigé, etc.

²⁵ *J'ai des choses à vous dire*, Claire Cartonnet, Paris, avril 2003 – éditions Robert Laffont

semble pertinent. Mais à ce jour, je ne suis pas prête pour un tel passage à l'acte en public. En proie à mon manque d'estime de moi, je me soucie encore trop du regard des autres, des conséquences pour ma famille. Aider d'autres à le faire, dans la relation d'aide que je mets en place, me permet de me sentir moins seule, d'imaginer un jour organiser une « Toxipride ».²⁶ Ferais-je alors le défilé avec un masque ?

Masque utilisé par les prostituées, pour ne pas être reconnues, dans les manifestations pour défendre leurs droits (masque blanc). Protection essentielle, car comme le rappelle C. Carthonnet dans son livre, les prostituées « *savent ce qu'il en coûte de parler à découvert* ». Je sais qu'il sera délicat, le jour de ma présentation de mémoire, de faire l'impasse sur mon histoire personnelle du fait de son lien au thème de recherche. Cependant, j'avoue redouter la publication de ce document. Ne pas faire figurer cette expérience de manière explicite dans la première trame de récit de vie n'était pas un oubli mais obéissait à une stratégie de protection personnelle, que je revêts depuis des années.

Et à ce jour, mon masque et ma manière de dire « je » c'est mon job. De même que mon diplôme de travailleur social, mon statut professionnel me confère une certaine légitimité : celle de travailleur social, militante ou d'intervenante de Aides.

Le prochain paragraphe détaillera les couleurs prises par ce masque du fait de ma culture et mon vécu.

1.5 Engagement et cheminement dans le travail social, en tant que militante

Les prochains paragraphes retracent l'histoire de cet engagement militant et son inscription dans une trajectoire professionnelle, mon parcours à Aides et un rapide descriptif de ma fonction actuelle.

Les valeurs héritées de ma culture familiale et mon vécu vont participer à la critique que je fais de la pédagogie de certains lieux de vacances collectives et des politiques de travail social. Delà la coopération et la démocratie vont m'être plus naturelles, que l'individualisme ou l'exercice de l'autorité. Delà, j'adhère aux principes de l'éducation populaire et à la démarche de la santé communautaire : partir des besoins et souhaits des enfants, ou des personnes, pour les accompagner à l'éveil, la découverte, le partage, l'autonomie, la prise de parole et de responsabilités.

De plus, j'ai hérité d'une culture militante de par mes parents, leur entourage et la musique qui m'a bercée. J'ai côtoyé très jeune différents types de militants, du monde ouvrier, paysan ou immigré. Certains véhiculent des valeurs post-68, d'autres la défense de droits. Ils fonctionnent dans l'entraide, la solidarité et rêvent d'un monde meilleur. Petite, j'accroche à l'ambiance qui s'organise autour des luttes : la fête, le rêve et le brassage permanent etc.

²⁶ Concept défendu par une autre association de lutte contre le VIH/SIDA, Act Up. Toxipride ou lutte pour la fierté d'être ou d'avoir été toxicomane, en référence à la Lesbian and Gay Pride

Mes premières expériences militantes m'ont permis de me lier à des personnes plus âgées, pour la plupart animateurs de l'éducation populaire. Plusieurs représentent des « figures d'autorité »²⁷ quant aux questionnements des cadres pédagogiques et démocratiques. Ces personnes m'initient à une pratique engagée de l'animation et du travail social. Elles m'offrent des espaces de réflexion et d'interactions que je saisis pour donner corps à mes émotions et à mes questionnements. Ainsi, leur rencontre me permet de grandir, de mûrir, de m'affirmer de manière constructive. Je pense que les moments passés avec eux ont été initiatiques pour le passage à la vie d'adulte. Ils m'ont permis d'asseoir mon sentiment d'autonomie qui facilite mon inscription dans mon logement et mon entrée en fac à 18 ans, une vie d'indépendante.

A 19 ans, je me retrouve d'un coup, seule, face à la contamination au VIH de l'un de mes ex. Cette situation m'amène à faire, pas très fière, pour la première fois de ma vie, mon dépistage dans un dispensaire. Mes tests s'avèreront négatifs pour le VIH mais je découvre que j'ai l'hépatite, dont on ne sait pas grand chose à l'époque et cela me fait peur. Après des semaines d'attente, angoissantes, j'apprends qu'elle est guérie, ouf !

Cependant je reste le premier témoin de la colère de mon-ex, face à l'injustice d'être concerné par le virus du VIH/Sida, le peu de réponses médicales, l'appréhension d'être exclu, la peur de la mort, le mal-être, la culpabilité, la difficulté de faire sien cette maladie et de faire le deuil de sa vie à vingt-quatre ans... De mon côté, je ne sais pas comment l'aider, je me sens seule et parfois coupable car j'ai la vie devant moi. Cette impuissance me conduit à m'intéresser à Aides.

J'ai mis quelques mois avant de me décider à prendre rendez-vous et quelques semaines à passer la porte de cette association. La chaleur de l'accueil, le sentiment de pouvoir parler librement, d'être comprise et l'ouverture d'esprit de l'association, font que je m'inscris dans la démarche d'être « volontaire »²⁸ en 1997.

J'apprécie la diversité de l'association qui réunit des personnes homosexuelles, hétérosexuelles, consommatrices de drogues, atteintes par le VIH²⁹/SIDA ou non, de tout âge, toute culture et milieu... Tous et toutes, là, pour combattre ce virus et les injustices qu'il met en exergue ou occasionne.

La solidarité et la tolérance, défendues par l'association, ne sont malheureusement pas toujours de mise dans la réalité. Ce sera un de mes défis militants, comme celui de promouvoir la démarche de santé communautaire et la politique de réduction des risques. Dès 1997, je transmets ces pratiques lors de voyages d'études, organisés par des élèves travailleurs sociaux de France, Allemagne et Hollande ou auprès d'un groupe d'Espagnols, accueillis par

²⁷ selon le concept de C. Herfray, cf Bibliographie

²⁸ Intitulé de personnes intervenant dans l'association Aides à titre bénévole et/ou militant

²⁹ Virus d'Immunodéficience Humaine

le CREFAD³⁰. A l'issue de ma participation au séminaire, j'envisage de monter un projet de RDR à Valencia mais cela ne pourra se réaliser pour des raisons logistiques.

Après deux ans en fac de psychologie, dont un de participation active aux mouvements sociaux, les CEMEA me proposent de suivre, en stage de qualification, une formation BEATEP³¹ « *Tourisme, pêche et environnement* ». Agée de vingt ans, je me trouve précoce pour me spécialiser dans un tel secteur. Je tente donc de m'inscrire dans un parcours général et reconnu. Je postule dans les écoles de travailleurs sociaux, pour être éducatrice ou assistante sociale peu m'importe. Je suis admise à l'école d'assistante sociale, dès le premier concours.

Mon intégration dans cette institution sera plus difficile. J'essaie de rester discrète. Mais je réside dans une ville, où il est facile d'être étiquetée et où le secret médical n'est pas toujours de mise.

Pour me distraire et me ressourcer, je pars régulièrement en escapades. Sinon je me retrouve dans les milieux underground, alternatif et militant etc. Je ne dors pas beaucoup. Mais, le fait d'avoir côtoyé la mort jeune, m'a mise au défit de profiter de ma vie, que je pense brève.

Je mène une double vie : la nuit je fréquente les publics du travail social et le jour je les accueille en tant que future assistante sociale.

En 1999, j'obtiens mon diplôme national d'assistante de service sociale. Je reste critique envers cette fonction, et je ne souhaite donc pas l'exercer. Je préfère de loin m'exiler dans le Nord pour un CCD³² à Aides, comme animatrice de RDR auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse. Mon diplôme, mon expérience de volontaire et ma participation à la mise en place d'une association d'auto-support, me permettent d'être sélectionnée pour ce poste en 1999. La connaissance de la consommation de produits psychoactifs me confèrera un statut d'intervenante en tant que personne de proximité. En m'installant à Valenciennes, je découvre une ville avec un fonctionnement de société à deux vitesses, où le milieu et le contexte de consommation se déclinent différemment. J'apprends et « fait avec ». Et finalement je me fais une place, même si je suis une jeune femme propulsée dans des codes et une culture qui me sont étrangers.

En 2000, avec plusieurs consommateurs nous créons une association d'auto-support, qui perdura pendant 4 ou 5 ans.

L'été 2001, mon contrat prend fin. Je me retrouve sans logement, ni travail. J'erre et dérive. Une amie me propose de cadrer ce vide en m'hébergeant et en co-construisant un projet social

³⁰ Centre de Recherche, d'Etude, de Formation à l'Animation et au Développement

³¹ Brevet d'Etat d'animateur technicien de l'éducation populaire et de la jeunesse

³² Contrat à durée déterminée

alternatif. Notre reprise d'activité mutuelle, ne lui permettra pas d'être finalisé, même s'il commençait sérieusement à prendre forme.

Cherchant à me garder dans ses effectifs le directeur de Aides Nord Pas de Calais me propose rapidement un poste de remplacement, puis il rafistole deux mi-temps en CDI, d'accueil sur Lens et de RDR sexualité sur Lille.

Je découvre l'univers du Pas-de-Calais, où la culture des mines persiste malgré leur fermeture. Les gens sont solidaires les uns avec les autres et peu individualistes. Par contre la sexualité, l'usage de drogues, l'homosexualité, les hépatites et le VIH/SIDA sont mal perçus, et riment avec déviance. A Lille, j'appréhende les milieux de l'homosexualité et la prostitution avec une casquette de femme concernée par la consommation de drogues et le mix porte ces fruits. De plus, je conserve une activité au niveau de la RDR CPP en acceptant la référence nationale de ce champ.

Ces trois postes sont très enrichissants mais me demandent beaucoup d'énergie. Au bout de trois ans, je mets fin à ces contrats car j'ai envie de me ressourcer et découvrir de nouveaux horizons. Je vais m'installer à Rennes.

Les recherches d'emplois, en Bretagne, n'aboutissent pas. J'accepte donc une offre de travail comme hôtesse d'accueil en Turquie, au milieu des cheminées de fées du Cappadoce. J'ai alors pour projet d'installer ma propre pension, voulant allier le plaisir aux moyens de subsistance. Cette idée s'avère difficilement réaliste. Ce projet tombe à l'eau, je reviens en France indécise quant à mon avenir : chercher du travail en Turquie ? En France ? Dans quoi ?

Finalement, la vie décidera pour moi. Je suis retenue comme animatrice de réduction des risques auprès des usagers de drogues à Aides Toulouse, en février 2006. Je m'installe dans cette nouvelle ville où je vais devenir « *déléguee d'action en RDR CPP* ».

Ce statut, propre à Aides, implique que je suis responsable des projets d'action que j'anime : j'assure leur mise en place, leur développement, leur continuité, leur évolution et l'évaluation de l'action. Les missions générales, inscrites sur ma fiche de poste sont : « *mise en place, développement et suivi du réseau de partenaires, animation de l'équipe d'intervenants sur cette action : volontaires ou salariés (animateurs ou animatrices), supervision de la préparation des activités, évaluation de l'action : mise en place et renseignements des indicateurs permanents d'activités liés à ses actions, élaboration de propositions quant à leur évolution, rédaction des rapports et des projets, préparation des budgets prévisionnels.* »

L'intitulé du poste change au mois d'Août 2011. Je deviens « *chargée de projets RDR CPP et femmes à Aides* ». Mes missions restent similaires.

Cependant, l'évolution de l'organigramme et le temps consacré à l'animation de l'équipe me permettent moins de présence sur les accueils, et ce terrain me manque. Pourtant, le contact

avec les personnes accueillies perdure, par exemple, lors de la mise en place des projets, le travail avec les partenaires et les actions de plaidoyer.

Cette fonction me confère un statut d'entre-deux, d'articulation entre l'animation et le suivi du projet, entre la coordination et l'équipe d'animation, entre les salariés et les volontaires, entre le CAARUD les autres activités de Aides et entre l'interne et l'externe.

Mes choix de vie associatifs et professionnels ont donc pris source dans un souhait de changement social. Le besoin d'être pleinement actrice de ma vie s'inscrit comme un défi à la mort, à la dépendance, aux manques, au rejet, à la honte, à la mésestime, appréhendés jeune. Mon engagement militant m'a permis de donner du sens à mon parcours personnel et fondée ma posture professionnelle. J'ai régulièrement changé d'horizons avec la même optique de travail : donner de la place à l'autre pour mieux le soutenir dans sa vie. Cela colle à une dynamique « *Bon, d'accord, ok, je joue le jeu !* »³³ Ce fonctionnement peut être énergivore et suppose des pauses, mais propulse dans une aventure riche en émotions, magie et joie. J'ai évoqué le non aboutissement de certains projets auxquels j'étais attaché. Car je l'ai vécu comme une difficulté à m'accomplir, un échec de mon « je ».

Pour conclure ce chapitre, je pense avoir joué le jeu de creuser le « je ». Un jeu nécessaire dans la mesure où j'ai pu pointer que la question de recherche me concerne autant qu'elle concerne les personnes avec qui j'interviens. Mon cheminement m'a plutôt conduite à faire des pas vers mon « je », principalement dans l'objectif de répondre à la question de recherche : « *Qu'est ce qui me rend auteur de ma vie et de transformation sociale ?* ». Ainsi ces éléments de mon parcours d'actrice peuvent alimenter mon travail de chercheuse, tout en m'en distançant grâce à l'écrit et la méthode.

³³ Titre d'une chanson des Suprêmes Dindes. Accessible sur le site : www.greatsong.net/PAROLE-LES-SUPREMES-DINDES,OUAIS-OK,101202856.html

Chapitre 2 : Terrain de recherche, démarches et publics en marge

Le terrain de cette recherche est celui de Aides et de la réduction des risques auprès des consommateurs de drogues. Il comprend une complexité lexicale dont je suis imprégnée car, comme l'évoque le chapitre précédent, ce terrain est très en lien avec mon parcours et ma culture et j'y participe depuis quinze ans. Il sera clarifié par une présentation de Aides. Plusieurs paragraphes se succéderont et qualifieront sa démarche, la fonction de chargé de projet, et la place occupée par les personnes accueillies. Puis, l'approche de réduction des risques et les consommateurs de drogues, à qui elle s'adresse, seront décrits. Chaque partie sera conclue par des commentaires formulés à leur propos.

2.1. *L'association Aides*

Pour dépeindre l'association Aides, sa dimension historique et philosophique sera résumée. Une seconde partie mettra en exergue une de ces particularités : la place donnée aux personnes concernées et accueillies. Puis le poste de chargé de projet sera détaillé.

2.1.1/ Histoire de Aides et sa démarche (de santé communautaire)³⁴

Aides est une association de santé communautaire, reconnue d'utilité publique, de lutte contre le VIH/Sida et les hépatites. Sa création en 1984 s'est faite grâce à l'implication des personnes concernées par l'épidémie VIH/Sida. Elles ont souhaité se mobiliser, pousser les pouvoirs publics et les professionnels à prendre leurs dispositions, en prenant en compte leurs points de vue d'experts.

Le VIH/Sida, au travers des premières personnes contaminées (homosexuels, prostituées et usagers de drogues) révèle une différenciation à l'égard de certaines catégories de citoyens : le rejet, et la stigmatisation ne sont pas seulement dus à l'infection VIH/Sida. Sont alors mis en lumière les jugements moraux portés par la société sur certaines pratiques.

Les deux principes fondateurs de l'association Aides :

- les personnes concernées par une situation savent ce qu'elles vivent (le malade expert de sa maladie),

³⁴ Pour alimenter cet apport les documents consultables via les annexes ou la bibliographie sont :
Plaquette de présentation de l'association AIDES, la lettre fondatrice et le discours « le malade, le réformateur social de Daniel Defeyre, (Cf site www.Aides.org)
Charte de Aides, Règlement Intérieur de Aides 30 juin 2010, Statut de l'association de 2010. (cf Annexe 14 et 15
Rapport d'activités national de 2011/2012 (Cf site www.Aides.org)
Organigramme des salariés de Aides Toulouse (Annexe 28)

- la parole de ces personnes, rendue publique, informe l'opinion et permet une mobilisation (le malade acteur et réformateur social).

Selon les propos de Daniel Defert, créateur de Aides : *« Dès le départ, il y a un projet global : celui d'acquérir une expertise sur la maladie et de créer une mobilisation sociale. Tout cela doit être articulé sur une parole des malades pour aboutir sur une mobilisation politique. » (...)* *« Il y avait l'obligation de créer quelque chose qui ne soit pas une parole sur la mort, mais une lutte » (...)* *« Je propose un lieu de réflexion, de solidarité, et de transformation, voulons-nous le créer ? »*³⁵

- Aides promeut l'action communautaire :

Elle souhaite permettre aux publics, auprès desquels elle agit, d'avoir les moyens d'une plus grande maîtrise de leur santé, afin d'améliorer celle-ci. Cette démarche s'appuie sur un concept de *« santé d'ordre global »*.³⁶

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies d'actions. Elle stimule le soutien social et l'indépendance de l'individu. Elle souhaite instaurer un système de santé plus souple susceptible de renforcer la participation et le contrôle du public sur des questions sanitaires. Pour résumer, la philosophie est de dire que les personnes infectées ou affectées sont des actrices potentielles. Elles doivent être sollicitées pour initier et mener des actions, participer de façon active au système de santé et être associées aux grandes décisions de santé publique qui les concernent. Et c'est l'union qui fait la force.

Les communautés auxquelles Aides fait référence sont des communautés d'intérêts ou de destin...) : *« La communauté est un ensemble de personnes et de groupes disposant d'un dénominateur commun : des conditions de vie semblables, l'appartenance physique et sociale à un même espace géographique (...) Plus souvent qu'autrement ce dénominateur commun est fait de besoins, c'est-à-dire de problèmes sociaux partagés mais aussi d'intérêts communs ou de valeurs communes »*.³⁷ On les distingue la communauté locale (géographique par exemple), ou de la communauté d'identité.

³⁵ AIDES, *une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA*, Olivier Maguet et Christine Caldéron, Juin 2007, documentation interne à l'association AIDES

³⁶ Définition de concept chapitre 5, paragraphe 5.1.2. de ce document

³⁷ *L'effet papillon*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'assistant social, Bruquel P, 2004, Haute école de Mouscron d'enseignement supérieur, p20.

Aux assises de Aides à Lyon en 1993, le discours de Francis Nock³⁸ illustre la formation de la communauté autour de la maladie liée au VIH/Sida : « *Nous sommes tous des individus qui reconnaissent qu'ils sont touchés par le VIH/Sida dans leur chair, leurs amours, leur environnement amical, familial et professionnel. C'est cela notre communauté : des gens touchés qui se rassemblent, pour s'entraider, prendre soin d'eux et aider les autres à prendre soin d'eux. Si Aides n'invente pas la solidarité, elle l'insuffle ou la valorise, là où elle fait défaut.* »³⁹ »

- L'association Aides promeut la transformation sociale :

La mobilisation, et sa forme d'emblée communautaire, se voit assigner un destin : transformer les conditions de vie des personnes confrontées à l'épidémie. Il ne s'agit pas seulement de se soutenir, d'être ensemble, de témoigner avec force. Il s'agit que cette prise de parole, que ces solidarités, que le vécu collectif des difficultés produisent de la transformation sociale : que cela change la donne pour les personnes victimes de l'épidémie et plus largement pour l'appréhension de la santé.

Pour rendre effective sa démarche, l'association est attentive à la place qu'elle peut conférer aux personnes concernées, qu'elle accueille et soutien. Pour permettre une plus grande implication et mobilisation de ce public, Aides va faire évoluer ces statuts comme le dépeindra le prochain paragraphe.

2.1.2/ Place des militants accueillis dans l'action, du statut de sympathisants à celui de personnes agissantes⁴⁰

Aides est avant tout une association de santé communautaire et de personnes concernées. C'est pourquoi des statuts (celui de sympathisants puis de personnes agissantes) ont été mis en place afin de faciliter l'animation des actions par les personnes concernées, qui souhaitent se mobiliser, sans forcément s'engager comme volontaires de l'association.

Avant 2011, pour être volontaire au sein de l'association, il fallait faire un à deux entretiens pour vérifier que les attentes et présupposés de la personne étaient en adéquation avec l'association puis participer à trois week-ends de formation et obtenir la validation du statut.

³⁸ Francis NOCK, ancien militant à Aides, a une expérience de quinze ans en formation et conception de formation, consultant en Santé Publique depuis 1997 et rédacteur de guides et d'ouvrages techniques sur l'évaluation en promotion et prévention de la santé.

³⁹ AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

⁴⁰ Pour alimenter cet apport les documents (consultables via les annexes 14, 15,16, 17 ou sur le site www.Aides.org).

Certains territoires, comme Toulouse, ont mis en place un statut de sympathisant spécifique afin de faciliter l'intégration des personnes issues des communautés notamment des consommateurs de drogues.⁴¹

Aujourd'hui, toute personne souhaitant se mobiliser à Aides participe à une rencontre, appelée Socle commun. L'histoire, les principes d'actions, les principes éthiques et l'organisation de Aides y sont présentés de manière interactive. Les personnes se positionnent alors sur l'espace d'implication dans Aides qui leur convient : participant aux actions, agissant dans les actions, ou volontaire. A l'issue du socle commun, les personnes peuvent ainsi choisir d'intervenir sur les actions, et s'engagent alors via un document d'engagement annuel en tant qu'« acteur » dans Aides. S'ils souhaitent s'engager politiquement dans l'association, ils s'inscrivent dans une démarche de volontariat.

Après avoir évoqué les questions statutaires, inscrites dans un champ général, le prochain paragraphe aborde combien leur mise en pratique peut se conjuguer avec le particulier.

2.1.3/ Commentaire sur à Aides : une théorie (universelle) qui repose sur une pratique (particulière et personnelle) :

Comme l'aborde le paragraphe précédent, l'accompagnement et la formation des intervenants se fait majoritairement lors des actions, où sont mis en place « un briefing » avant l'action et un « débriefing » par la suite.

Ces temps permettent aux intervenants de Aides de catalyser les besoins des personnes accueillies. Pour cela, ils ont à leur disposition des outils de recueil de données. Certains répondent aux attentes des financeurs, ils sont d'ordre quantitatif : nombre d'heures de permanences effectuées, nombre d'actes⁴² et une description des personnes accueillies.⁴³

Pour nourrir leur réflexion d'acteurs communautaires, d'autres outils d'observation peuvent être créés. Certains servent à analyser les difficultés auxquelles les personnes sont confrontées, à évaluer le mode d'animation d'une action et son articulation avec les projets etc. D'autres récapitulent les retours des accueillis sur les actions, afin de les adapter aux besoins exprimés ou repérés.

Certains intervenants ont du mal à se saisir de ces temps, qu'ils considèrent plus comme une charge supplémentaire de travail que comme un temps de construction de l'action, permettant de donner du sens et de l'éthique. De plus, l'importance de ces temps pour l'intégration des nouveaux membres l'association, la consolidation de l'équipe et la qualité de l'animation n'est pas toujours conscientisée.

⁴¹ Souvent, de par leur situation, pas prêtes à s'astreindre aux contraintes liées au volontariat. Par contre ils s'inscrivaient plus facilement comme salariés, pouvant ainsi bénéficier d'un salaire et une reconnaissance sociale

⁴² nombre de personnes accueillies, d'entretiens, d'orientations, d'accompagnements

⁴³ vis-à-vis des virus hépatites et VIH/SIDA, de leur mode de consommations, de leur santé globale.

L'accueil des personnes s'articule sur le plan individuel (écoute, orientation, accompagnement physique) et collectif (afin de permettre une mise en lien, et une entraide entre accueillis notamment lorsqu'une partie de leurs problématiques sont communes).

L'intervention requiert une disponibilité à entendre et à mémoriser la parole des personnes pour pouvoir les mettre en lien ou alimenter le plaidoyer de transformation sociale.

Ce type d'animation nous confère essentiellement un savoir d'ordre empirique dont nous ne sommes pas toujours conscients notamment, parce qu'il se traduit peu en écrit. Nous ne le faisons pas assez valoir, à mon sens. Nous nous contentons de le formaliser ponctuellement en réponse à une demande, émanant souvent d'étudiants chercheurs voire de journalistes.

Ainsi, les paroles des personnes accueillies ont ainsi trop tendance à rester confinées à l'intérieur de nos accueils et de nos murs. D'où les tentatives de Aides de s'inscrire dans des recherches afin de faire reconnaître un peu cette expertise. Ces recherches supposent, cela-dit, d'adapter nos actions et la passation de nombreux questionnaires qui sont à la fois une contrainte pour les intervenants et les personnes accueillies.

Après avoir dépeint le cadre de l'accueil de Aides et ses objectifs, la philosophie d'un des outils de prévention qu'elle décline, vis à vis du taux de prévalence du VIH/Sida chez les consommateurs de drogues, va être détaillé ci-après.

2.2 *L'approche de Réduction des risques auprès des consommateurs de drogues*⁴⁴

2.2.1 / La démarche de réduction des risques auprès des consommateurs de drogues s'inscrit dans l'histoire de la lutte contre le VIH/Sida et de Aides

- La prévalence de l'épidémie VIH/Sida induit l'émergence d'un nouveau concept : la réduction des risques.

Dans les années 80, un tiers des usagers de drogues par voie intraveineuse sont touchés par le virus du VIH/Sida qui devient la première cause de leurs décès. Des soignants, des associatifs et des consommateurs de drogues organisés montent alors le collectif *Limiter la casse* en 1993. Ce collectif soutient auprès des pouvoirs publics une politique de hiérarchisation des risques : puisqu'il était illusoire d'espérer que les toxicomanes renoncent spontanément à consommer des drogues par voie intraveineuse, il fallait qu'ils puissent protéger leur santé : tant pour eux-mêmes que pour la menace de la contamination sexuelle qu'ils faisaient « peser » à la société. Il fallait donc, d'une manière ou d'une autre, coexister avec les consommateurs de drogues et leur permettre d'accéder aux seringues.

⁴⁴ Cette analyse est documentée dans les annexes 19 et 20 par :
Historique des moments clés de Aides et la RDR CPP en France et
Tableau récapitulatif des objectifs et Missions des CAARUD,

- Piliers de cette politique de réduction des risques auprès des usagers de drogues :
 - l'accès aux outils et aux informations qui permettent aux personnes de réduire les risques de contamination VIH/Sida et hépatites : lors de leurs consommations de produits, leur sexualité, ou autres pratiques comme le piercing.
 - l'accès aux soins, notamment par la mise en place de l'accès à la substitution, l'accès au dépistage, suivi et traitement pour les personnes concernées par une hépatite et/ou le VIH/Sida. Avec une attention au rééquilibrage de la relation soignant/soigné afin que le patient puisse être l'acteur, voire l'auteur de sa santé.
 - l'accès aux droits : médiation vis-à-vis du droit commun, lutter contre les représentations, militer ou faire du lobbying pour créer de nouveaux droits.
 - l'auto-support : permettre aux personnes de s'entraider, d'avoir un statut de citoyens (d'être représentées en tant que personnes consommatrices, de défendre leurs droits) et de militer collectivement.

- Objectif de la politique de réduction des risques

Elle vise à une plus grande autonomie des personnes. Elle prône la liberté éclairée des personnes dans leur choix de recourir à l'usage de produits psychoactifs et encourage la responsabilité collective des sociétés afin d'offrir à chacun les moyens de connaître, de mesurer et de décider ou non de prendre des risques. En ce sens, elle s'oppose à une logique de contrôle sur le choix du sujet. Elle valorise la capacité des personnes à mobiliser elles-mêmes leurs propres ressources ou celles extérieures pour choisir de consommer des produits psychoactifs sans s'exposer aux risques.

- Apports de la réduction des risques :

Les premiers effets de cette politique sont vite apparus : baisse considérable des contaminations VIH/Sida (quasi nulles aujourd'hui), des overdoses et de la petite délinquance. Cependant elle repose sur des décrets et circulaires qui ont un faible poids face à « la loi de 70 »⁴⁵, qui interdit autant la vente de stupéfiants, que son usage. C'est pourquoi, l'association française de réduction des risques proposera la mise en place d'un cadre légal de cette politique à l'Etat.

Cette avancée, qui aurait pu être de l'ordre d'une réelle transformation sociale va être relativisée par le cadre consenti par les autorités.

- La naissance d'un label propre à la réduction des risques : le CAARUD⁴⁶

⁴⁵ La loi du 31 décembre 1970 sur les stupéfiants réprime l'usage et le trafic de stupéfiants en France.

⁴⁶ Cf annexe 20 : Tableau récapitulatif des objectifs et Missions des CAARUD

Dans les années 2000, des actions de plaidoyer ont été initiées par plusieurs associations⁴⁷ et personnalités notoires actives dans ce champ. Elles souhaitent mettre un terme à la précarité financière et juridique dont elles pouvaient faire l'objet.

En lien avec cette mobilisation, le législateur reconnaît officiellement la politique de réduction des risques en 2004 en l'inscrivant dans la loi de santé, et, en janvier 2006, cette politique est labellisée avec la création des CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues). Ce sont des dispositifs médico-sociaux qui doivent répondre à un référentiel et à certaines normes pour être agréés par l'Etat.

Cette intégration des structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux permet un financement plus pérenne via l'assurance maladie.

La réduction des risques est reconnue et labellisée. Ses missions sont édictées dans la circulaire portant leur création :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle,
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections,
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers,
- le développement d'actions de médiation sociale.

Ce label CAARUD a profondément transformé le paysage français de la réduction des risques. Cette politique initiée, par les CPP et des militants les soutenant, a été institutionnalisée pour être reconnue publiquement et financée. Aujourd'hui, pour pérenniser leurs activités, les associations actrices de RDR doivent s'adapter aux exigences demandées à toute structure reconnue « centre de soin ».⁴⁸

A ce propos, je partage les grandes lignes du bilan de ces dispositifs du docteur C. Pecquart, directrice générale de l'association Charonne, à Paris⁴⁹. En 2010, elle a consigné les observations de certains acteurs de RDR :

⁴⁷ Ayant pour certaines fait les frais d'un manque de légitimité : l'association de RDR en milieu festif (Rave), Techno Plus, et son président sont invités à comparaître en 2003 suite à une interpellation de personnes de produits illicites et de flyers de RDR édités par cette structure.

⁴⁸ La HAS (haute autorité de santé) crée un référentiel pour chaque type de centre de soin

⁴⁹ Toutes les citations de Catherine Pecquart sont issues du Site de MDM de 2010.

- une hétérogénéité des moyens : *« globalement les grosses structures s'en sortent mieux que les petites, et les implantations locales en province sont celles qui rencontrent le plus de difficultés ».*
- des problèmes de financements : En s'institutionnalisant, les structures de RDR sont en effet financées par l'assurance maladie. Un passage qui ne s'est pas fait de manière simple d'autant que ce financement est exclusif : *« Certes, cela permet une certaine stabilité des ressources pour les structures de RDR. Mais c'est au prix d'un certain manque de souplesse. Impossible ainsi de mettre en place un cofinancement, pour rattraper un manque à gagner ou compléter un budget ».*

Les autres conséquences dénoncées par C. Pecquart sont la réduction des moyens et outils de la RDR, la fin de l'amateurisme et les conséquences de cette mise aux normes.

- Une réduction des moyens et des outils de la RDR. L'institutionnalisation a indirectement induit un profond changement : la diminution de l'innovation et de l'adaptation au terrain.
- Une partie des structures proches de la réalité des usages et des usagers, qui proposent des outils adaptés, ont des difficultés à répondre à toutes les attentes des financeurs. Il devient, de plus, laborieux de faire financer certains outils de RDR car ils doivent être testés sur des preuves scientifiques d'efficacité. Mais comme l'explique C. Pecquart, exiger des études, c'est bien, encore faut-il les permettre : *« On a toutes les peines du monde à faire payer les outils d'une étude pour la RDR sur le crack. On peut faire financer la recherche mais on ne peut pas payer les outils ».* Difficile de prouver l'efficacité du matériel s'il n'est pas possible de l'acheter pour l'étudier...
- Cet encadrement, cette nécessité de conformité, de calibrage est certes logique pour éviter les dérives et fixer le champ d'action de la RDR. Mais concrètement, cela peut remettre également en cause la spécificité des associations, leur réactivité et leur inventivité.

Une autre exigence de l'institutionnalisation est l'emploi d'un personnel qualifié. Dorénavant, les intervenants doivent être diplômés du secteur sanitaire et social. Or de nombreuses structures, notamment Aides, fonctionnent avec d'anciens usagers, qui interviennent sur le terrain. En théorie, il est possible d'entamer pour ceux-ci un processus de Validation des Acquis par l'expérience (VAE), qui leur permettrait d'obtenir une qualification correspondant à leur expérience professionnelle. Mais concrètement, comme le note C. Pecquart : *« la plupart ne s'engagent pas dans un processus de validation des acquis, souvent compliqué et au résultat incertain. Or ne plus faire participer d'anciens usagers non qualifiés, c'est la disparition d'une richesse liée à l'expérience personnelle et également d'un certain militantisme ».*

Cette « professionnalisation » des structures passe aussi par un aspect supplémentaire : l'évaluation. Un outil a priori très utile, mais qui peut devenir une contrainte : « *Evaluer son activité et en rendre compte, c'est un processus assez compliqué pour la plupart des CAARUD,* » souligne C. Pecquart, car cela veut souvent dire « *un accompagnement par un prestataire extérieur, un professionnel référent.* » Si les grosses structures pratiquent souvent déjà ce type d'évaluation, les petites doivent ainsi le mettre en place... et l'ajouter à leur budget.

- Les enjeux :

Le prochain enjeu de l'institutionnalisation sera donc certainement de trouver un moyen de préserver les petites structures et leur dynamique. Les CAARUD doivent évoluer pour permettre plus d'innovation, de création et d'expérimentation. Mais comme le souligne C. Pecquart, « *avec l'institutionnalisation, les structures sont devenues très dépendantes des orientations que les pouvoirs publics veulent bien accorder à la RDR. Les structures militantes ont moins de marges de manœuvre* ».

- Qu'en fait Aides ?

Après de longues discussions au sein de Aides, plus d'une vingtaine de délégations déposent des projets de labellisation. Même si l'association a dû se plier aux exigences des textes, elle essaie de maintenir sa démarche grâce à une adaptation des projets d'établissements. De plus, pour permettre aux intervenants non diplômés d'être reconnus comme des professionnels, Aides imagine et organise la création de nouveaux diplômes avec le CNAM⁵⁰. Afin de pouvoir continuer d'expérimenter et s'adapter aux attentes des personnes concernées, elle décline aussi des actions innovantes à un niveau national⁵¹ et local⁵². Ces dernières sont issues de son observatoire des besoins et des points de vue des personnes reçues et rencontrées. Elle s'implique aussi, dans des recherche-actions pour mettre en exergue les observations émanant de son approche.

2.2.2/ Commentaires sur l'approche de la RDR CPP à Aides

⁵⁰ Centre National des Arts et Métiers

⁵¹ Exemples d'actions nationales :

- Brochure femmes « je consomme et alors ? » (cf Annexe 1),
- Poster constitué de manière communautaire à Toulouse pour défendre le prélèvement sanguin coopératif, un mode alternatif, qui implique la coopération du soignant et du soigné, pour faire une prise de sang aux personnes ayant des veines endommagées. (cf Annexe 21)
- Recherche menée autour de l'accompagnement à l'injection (AERLI) avec Médecin du Monde depuis l'année 2011, (site de Aides et MDM)
- Action de dépistage rapide sur un mode communautaire depuis 2009/2010 (site de Aides)

⁵² Injection et autres pratiques de consommation à moindre risque : Plaquette autour des pratiques d'injection à moindre risques en 2007-2008 et son mode d'élaboration, cf Annexe 23)

- un document réalisé avec les personnes accueillies sur plusieurs accueils afin de réduire les dommages liés à l'injection (2007-2009) et un exemple d'affiche annonçant groupe d'entraide. (cf Annexe 24).

Le premier commentaire a pour objet l'implication et l'intégration des consommateurs de drogues dans les Aides et ses projets. Le second reprend mon vécu de la constitution de la brochure femme, en 2012/2013. Ces deux textes comportent de nombreux éléments et cela a été difficile de leur trouver une place. Ils sont intégrés dans les commentaires de l'approche RDR CPP à Aides car ils l'illustrent en bonne partie.

- Actions développées sur le CAARUD 31

Je me rends compte combien à Toulouse, puis Saint-Gaudens, nous avons contribué à la création de nombreux outils de RDR CPP. Je réalise que près de 100 consommateurs de drogues se sont impliqués dans leur création ou leur animation. Et cela est plutôt rassurant.

Par contre je pointe qu'il a fallu un temps et une énergie démesurés pour faire valider et avancer certains projets. Du coup certains d'entre eux, comme le journal, ont été adoptés alors que la majorité des personnes accueillies étaient finalement démobilisées. Pour être pertinent en santé communautaire il faut certes être précis et rigoureux dans la conception de nos projets. Mais il est aussi nécessaire que nous soyons souples, réactifs et que nous nous adaptions au rythme des personnes que nous accueillions.

- Aides et la mobilisation de la communauté des consommateurs(trices) de drogues.

A l'origine de Aides, ce qui rassemble les personnes est principalement la lutte contre le VIH/Sida.

Dans les années 1980, les premières communautés à s'impliquer dans l'association sont les personnes concernées par le VIH/Sida, leur entourage et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (qui est le public le plus affecté par l'épidémie, et ce encore aujourd'hui). L'association a alors le souci de promouvoir le préservatif et la prévention sexuelle, lutter contre les discriminations dont les deux communautés font l'objet, soutenir les malades et leur entourage, faire de l'accompagnement de fin de vie et sensibiliser et informer les soignants démunis face à l'épidémie.

Les autres personnes mobilisées sont impliquées essentiellement dans l'accompagnement des malades voire de leur fin de vie. Certains professionnels du secteur sanitaire s'impliquent aussi, étant eux-mêmes touchés par cette nouvelle épidémie qu'ils ont du mal à prendre en charge.

D. Defert, fondateur de l'association Aides, souhaite regrouper au sein de la même association toutes les personnes touchées de près ou de loin par la maladie quelque soit leur statut social. Dans d'autres pays, comme les Etats Unis, les associations de lutte contre le VIH/Sida ont une démarche identitaire. Là-bas, chacune des communautés concernées par l'épidémie a sa propre organisation.

Dans les années 1990, la communauté des injecteurs de drogues devient fortement concernée par le VIH/Sida (de 20 % à 30%). Certaines antennes commencent à mettre en place des programmes d'échanges de seringues dans des conditions assez rudimentaires : le démarchage se fait dans la rue et les squats, le plus souvent en sac à dos. Cet activité suppose d'aller vers un public appréhendable uniquement dans ses espaces : plus ou moins clandestins, et fermés (en réaction à la politique de répression et de discrimination dont la consommation de stupéfiants fait l'objet, a fortiori s'ils consomment par injection : scènes de consommation, squats, rue, appartements).

Médecins du monde met en place le premier bus d'échanges de seringues à Paris. Cette initiative permet de donner une légitimité en France l'approche de la RDR CPP. Et Aides Toulouse est la première délégation à prendre le relais en 1992.

En 1995, ces projets sont validés et financés par un décret de santé publique. Petit à petit, des projets RDR CPP se montent, grâce à la mobilisation des consommateurs de drogues et le soutien des associations. Les financements, source d'un plus grand confort (salariés, équipement etc.), motivent certaines antennes à déployer ces dispositifs. Même si toutes ne s'engagent pas dans cette politique au niveau national, Aides change de configuration et comprend une nouvelle communauté. Le financement des programmes de RDR CPP permet leur maintien malgré les réserves d'une partie des membres de l'association.⁵³ Pour calmer les tensions générées, certaines antennes mettent en place des lieux d'accueils séparés. Malheureusement, ce type de disposition renforce les dissensions et les présupposés des différentes communautés et ne permet pas aux personnes appartenant à plusieurs communautés (les usagers de drogues homosexuels par exemple) de s'exprimer. En pratique, ce type d'accueil entretient trop les conflits sous-jacents. Aujourd'hui, Aides privilégie la diversification des accueils et alterne leur mixité dans un même espace.

Au début, l'animation de ces programmes de RDR CPP mobilise essentiellement des salariés et peu de volontaires (bénévoles). Elle est faite majoritairement par des personnes concernées par la consommation de drogues. Dans mon souvenir, les premiers intervenants sont majoritairement des hommes reconnus dans ce milieu. Ils n'ont pas d'appréhension à apparaître, à prendre la parole, et à aller dans des endroits réputés comme « chaud ». Leur éventuelle contamination les a motivés à s'inscrire dans ces dispositifs, qui leur permettent une nouvelle forme de valorisation au sein de leur communauté et à l'extérieur. Ils sont très présents sur le terrain mais ont difficilement accès aux espaces de décision de l'association.

⁵³ Issus majoritairement de d'autres communauté et apriori par peur d'approcher ce milieu dont ils ont peu connaissance voire des représentations.

Ils restent quelque part, dans un statut « d'usager de service⁵⁴ » et ont du mal à grimper dans la hiérarchie, faute de diplôme et d'une reconnaissance de leurs compétences au sein de l'association. Leur charisme et leur forte personnalité, qui leur permet d'asseoir cette politique, font aussi peur et intimident.

A la fin des années 1990, les financeurs invitent certaines antennes à embaucher des personnes diplômées dans le champ du sanitaire et social. Le profil des intervenants change d'autant que la communauté des consommateurs de drogue devient plus accessible. Une majorité s'est inscrit de plus en plus dans des programmes de substitutions et recourt donc, moins à des pratiques répréhensibles.

Dès l'apparition des CAARUD, les équipes sont plus mixtes (du point de vue du genre, et entre les personnes concernées ou pas, par un parcours de consommateur de drogues). Les femmes embauchées, précédemment, pour leur parcours dans la consommation, sont restées pour la plupart. Ont-elles accepté plus facilement que leurs pairs masculins le changement de cadre d'action lié, en partie, au dispositif médico-social ? Peut-être que leur mobilité professionnelle était aussi moins évidente ? La plupart, non diplômées, ont fait des démarches pour acquérir formation et diplôme.

Pour continuer sur le registre du genre, le prochain paragraphe se propose de commenter une des dernières actions innovantes de l'association : la construction de la brochure sur la consommation de drogues aux féminins.

2.2.3/ Comment les actions de Aides s'articulent-elles? Exemple de la brochure femme, « je consomme et alors !? »⁵⁵

Ce projet est parti d'un souhait d'une étudiante en master sociologie à Toulouse, L. Rivasseau. Elle m'a sollicitée pour un entretien exploratoire sur la question du genre chez les consommateurs de drogues et sur la manière dont ce thème est envisagé à Aides.

⁵⁴ Terme pas très flatteur mais c'est celui qui était utilisé pour décrire les personnes embauchées pour leurs compétences à attirer du public (condition nécessaire au bon financement des programmes) quelque soit leur travers en terme de posture professionnelle (acceptés parce que tu es un consommateur de drogues donc réputés comme pas toujours net mais ne sont pas toujours valorisés pour leurs éventuelles autres qualités). Ce non accompagnement des personnes a parfois généré des situations de violences qui ont contribué à alimenter les représentations négatives des personnes peu favorables à l'intégration des consommateurs de drogues dans l'association.

⁵⁵ Cf annexe 1

Je me suis sentie libre de parler de mon expérience et d'exposer mes points de vue à ce propos, car elle participait à Voyelle.⁵⁶ En effet j'ai été cooptée dans cette émission de radio en tant que personne ayant des connaissances sur la consommation de drogues et la RDR.

Cela a généré l'envie de faire une programmation sur cette thématique, peu traitée jusqu'alors, en tout cas dans ce type de média.⁵⁷ Elle est élaborée avec des femmes qui ne fréquentent pas Aides. Certaines sont pourtant concernées de près par cette question. Elle s'est construite à partir d'un micro-trottoir proposé, par deux d'entre nous, lors d'une rencontre nationale de la réduction des risques.⁵⁸ Dans ce regroupement où peu de place est conférée aux participant(e)s, on a tendu le micro, sur des temps informels, aux femmes présentes. On récolte les paroles et points de vue d'intervenantes, de consommatrices ou des personnes ayant les deux casquettes. On les compile. Et avec ce matériel audio, on envisage collectivement, en fonction des souhaits de chacune et d'une conception éthique et politique, comment se décline 1h30 d'émission, alimentée par des lectures et des débats.

A partir de là, L. Rivasseau me situe comme une personne ressource sur ces interrogations. Suite à cet entretien, elle fait une demande de stage et de recherche à Aides. Cette requête est acceptée.

Dans son mémoire, elle fait une description du terrain, des besoins des femmes et des actions spécifiques déjà mises en place sur plusieurs accueils de CAARUD de Aides. Grâce au contenu de ses entretiens, elle dépeint la réalité de ce public peu visible sur nos accueils.⁵⁹ Elle conclut en proposant des actions.

La première menée est l'édition d'une affiche et d'une carte postale rappelant combien le public féminin a à sa place en CAARUD. Ces outils de communication n'ont été élaborés qu'en petit comité : une référente nationale avec un groupe femmes d'une seule ville. La limite de ce genre d'approche est que la diffusion de ces supports de communication a été partielle. Seules celles qui avaient contribué à cette création s'en sont saisies. Les autres n'ont pu se l'approprier et s'expliquer le choix du visuel par exemple : des photos de femmes accueillies avec leur prénom en dessous et pour seul chapeau un slogan : « cet espace nous

⁵⁶ Emission de radio femmes non mixte à destination de toutes et tous, bimensuelle dans une radio associative Toulousaine

⁵⁷ Qui valorise la parole des personnes concernées plutôt que le point de vue de spécialistes ou émanant de présumés sur la question.

⁵⁸ Rencontre organisée sur plusieurs journées, par d'une part ASUD (association d'autos-support d'usagers de drogues) et d'autre part les AFR (Association Française de la réduction des risques)

⁵⁹ Rivasseau Lisa, Rapport de stage « Analyse des actions entreprises par les CAARUD de AIDES en direction des femmes consommatrices de produits psychoactifs », Référente de stage : Monique MEMBRADO, Structure : AIDES, Suivi du stage : Stéphane GIGANON, directrice de la région Auvergne-Grand Languedoc, Date de soutenance : 23 septembre 2010

appartient ». Ce sous-titrage risquait de personnifier une démarche collective. Et c'était dommage ne pas leur avoir proposé de s'exprimer (par un slogan, un point de vue), d'avoir la parole !

Finalement, elles ont pu prendre la parole dans la réalisation de la brochure *je consomme et alors*. Cet outil est sollicité par les accueillies. Aides a pu trouver des financements pour l'élaborer. La subvention suppose un délai assez court. Cette information est donnée dans une réunion nationale où plusieurs intervenantes sont présentes. Le soir, dans une chambre, sept ou huit intervenantes partagent informellement sur cette thématique qui les concerne. Et ça cause : nous échangeons à la volée notre vécu, nos points de vue.

Je me souviens qu'une des questions qui nous fait particulièrement débattre est l'usage de drogues actif et le fait d'être mères. Certaines dénoncent les pressions et les représentations des services sociaux à ce propos. Une collègue met en avant qu'elle a apprécié le placement temporaire de ses enfants, à une époque, où elle ne gérait plus. Les témoignages de chacune fusent. Nous finissons par convenir que nous ne sommes pas toutes, toujours aptes à nous gérer et à assumer nos enfants. Mais dans l'idéal il faudrait pouvoir le dire et non subir les enquêtes sociales ou les placements. Ce serait un moyen d'être actrice et de ne pas nous dévaloriser dans une de nos fonctions, perçues comme essentiel dans notre société. Quoiqu'on en dise, ce n'est pas rien d'être perçue et de se percevoir comme « une mauvaise mère ». Pourtant les parents parfaits n'existent pas. De plus, les présupposés sur la consommation de drogues en vigueur dans notre société peuvent générer des pressions supplémentaires, des angoisses, de la culpabilisation, des non-dits et de l'isolement.⁶⁰

Ce type d'échanges ensemble est nouveau pourtant nous sommes de plus en plus de femmes concernées dans les équipes. Nous réalisons que la constitution d'une brochure peut nous permettre de nous exprimer, sortir de nos non-dits, nous libérer d'une certaine oppression et favoriser l'entraide entre nous. Nous sommes plusieurs à saisir cette occasion.

L'association Aides soutient l'enjeu que le maximum de personnes concernées (accueillies ou intervenantes) puissent participer au contenu de cette brochure (attendue par de nombreux partenaires car la thématique, femmes et consommation de drogues, est peu documentée).

Les rencontres organisées, suscitent des échanges entre différentes consommatrices de drogues sur plusieurs thématiques (la sexualité, les violences, l'isolement, le rapport aux soignants, la stigmatisation etc.). Leur retranscription va servir de base à la constitution du document.

Les premiers objectifs des femmes qui participent à cette plaquette sont de changer l'image des femmes « tox » et de pouvoir toucher toutes les « invisibles » ou « indicibles », ne se reconnaissant pas comme « tox » parce qu'elles n'en partagent pas les stigmates. Ces femmes viennent moins à Aides et dans les structures spécifiques par peur d'être identifiées.

⁶⁰ Cf annexe 1 et 2 : brochure *je consomme et alors* et témoignage de Lorelei

Nous souffrons du délai qui contraint notre organisation et notre communication. Mais une brochure est née avec la contribution d'une cinquantaine de femmes consommatrices de drogues et de certains partenaires. Elle est diffusée massivement car elle correspond à leurs attentes. En un an, le stock est épuisé.

Travailler sur cette brochure a permis aux femmes consommatrices de prendre la parole, de partager un vécu et un point de vue rarement dits et encore moins publiés. Beaucoup ont souhaité de nouveaux regroupements entre femmes concernées. Une nouvelle rencontre est organisée plus tard pour mener d'autres actions au niveau national.

Nous avons opté pour une médiatisation de la parole des femmes consommatrices à la date du 8 mars. Afin que notre point de vue puisse être entendu de toutes les féministes, qui ont parfois une vision assez réductrice sur la question, par exemple les femmes consommatrices sont avant tout des victimes et des proies. Malheureusement, c'est ce genre de discours qui peut nous conduire à le devenir : à force de nous concevoir comme des boucs émissaires, nous le devenons au même titre, par exemple, que les prostituées.

Personnellement ça m'a aidée à construire une réflexion autour de cette thématique en lien avec ce que j'ai pu conscientiser par rapport à ma vie en en discutant avec d'autres. Professionnellement, le travail de L. Rivasseau et le fait d'attendre un enfant m'a permis d'être plus attentive aux spécificités des femmes et mères consommatrices de drogues accueillies.

Etre une intervenante implique d'autres types de conversation, les femmes ou les hommes se livrent plus, dans un registre de l'intime. De même, être enceinte sur un accueil suscite la parole des pères et des mères en tant que tels.

J'ai ainsi été témoin du tabou de la consommation durant la grossesse et l'allaitement, de combien les mères ou futures mères avaient peur des travailleurs sociaux. Beaucoup ont rencontré directement ou indirectement des difficultés avec eux.

Cette peur d'être de mauvais parents génère beaucoup d'angoisses et de culpabilités, aussi toxiques pour les enfants que les éventuels écarts de conduite. Le milieu sanitaire, éducatif et social est peu impliqué dans la politique de réduction des dommages à ce propos, mais plutôt sur des principes d'abstinence à tout prix. Cela amène les femmes consommatrices à être soit très discrètes ou à courir le risque d'être infantilisées, voire contrôlées.

C'était comique que le fait d'être une future mère renforce mon aspect féminin aux yeux des personnes accueillies alors qu'avant certaines pouvaient me parler comme à un gars. De ce

fait elles n'éprouvaient pas de difficultés relationnelles, de jalousies, comme avec leurs pairs. En effet dans le milieu de la consommation, et j'en ai moi-même fait les frais, la solidarité féminine est assez rare. Elles ont plutôt de nombreux a priori entre elles et sont plutôt dans un registre de concurrence.

Au final, ce besoin d'expression et de faire ensemble pour aller à l'encontre des présupposés, qui contraignent le mode de vie des consommateurs et consommatrices de drogues, est ce qui anime mon rôle d'acteur-chercheur comme va le détailler le prochain chapitre.

Chapitre 3 : motivations

3.1. Une pratique professionnelle qui se frotte à un système social

J'ai souhaité faire une recherche-action pour comprendre. Comprendre, pourquoi l'approche d'entraide développée au sein de l'association de santé communautaire avait ses limites. Pourquoi la soif de reconnaissance de certains, les jeux de pouvoirs, la concurrence, la discrimination, le rejet faisaient entrave à la mobilisation de chacun, à la solidarité, à un espace où chacun peut avoir une place (être écouté, être entendu, se poser, se mouvoir), à la tolérance, à la confiance et à l'estime de soi et des autres. Que de grands mots !

Grands mots auxquels j'ai essayé de donner du sens dans ma pratique professionnelle et militante. Et ceci à toute petite échelle, dans un espace d'accueil et d'animation de santé communautaire ouvert à tous les consommateurs de drogues même ceux les plus en marges. Tous les petits moments d'échange, d'entraide, mêlant pleurs, rires et colère mais touchant à un certain idéal humain. Engrangés, ils m'ont portée et donnée envie de continuer, même si j'étais consciente que cela n'allait pas changer la face du monde, d'un pays, d'un quartier, d'une famille, d'une vie.

Cela ne m'a jamais déconcertée car mes études dans le travail social m'ont vite, fait comprendre, que les intervenants du social devaient être humbles. Alors, j'ai choisi de mettre de l'énergie dans ce qui m'importait : la qualité de la relation, la teneur de l'instant, la réassurance, l'écoute. Ainsi, j'ai tenté de participer au changement social pour « un monde meilleur » auquel je crois toujours...

Pourquoi cette verve ?

Parce que ma vie a plutôt souffert de toutes les lois sociales, qui sont justes pour certains humains mais injustes pour d'autres, et que pour tenir je me suis accrochée à celles transmises par mes parents qui dès ma naissance m'ont fait grandir dans un monde de *Bisounours*, de militants naïfs et humanistes.

Cette thématique de recherche s'apparente à une espèce de raison d'être : cultiver la démocratie dans les structures sanitaires, sociales et éducatives pour une meilleure prise en compte des personnes qu'elles concernent. Cette clause est pour moi nécessaire, même si elle semble dispensable pour la majorité, à l'établissement d'une relation d'aide ou de soin.

Voilà des années que je suis témoin dans ma vie privée et professionnelle du mal-être éprouvé par le public quand les institutions sanitaires et sociales deviennent, par leur fonctionnement ou dans leurs objectifs, des outils de contrôle du projet de vie de l'individu. Le texte intitulé

« vécu de la maternité »⁶¹ tente de dépeindre comment certains mécanismes de ces structures peuvent engendrer un sentiment de dépossession chez la personne accueillie.

Cet état de choses est d'autant plus prégnant que les intervenants de ces institutions semblent eux-mêmes être en situation de subir. Ils ont de nombreuses contraintes et réglementations. Ils connaissent une précarisation de leurs conditions de travail. Et ils sont soumis à des obligations de résultats, des évaluations etc. Ces contraintes se traduisent par une baisse des marges de manœuvre et par une potentielle déresponsabilisation de l'individu : « *Je ne fais qu'appliquer la règle* ».

Cette situation fait l'objet de la préface du livre *Les métiers de relation malmenés*⁶² : « *Les métiers de la relation-le soin, l'éducation, l'enseignement, la thérapie, évoluent constamment, de même que les contextes dans lesquels ils sont institutionnalisés (...) ces métiers sont aujourd'hui souvent confrontés à une redéfinition sur plusieurs de leurs registres :*

- *Politique, qui va dans le sens d'une efficacité et d'une productivité ;*
- *Théorique, qui privilégie le cognitisme et une certaine conception de la scientificité ;*
- *Psychique qui gomme inconscient et travail d'intériorité ;*
- *Sociale, qui renvoie à une exploitation de l'investissement subjectif et des dimensions relationnelles, à une récupération ne prenant pas toujours en compte la dimension institutionnelle et collective... »*

De plus, mes motivations de recherche s'inscrivent dans des colères exposées dans deux textes celui vis à vis du tabou des drogues⁶³, et la manière dont les consommateurs sont appréhendés, qui va être développée ci-dessous.

3.2. *Le prisme de la consommation de drogues*

Si le concept de *prisme de la prostitution*⁶⁴ est sous-tendu par des rapports de genre qui cantonnent le féminin au rôle de la « putain », de la « bonne » ou de la « nonne », le prisme de des drogues cantonnent son consommateur à être un délinquant, un malade ou à se taire.

⁶¹ Cf annexe 8

⁶² *Les métiers de la relation malmenés*, Répliques cliniques, Mireille Cifali, Thomas Périlleux Savoir et formation - Recherches en sciences du langage - Psychiatrie, psychanalyse, travail social, Paris, mars 2012,

⁶³ « *Le tabou des drogues* » Exposé dans le chapitre 1, 2ème partie paragraphe 1.2

⁶⁴ Pheterson Gail, *Le prisme de la prostitution*, Bibliothèque du féminisme, Sciences Humaines, Edition L'Harmattan, 2001. « Les droits de l'ensemble des femmes sont indissolublement liés aux droits des prostituées parce que le stigmatisme de putain peut s'appliquer à n'importe quelle femme pour disqualifier sa revendication à la légitimité et peut jeter la suspicion sur n'importe quelle femme accusée d'avoir pris une initiative dans le domaine économique et/ ou sexuel. »

Et la peur d'une condamnation sociale, médicale et juridique contraint les consommateurs à la taire, ou s'en excuser. Ce propos va être étayé, ci-dessous, avec les apports théoriques du philosophe, Thomas Szasz et ceux issus de mes observations personnelles et professionnelles.

L'origine de la vision sociale des drogues est précisée par Thomas Szasz⁶⁵ « *Dans la Grèce ancienne, la personne qu'on sacrifiait en guise de bouc émissaire s'appelait pharmakos. On voit donc que la racine de terme que pharmacologie et pharmacopée n'est point un « médicament », « drogue » ou « poison », ainsi que la plupart des dictionnaires le prétendent à tort. La vraie racine c'est « bouc émissaire » !... Quand les anciens voyaient un bouc émissaire ils le reconnaissaient comme tel : c'était le pharmakos, le sacrifice humain. Quand l'homme moderne en voit un, il ne le reconnaît pas comme tel (ou refuse de le faire), il cherche au contraire à trouver des explications scientifiques, pour expliquer une fois pour tous l'évidence même. »*

Dans la préface de ce livre « le Mythe de la drogue », il écrit: « *Bien que la lutte des drogues apparaisse à une majorité de personnes comme une entreprise de la Santé publique pour préserver la santé ou prévenir les maladie en réalité, c'est une guerre cérémonielle et quasi religieuse pour arracher la société au grill du Mal. Les drogues interdites jouent le rôle de bouc émissaire d'une société affligée de problèmes typiquement modernes. Pour mieux comprendre le soutien qu'apporte le public à cette guerre, il faut garder en esprit que la fonction sociale du bouc émissaire est hautement symbolique. Si la persécution des « boucs émissaires » marche bien, ce n'est pas parce qu'elle protège la société des maux mais parce qu'elle réaffirme des valeurs fondamentales du groupe et rassure les gens sur le fait que leurs gardiens font bien leur travail. Les chasseurs de boucs émissaires en matière de pharmacopée sont à l'œuvre depuis le début de notre siècle. Leur but, c'est de convaincre des gens que certaines drogues (comme la cocaïne)⁶⁶ sont dangereuses et que leur emploi doit être réglementé par l'Etat ; que beaucoup de problèmes humains (comme la violence domestique) ont des causes chimiques qu'on peut guérir par la chimie; et enfin qu'il incombe au gouvernement de protéger les individus contre eux-mêmes (notamment des risques d'automédication) en les déclarant malades (de toxicodépendance) et de punir ce comportement criminel (« détention de substances sous contrôle »). Le résultat, c'est que désormais pratiquement tout le monde croit qu'il appartient avec raison à un monopole médical d'état de permettre l'obtention de certaines drogues et d'interdire l'usage des autres ».*

Mon expérience me fait réaliser que si le consommateur de drogues présente : « Une enfance malheureuse, de grands malheurs, des traumatismes... qui l'ont poussé, conduit à... à

⁶⁵ Thomas Szasz, *Le mythe des drogues*, L'esprit frappeur, Paris 1998

⁶⁶ Cela me renvoie le discours d'un expert le 28 mai sur France Inter vers 14h qui faisait état du nombre de personne qui utilisait de la cocaïne en occident et de la nécessité d'enrayer le phénomène par des mesures répressives.

emprunter un chemin qui fait peur.», cela rassure le médecin, le psychologue, l'éducateur, le professionnel qui écoute. Leurs questionnements résument souvent ces attentes. Dès qu'un patient, client ou usager raconte ses malheurs cela les rassure, ils se disent au moins « ça n'arrivera pas à mes enfants ». C'est confortable d'écouter l'alibi de la consommation sous forme d'histoires personnelles. Ça distrait de sa propre vie, ça évite de se poser des questions, les réponses sont là, c'est la personne, elle-même qu'il le dit. Cela concourt à l'audimat des émissions de « télé réalité » ou de celles de J.L. Delarue⁶⁷.

Mais faire savoir que la consommation de drogues renvoie à des problèmes personnels donne surtout un vrai pouvoir au professionnel. Cela lui confère la possibilité et la puissance d'endosser son costume de « sauveur » ou de « bourreau » face à « une victime ». Ces trois rôles sont énoncés dans le *triangle dramatique*.⁶⁸ Cette schématisation tend à exprimer que si une personne utilise un de ces rôles (par exemple la victime), elle entraîne l'autre à jouer un rôle complémentaire (le Sauveur ou le Persécuteur).⁶⁹ Ce rôle de « victime » rassure le consommateur car il n'est plus fautif, il n'est plus responsable. Il devient un objet que ces « gentils messieurs, dames en blouses blanches », vont s'appliquer à sauver, pour qu'il devienne un sujet mais comme la morale sociale le dicte.

Peut être que beaucoup de consommateurs de drogues, ont eu des déboires dans leur enfance, voire plus tard. Mais les traumatismes et les multiples violences touchent malheureusement une majorité de personnes et non une minorité. L'inscrire dans un parcours individuel, en lien avec une addiction évite de l'aborder sur un angle collectif. Et cette approche laisse seules les victimes voire les auteurs en supporter les lourdes conséquences. Cela peut les conduire à être dans la honte, la culpabilité, les non-dits, le déni voire la reproduction etc.

En ce qui concerne les consommateurs de drogues, s'ils ne veulent pas être pointés comme coupables et être pénalisés, ils sont contraints de rapporter aux représentants de la loi, comme aux institutionnels, les aspects les plus sordides de leur vie, quitte à en inventer ou en rajouter. Les femmes consommatrices dont la consommation est encore moins admise, le font peut être deux fois plus. Ainsi une des enquêtes de référence concernant l'addiction chez les femmes titre : « *Des trajectoires plus chaotiques dans l'adolescence et marquées par la dépendance au conjoint à l'âge adulte....* ». ⁷⁰

⁶⁷ «Ca se discute», France 2, années 2000

⁶⁸ dit aussi triangle de Karpman, est une figure d'analyse transactionnelle proposée par Stephen Karpman en 1968 qui met en évidence un scénario relationnel typique entre victime, persécuteur et sauveur (ces rôles étant symboliques, une même personne peut changer de rôle) – selon le site de Wikipédia le 28 mai 2013.

⁶⁹ L'expression de ce scénario est souvent utilisé en psychologie pour exprimer les mécanismes ayant généré un conflit, selon le site de Wikipédia le 28 mai 2013

⁷⁰ Trajectoire de vie et prise de risques chez les usagères de drogues, enquête INVS ARNS Coquelicot 2004-2007

En 2009, un *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, spécifique sur femmes et addictions, stipule : « Les enquêtes portant sur les traitements pour les drogues illicites relèvent que les femmes dépendantes déclarent significativement plus d'événements négatifs de l'enfance que les hommes dépendants »⁷¹. D'ailleurs ces recherches qui font autorité en la matière ne cachent pas leur relative connaissance du sujet « En France, on dispose de peu de données sur les conduites addictives féminines (qu'il s'agisse de la consommation d'un produit licite ou illicite ou de comportements comme le jeu, l'alimentation, les achats, la sexualité, etc.), hormis celles concernant la prévalence des consommations de produits, issues d'enquêtes en population générale ou auprès des adolescents ».

Pourtant ces enquêtes peuvent être biaisées en fonction de la manière dont les données sont récoltées (faibles cohortes des personnes interrogées, propos recueillis par des soignants, seuls les consommateurs de drogues venus demander une aide dans une structure sont interrogés, et beaucoup de consommatrices restent dans la clandestinité). Elles ne peuvent être comparées à aucune donnée issue de la population globale, qui n'est jamais soumise aux mêmes questions, ni au même dilemme. En effet, les femmes consommatrices interrogées ont à choisir entre faire valoir leurs malheurs et une condamnation sociale, médicale ou pénale.

Par ailleurs, même s'il est certain qu'emprunter le chemin de l'illégalité et de vivre dans la clandestinité nous conduit à ne pas suivre une vie très normative, tel que les personnages des jeux de simulation de vie, les « Sim's ». A quoi cela sert de nous victimiser (vouloir nous sauver ou nous condamner, l'un ne va pas sans l'autre) en permanence ? :

- A rechercher un pourquoi qui nous enfonce dans notre destin parce qu'il le légitime ?
- A faire croire que la consommation de produits psychotropes s'explique et donc peut être enrayée ? Pourtant toutes les sociétés dans l'histoire ont eu leurs drogues : celles qu'elles ont admises et celles qu'elles ont condamnées.
- A ce que la plupart des gens se sentent au-dessus de nous, nous perçoivent comme des « loosers » car eux ont réussi à ne pas faillir ?
- A ce que d'autres essaient de nous sauver à tout prix. Certains, par amour ou vocation, se cassent de nombreuses dents dans cette opération. Nombreux sont dépités et vivent comme un réel échec notre moindre rechute. Cela en rajoute à notre ressentiment à ne pas arriver à se dépêtrer du produit. On se sent encore plus honteux et coupable et cela nous éloigne de toutes ses mains qui veulent nous conduire à tout prix à l'abstinence, sans entendre que ce n'est peut-être pas possible, pas le moment, qu'il faut du temps, de la patience et que peut être qu'on est fait comme ça et que le mieux est de nous accepter plutôt que nous maintenir sous pression ?

-
A
légi
tim

⁷¹ BEH thématique 10-11 / 10 mars 2009

e r
que
l'o
n
soit
obs
erv
é et
épi
é
e n
per
m a
nen
c e
c o
m
m e
des
sou
ris
d e
lab
ora
toir
e
pou
r
con
naît
r e
nos
réa
ctio
n s
à
tell
e
o u
tell

e
thé
rap
i e
mir
acl
e?
-
A
nou
s
enf
e r
m e
r
dan
s
nos
plai
nte
s ,
nos
ang
ois
ses,
nos
dép
rim
e s ,
nos
vid
e s ,
nos
m a
nqu
e s
que
nou
s
res

sa
son
s .
Au
fin
al,
à
for
c e
d e
met
tre
not
r e
doi
g t
dan
s
nos
déb
oir
es,
o n
cul
pab
ilis
e ,
o n
a
d u
mal
à
pen
ser
qu'
une
aut
r e
voi
e

e s t
pos
sibl
e ,
o n
a
d u
mal
à
s 'e
n
sort
i r
e t
o n
con
s o
m
m e
u n
peu
plu
s
o u
o n
boi
t ,
pou
r
l 'o
ubl
i e r
?
-
A
nou
s
met
t r e
dan

s
une
cas
e
d e
« p
a s
c o
m
m e
les
aut
res
» ,
« p
a s
hab
ilit
é à
être
u n
être
pen
san
t » ,
« u
n
par
asit
e
qui
n e
peu
t
rie
n
app
ort
er à
not

r e
soc
iété
»,
« d
e s
per
son
nes
don
t il
fau
t se
m é
fier
e n
per
ma
nen
ce,
aux
que
lles
o n
n e
peu
t
pas
fair
e
con
fi a
nce
»⁷²
etc.

⁷² Ceux sont des résumés de propos de professionnels considérés comme spécialistes en matière de toxicomanie.

Dans tous les cas, nous présenter comme des victimes, des gens à sauver d’eux-mêmes ou des coupables, ne nous a pas rendus meilleurs. Car d’une manière ou d’une autre nous finissons par jouer le numéro attendu et nous perdons la prise que nous pourrions avoir sur notre vie. S’en remettre à une responsabilité extérieure, pour expliquer sa consommation facilite la vie de tout le monde. Ça déculpabilise un peu le consommateur. Ça donne un costume de super héros aux professionnels à l’écoute du problème. Socialement, ça évite de se poser des questions. La réponse est là ! Si les individus se droguent c’est parce qu’ils souffrent et non pour se faire du bien. Autrement, cela remettrait trop de choses en question !

Ainsi, le décor de cette recherche, et mon costume d’acteur sont plantés. La prochaine partie décrit ma recherche, de la thématique générale à une question plus précise.

PARTIE II : LA RECHERCHE

« Chaque fois que vous agissez pour nous sans nous, vous agissez contre nous »,

Nelson Mandela

*« Tout le monde peut jouer
Même les acteurs.
Tout le monde peut soigner
Même les médecins »*

A Boal, théâtre de l'opprimé

Chapitre 4 : Cheminement dans une méthode de recherche

Obnubilée par une préoccupation décrite et motivée dans le chapitre qui précède, je me suis référée à la méthode pour permettre à ce sujet, qui me concerne de près, de devenir un objet de recherche.

4.1 Cheminement vers une question de recherche

Le premier travail a consisté à formuler la question de recherche. Elle a fluctué en fonction des étapes de la recherche comme les paragraphes ci-dessous le détaillent.

Au moment début de la recherche, mes questionnements, concernent la pertinence de la démarche communautaire dans le champ de l'exercice de mon activité. Ils sont de l'ordre de : « *Comment valoriser une approche basée sur l'entraide, l'implication des consommateurs de drogues, alors qu'ils souhaitent être valorisés mais pas toujours collectivement ?* » et « *comment accompagner un public dans une démarche communautaire alors que notre société fonctionne sur des bases différentes (gain, répression, infantilisation etc.) ?* »

Les écrits autour de mon sujet ou objet de recherche, et le travail coopératif me permettent de regarder la question qui m'habite, avec de nouveaux angles, pour mieux l'appréhender. Une première question de départ prend alors, forme : « *Comment favoriser la démarche de santé communautaire auprès des consommateurs de produits psychoactifs à Aides dans le contexte du début des années 2000 (société de mépris : contexte de répression et de culte de la performance) ?* »

Plus tard je la précise au regard de ma préoccupation d'actrice-chercheuse sur laquelle j'ai mis des mots : « *comment permettre la parole individuelle et collective des femmes usagères de drogues afin de transformer les représentations sociales et mettre un terme au contrôle dont elles souffrent ?* » Mon statut de future mère, puis de mère me rend particulièrement sensible aux contrôles juridiques, sanitaires et sociaux que subissent systématiquement les consommatrices de drogues connues de notre société. Cette question sous-tend un désir de mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et aux contrôles juridiques et sociaux dont elles sont victimes.

Ce détour me permet de me rendre compte que ma réelle obsession est comment permettre plus de démocratie dans les structures d'accueil de public comme les consommateurs de drogues ?⁷³ Ainsi, une nouvelle question émerge : « *Comment permettre aux usagers de*

⁷³ « Chaque fois que vous agissez pour nous sans nous, vous agissez contre nous », Nelson Mandela.

drogues et aux autres personnes accueillies par les institutions sanitaires et sociales d'être acteurs de transformation sociale ? »

Le sujet et l'objet de recherche deviennent plus clairs. Je prends conscience de l'essentiel. Grâce au travail coopératif, je formule la question de départ : « *Dans quelles conditions consommatrices de drogue deviennent auteures de leur vie et de changements sociaux ?* ».

En analysant mon propre parcours de vie, je me rends compte que l'estime de soi est un élément essentiel pour se réapproprier sa vie et être moteur de changement social. Je réalise donc que les « conditions » qui m'intéressent, sont les conditions sociales et les conditions d'accueil des personnes.

Le cheminement dans la recherche me fait réaliser l'importance de certaines : la place et la confiance accordée par les intervenants. Aussi je formule une nouvelle proposition : « *Quelles adaptations des conditions sociales et de la posture d'accompagnement sont nécessaire à l'acquisition d'une estime de soi des consommateurs de drogues pour leur permettre d'être acteur de leur vie et de changements sociaux ?* » Mon hypothèse inhérente à cette question est que leur posture définit une relation, qui peut conduire à subir ou au contraire, donner de l'estime et du pouvoir aux consommateurs de drogues.

Au final, à force de tâtonner j'opte pour savoir, selon les personnes entretenues, quelles conditions favorisent leur rôle d'acteur de leur vie et de transformation sociale. Le prochain paragraphe développe comment j'ai retenu certains apports théoriques pour réaliser cette exploration.

4.2. Cheminement dans le choix de références théoriques

J'ai commencé la recherche par lire. Alors que je suis immobilisée par une intervention chirurgicale, je suis prise d'une gloutonnerie d'ouvrages. Je recherche à la bibliothèque de l'université du Mirail, à Toulouse, toutes les ressources théoriques ayant pour thème : les drogues, les réflexions et critiques autour de l'intervention sociale, l'approche communautaire, l'exclusion, la pauvreté, l'entraide, les questions identitaires, la reconnaissance et la valorisation sociale etc.

En quelques mois, j'engloutie plus d'une cinquantaine d'ouvrages de sciences humaines. Je les emprunte majoritairement dans les étagères de sociologie et psychologie sociale mais aussi dans les rayons de sciences de l'éducation, de psychologie et de philosophie.

A travers la lecture de ces ouvrages je ne cherche pas un sujet de recherche. J'ai juste besoin de me rassurer en réunissant autour des questions qui me préoccupent des connaissances

théoriques reconnues puisque éditées et empruntables dans une bibliothèque universitaire. Je produis une fiche synthétisant les apports théoriques que je peux engranger de chaque lecture. J'ai dans mes bagages plus de dix ans d'expériences pratiques mais pour en étendre les limites, j'ai besoin de prendre du recul, de m'inspirer de sources théoriques que j'ai jusque-là peu explorées.

Ainsi, je n'ai pas résisté à la tentation de dévorer des connaissances en espérant mieux comprendre et appréhender un univers dont je connaissais essentiellement la pratique. J'avoue que même si, je ne regrette pas de m'être égarée dans toute cette matière, elle reste trop abondante pour être entièrement exploiter convenablement dans une recherche.

Dès le début de la recherche, je mets toutes ces informations de côté. Et je m'arrête sur cinq ouvrages et un film avec des approches diversifiés. Tous ont un ou plusieurs liens avec la question de départ. Pour chacun je fais une fiche de lecture qui me permet de commencer à les approfondir, les analyser et questionner leurs propos :

- *Aides, une association de santé communautaire*⁷⁴, de Christine Calderon et d'Olivier Maguet, afin de pouvoir clarifier les termes qui m'étaient familiers mais que j'avais du mal à partager. J'ai ainsi pu définir un peu mieux mon terrain et deux mots clés de la recherche « être acteur de sa vie » et « être acteur de transformation sociale ».
- *Le culte de la performance*, Ehrenberg⁷⁵ me permet de poser le décor du contexte culturel et sociétal. Cette lecture illustre la culture individualiste actuelle, les besoins de valorisation personnelle qu'elle sous-tend et la compétition qu'elle suppose. Ces notions ne sont pas des plus favorables aux aspects collectifs de la démarche communautaire, comme l'entraide et la lutte pour la transformation sociale.
- *Les petits groupes* d'Yves Saint Arnaud,⁷⁶ est le premier livre lu lorsque j'avais besoin de prendre du recul et de ressourcer ma pratique professionnelle, en partie ancrée dans la participation et l'animation de petits groupes. Cet écrit tient ce rôle car il mixte des savoirs théoriques et des apports pragmatiques (exercices, mises en situation, grilles d'évaluation etc.), pour l'animation d'un groupe « optimal(e) », ⁷⁷ voire idéale. L'approche développée par l'auteur concorde avec celle de la démarche communautaire dans un cadre collectif. De

⁷⁴ AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid.

⁷⁵ Ehrenberg Albert, *Le culte de la performance*, Paris, Edition Hachette Littératures, Collection Pluriel, Octobre 2009.

⁷⁶ St Arnaud Yves, *Les petits groupes – Participation et communication*, Québec, 2002, Edition Gaëtan Morin.

⁷⁷ En référence à la notion de groupe optimal d'Yves Saint Arnaud définit ci-dessous

plus, il est la référence théorique qui me permet d'analyser l'observation du groupe de préparation à l'accouchement.

- *Requiem for a dream*⁷⁸ est un film qui corrobore les représentations classiques des injecteurs communément appelés « toxicomanes ». Ils sont associés à une multitude de comportements déviants (la manipulation, la violence, la délinquance, la prostitution...). Sans analyser le contexte, ni le type d'usage, le film donne la mesure : les drogues donnent l'impression d'amener au bonheur alors qu'elles conduisent dans une impasse, la déchéance. Le spectateur ne peut que plaindre ou avoir une vision négative des consommateurs de drogues, qu'elles soient légales ou non. Ce film renforce leurs stigmates et l'appréhension des personnes extérieures à cette problématique.
- Dans *Système Personne et pédagogie*⁷⁹, de G. Lerbet démontre que tous les milieux que l'on traverse participent à l'élaboration de la personne avec un grand P. De son point de vue de chercheur en Science de l'Education, il éclaire la question qui me préoccupe : comment une personne peut-elle être actrice dans son milieu et participer à sa transformation ?
- Je retiens l'ouvrage, *J'ai des choses à vous dire* de C. Carthonnet.⁸⁰ prostituée et transsexuelle militante. Elle fait par écrit son « coming out » afin de dénoncer les normes en vigueur et faire évoluer les représentations. Elle dépeint son « je », ose prendre la parole, elle reprend la place qu'on lui vole à chaque fois que quelqu'un parle en son nom. Bref, elle est un très bel exemple, et son livre aussi, de comment une personne dite dépendante, esclave et déviante, peut aussi être auteure de sa vie et de changement social.

Mise à part les travaux d'A. Ehrenberg et de G. Lerbet,⁸¹ mon exploration théorique initiale concerne des références en terme de documentation grise.⁸² Par la suite, je pars à la recherche de théories de réflexion⁸³ pour analyser les 17 entretiens menés. J'approfondis donc les

⁷⁸ *Requiem for a Dream* est un film américain, réalisé par : Darren Aronofsky. Il s'agit d'une adaptation d'un roman d'Hubert Selby paru au Québec en 1978, Retour à Brooklyn.

⁷⁹ Lerbet Georges, *Système personne et pédagogie*, 1993, Paris, ESF Editeur, collection Pédagogies.

⁸⁰ *J'ai des choses à vous dire*, Claire Cartonnet, Paris, avril 2003 – éditions Robert Laffont

⁸¹ *Système personne et pédagogie*, 1993, Ibid.

⁸² Selon *Manuel de recherche en sciences sociales*, Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy, Dunod, 4ème édition, Paris, 1995-2011 : *La documentation grise* permet de connaître notre dossier et donnent des informations utiles et les *lectures de réflexion* stimulent la pensée.

⁸³ Idem que note 80.

thématiques de déviance de H.S. Becker et du stigmatisme d'E. Goffman que je croise⁸⁴. Puis je décortique *le récit de soi* de J. Butler et *les sources de la honte* de V. de Gauléjac.

4.3 Cheminement dans la démarche de recherche-action

Le terrain de recherche n'a pas été difficile à délimiter, mais plus délicat à présenter et à explorer. En effet, j'ai opté pour un terrain que je pratique depuis plus de quinze ans, celui de Aides, de la santé communautaire donc, et plus particulièrement celui de la réduction des risques auprès des consommateurs de drogues. Il est assez technique. Et il fait référence à des termes qui lui sont propres : « démarche communautaire » ou de « santé communautaire », « RDR », « CAARUD », « auto-support », « consommateurs de produits psychoactifs (CPP) » ou « usagers de drogues (UD) » et non « toxicomanes » (trop connoté négativement), et « délégué d'action ».⁸⁵ Je les utilise tellement régulièrement qu'ils deviennent aussi difficiles à définir que « papier » ou « crayon » pour tout un chacun. Au début, je m'applique à définir, dans un langage commun, les termes et les pratiques apparentés au terrain de recherche.

Puis, je me confronte lors d'une première phase exploratoire à un autre terrain, celui des groupes de préparation à l'accouchement. J'expérimente une observation participante de type anthropologique d'un groupe de pairs dont je fais partie, une femme enceinte qui se prépare à accoucher. Dans cette perspective, les données recueillies sont : l'agencement des lieux, prise de position des acteurs à l'intérieur – le déroulement – les regards, vers qui se portent-ils, et la répartition de la parole. Je retiens ces critères car ils sont utilisés pour l'évaluation de l'animation des accueils ou de groupe.

Cette observation me permet de faire quelques constats. L'agencement est confortable mais laisse très peu de place aux pères. Je note que j'ai une faculté à décrypter qui peut être exclu. L'intervenante adopte une position (dans l'espace, le temps, les attitudes et le regard) de savoir-pouvoir.⁸⁶ Elle maintient une posture de personne nécessaire au déroulement de cet atelier et laisse très peu de place aux futurs parents, notamment aux pères. Elle prend le parti des futures mères dans ses propos tout en ne s'intéressant pas à leurs points de vue. Elle

⁸⁴ Cf fiche lecture Annexe 10.

⁸⁵ Voir glossaire en fin de mémoire.

⁸⁶ « Il n'y a pas de relations de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir... Ces rapports de "pouvoir-savoir" ne sont donc pas à analyser à partir d'un sujet de connaissance qui serait libre ou non par rapport au système de pouvoir ; mais il faut considérer au contraire que le sujet qui connaît, les objets, sont autant d'effets de ces implications fondamentales du pouvoir-savoir... ». Ce rapport est par des positionnements (dans l'espace, le temps, les attitudes et le regard). Citation issue de l'ouvrage : Foucault, M. Surveiller et Punir. Paris, 1975, Gallimard.

rappelle à plusieurs reprises sa longue expérience. Son mode d'intervention semble avoir pour unique objectif de convaincre. Elle appuie ses dires par des gestes et des regards soutenus. Les personnes présentes à cet atelier ne sont ni à l'aise, ni enjouées. Elles adoptent une attitude de retenue et leurs interactions et leurs échanges sont minimes. J'en conclus que, probablement, un mode d'animation centré sur l'intervenant, avec très peu de répartition de la parole, induit une quasi-inexistence de dynamiques de groupe telles qu'une « intensité des échanges », « production » et « solidarité ».⁸⁷ La question reste en suspens : ce type d'accueil va-t-il permettre à des futurs parents d'être acteurs de leur vie et de transformation sociale ?

Cette phase exploratoire expérimentale confirme une question de départ : *Quelles sont les conditions qui permettent aux consommateurs de drogues d'être acteurs de leur vie et de transformation sociale ?* Cette observation croisée avec mon expérience et la lecture d'Y. St Arnaud⁸⁸ et G. Lerbet⁸⁹ me permettent de formuler une première hypothèse : « *la manière d'être accueilli (cadre éthique et adaptation à la personne), la place laissée aux consommateurs de drogues, la valorisation et la reconnaissance acquise en participant à l'action, à l'entraide ou en s'investissant dans l'association de démarche de santé communautaire sont des conditions qui leur permettent d'être acteur de leur vie et de transformation sociale.* » Et c'est à partir de cette dernière que je construis la grille d'exploration du terrain. Avec laquelle, je mène dix-sept entretiens.⁹⁰

Je n'évacue pas l'idée d'explorer le contrôle social et la stigmatisation, qui pèsent sur les consommatrices de drogues et notamment les mères. Cette piste, à laquelle certains matériaux récoltés font référence, me préoccupe professionnellement et personnellement.

En effet, les CAARUD accueillent très peu de femmes du fait qu'il est difficile pour elles de passer la porte⁹¹ de peur d'être « repérées », « étiquetées », ne pas échapper aux stigmates de la femme « tox ».⁹²

Les femmes accueillies font régulièrement part de leurs difficultés vis à vis de mesures administratives en lien avec leur maternité et la protection de l'enfance ou de leur

⁸⁷ St Arnaud Yves, *Les petits groupes*, Ibid..

⁸⁸ St Arnaud Yves, *Les petits groupes*, Ibid.

⁸⁹ Lerbet Georges, *Système personne et pédagogie*, Ibid. (cf Annexe 12)

⁹⁰ Voir présentation en annexes 26 et 27

⁹¹ Cf annexe 7, Extrait des conclusions la recherche de Lisa Rivasseau : « Cette recherche aura permis d'identifier des obstacles et des biais dans l'accès aux CAARUD pour les femmes consommatrices de produits en démontrant que ce sont les préjugés circulant à leur sujet et les représentations stigmatisantes présentes dans différentes sphères de la société, qui reproduisent des situations de discrimination et freine l'accès des femmes aux CAARUD. La faible visibilité des femmes dans les actions et les accueils est alors le signe de cette perte de confiance et de la non-reconnaissance de leur existence et de leur spécificité ».

⁹² Annexe 7, partie conclusion du mémoire de Lisa Rivasseau. Ibid

appréhension de celle-ci : « *La plus grande peur d'une tox, c'est de se faire retirer ses enfants* ». Cette problématique est relatée dans un témoignage écrit recueilli.⁹³ C'est pourquoi je prends en compte les conclusions de l'étude de L. Rivasseau.⁹⁴ Le mode d'élaboration de la brochure de Aides adressée aux femmes, intitulé « *Je consomme et alors ?* », et inclut d'autres témoignages à ce propos dans le dossier de recherche. Ainsi les consommatrices de drogues, avec ou sans enfants, font partis des personnes prioritairement entretenues, afin d'analyser les entretiens du point de vue du genre.⁹⁵

Après avoir résumé la méthode entreprise pour explorer le thème de cette recherche, le prochain chapitre donne une définition des mots clés à la lumière des références théoriques explorées.

⁹³ Annexe 2, témoignage du 8 mars 2013 « J'ai commencé par dire oui et depuis ils me lâchent plus »

⁹⁴ Rapport de stage présenté par Lisa Rivasseau, Ibid.

⁹⁵ Le genre est un concept utilisé en sciences sociales pour désigner les différences non biologiques entre les femmes et les hommes. Le genre est l'objet d'un champ d'études en sciences sociales, les études de genre. Ce concept est apparu dans les années 1950 dans les milieux psychiatriques et médicaux, aux États-Unis. À partir des années 1970, le genre est fréquemment utilisé par les féministes pour démontrer que les inégalités entre femmes et hommes sont issues de facteurs sociaux, culturels et économiques plutôt que biologiques.

Chapitre 5 : Les mots clés conjugués à la théorie

Les mots clés explorés sont issus de la première question de départ « *Comment favoriser la démarche de santé communautaire auprès des consommateurs de produits psychoactifs à Aides dans le contexte du début des années 2000 (société de mépris : contexte de répression et de culte de la performance) ?* » Dans ce chapitre, pour les étayer ils sont associés à différentes références théoriques.

Le premier mot clé évoqué est la santé communautaire. Puis le cadre légal, son impact sur les consommateurs et consommatrices et le contexte des années 2000 sont développés.

5.1. La démarche communautaire

Aborder cette démarche permettra de clarifier d'autres mots clés : « auteur de sa vie » et « acteur de transformation sociale ».

5.1.1/ Définitions

Elle peut se décliner en quelques mots : « *Les expériences de santé communautaire sont des tentatives d'amélioration du contrôle par la population de sa propre santé au sein d'un processus plus large où la population contrôle davantage l'ensemble de son devenir.* »⁹⁶

C'est une pratique qui se base sur des principes de décroisement, de l'implication d'une population, dans l'identification de ce qui lui fait problème et de la mobilisation de ses capacités à s'adapter ou à évoluer.⁹⁷

Je précise que la définition de cette démarche varie d'une organisation à une autre :

-
L a
déf
init

⁹⁶ Forum Mondial de la santé, vol 10/1989, site [Global Forum for Health Research](#).

⁹⁷ Susciter la santé communautaire, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, revue de santé conjurée n°4, avril 98, p57.

ion
de
l'O
MS
98 :
«
*L a
san
t é
c o
mm
una
uta
i r e
e s t
l e
pro
ces
sus
par
le q
uel
les
m e
m b
res
d 'u
n e
coll
ecti
vité
,
géo
gra
phi
que
o u
soc
iale*

⁹⁸ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

,
con
sci
ent
s
d e
leu
r
app
art
ena
nce
à
u n
m ê
m e
gro
upe
,
réfl
éch
isse
n t
e n
c o
mm
u n
sur
les
pro
blè
m e
s
d e
leu
r
san
té,
exp
rim

*ent
leu
r s
bes
oin
s
pri
orit
air
e s
e t
par
tici
pen
t
acti
v e
m e
n t
à
l a
mis
e
e n
pla
ce,
a u
dér
oul
e m
ent
et à
l'év
alu
a ti
o n
des
acti
vité
s*

*les
plus
apt
es
à
rép
ond
re
à
ces
pri
orit
és
».*

-

*P o
u r
l'In
stit
u t
R e
nau
dot
, «
une
acti
o n
d e
san
t é
ser
a
dite
c o
mm
una
uta
ire
lor*

*squ
'ell
e
con
cer
n e
une
c o
mm
una
uté
99
qui
rep
ren
d à
son
c o
mpt
e la
pro
blé
mat
iqu
e
eng
agé
e ,
que
cell
e-ci
é m
ane
d'e
xpe
r t s
o u
non*

⁹⁹ Communauté : cf. p. 164 du Rapport d'activité de la 4ème année de la recherche-action « Evaluation des effets des démarches communautaires sur 3 déterminants de santé », Institut Renaudot, publication de l'institut Renaudot, Paris, Mars 2010/2011.

,
inte
rne
s
o u
ext
ern
e s
à
l a
c o
mm
una
uté
»¹⁰⁰
. «
L a
d é
m a
rch
e
c o
mm
una
uta
i r e
e n
san
t é
dés
ign
e
e n
m ê
m e
tem
p s
u n
pro

¹⁰⁰ Charte de promotion des pratiques de santé communautaire. Paris, Institut Théophraste Renaudot, 1998

*jet
soc
ial,
un
cad
re
de
pen
sée
,
une
str
até
gie
d'i
nte
rve
nti
on
et
un
mo
dèl
e
mét
hod
olo
giq
ue
» .*

101

- A
Aid
es,
« l'
acti
on

¹⁰¹ La démarche communautaire en santé. M. Bantuelle, G. Langlois, M. Schoene. Un chapitre de : Traité de prévention - F. Bourdillon, dir. – Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2009.

*c o
mm
una
uta
ire
s e
défi
nit
c o
mm
e la
d é
m a
rch
e
qui
con
sist
e à
agi
r
ave
c
u n
gro
upe
d e
per
son
nes
uni
e s
par
une
m ê
m e
pro
blé
mat
iqu*

*e et
u n
m ê
m e
dés
i r
d'a
ctio
n
(la
c o
mm
una
uté
)
pou
r
que
ces
per
son
nes
agi
sse
n t
sur
leu
r
env
iro
nne
m e
n t
et/
o u
sur
leu
r
org
ani*

*sati
o n
inte
rne
pou
r
tro
uve
r
des
sol
uti
ons
aux
pro
blè
m e
s
qu'
elle
s
ren
con
tre
n t
o u
a m
élio
rer
leu
r
quo
tidi
e n
e n
reg
ard
d e
l a
pro*

*blé
mat
iqu
e
ide
ntif
iée.
Qu
and
les
pro
blé
mat
iqu
e s
rel
ève
n t
d u
sec
teu
r
d e
l a
san
té,
nou
s
par
lon
s
alo
r s
d e
d é
ma
rch
e
d e
«*

*san
t é
c o
mm
una
uta
ire
» .
L a
san
t é
éta
n t
l e
bie
n
c o
mm
u n
que
l a
c o
mm
una
uté
déc
ide
d e
gér
e r
elle
-
m ê
m e
ave
c
l'ai
d e
o u
non*

En effet, la santé communautaire se définit surtout dans sa pratique. C'est pourquoi elle s'inscrit dans une méthode, dépeinte ci-dessous.

5.1.2/ Sa démarche et son histoire

C'est une démarche dans laquelle des personnes, à un moment et dans un contexte donné, identifient qu'elles partagent une même problématique et décident de former ou de rejoindre un groupe pour agir collectivement, afin de surmonter des obstacles générés par cette problématique.

Elle suppose une approche locale des problèmes de santé d'une communauté, avec sa participation à toutes les étapes :

-
eng
age
me
nt
de
cha
cun
à
tou
s
les
niv
eau
x,

¹⁰² Extrait Intervention d'Hélène Rossert, directrice générale de AIDES, aux assises nationales de AIDES à Bron en 2000).

-
ana
lys
e r
l a
situ
atio
n,
-
ide
ntif
ier
les
pro
blè
me
s et
cho
isir
les
pri
orit
és,
-
déf
inir
les
obj
ecti
f s
e t
acti
vité
s,
-
agi
r,
-
éva
lue

- La démarche communautaire n'est pas propre aux questions de santé :

La participation communautaire est conceptualisée principalement à partir des expériences latino-américaines, notamment celles réalisées par P. Freire.

P. Freire, pédagogue, débute au début des années 60 des travaux d'alphabétisation avec des paysans d'une des régions des plus pauvres du Brésil avec une méthode d'éducation qu'il qualifiera de « conscientisante ».

Par une démarche de dialogue, P. Freire fait prendre conscience à l'analphabète de sa situation de dominé vis-à-vis des pouvoirs en place (religieux, politique, économique...) et de la nécessité de s'approprier les moyens de son éducation et de la connaissance.

Il oppose deux conceptions de l'éducation :

- « *Dans la vision bancaire, le savoir est une donation de ceux qui jugent qu'ils savent à ceux qu'ils jugent ignorants* »¹⁰³ . La transmission de savoir se déroule dans un sens unique, de façon verticale. L'éducateur est alors, selon P. Freire, un instrument de domestication de la population qui renforce un processus de domination.
- A l'opposé, dans une pratique libératrice de l'éducation, la transmission du savoir est une interaction constante entre les personnes, qui ont toutes un savoir à partager : « *la connaissance n'est pas quelque chose que l'on transfère. Elle est une chose que l'on produit, quelque chose que l'on réinvente et pas une chose que l'on mange (...)* Les hommes et les femmes sont des sujets qui connaissent et non des sujets qui reçoivent une connaissance empaquetée par le sujet éducateur. Même s'il est parfois difficile de considérer l'élève comme un « *acteur complet* », l'enseignant se doit d'avoir comme finalité l'activité autonome de ses élèves ». ¹⁰⁴

P. Freire remarque que la réussite ou l'échec des apprentissages sont d'abord dus au regard que chacun porte sur le monde et soi-même. Ainsi il distingue trois niveaux de conscience :

- La conscience magique, qui considère que les choses sont ce qu'elles sont parce que Dieu ou la Nature l'ont voulu ;

¹⁰³ *Pédagogie des opprimés*, P Freire, 1974, Edition Maspéro, p202

¹⁰⁴ *Education à la liberté, une introduction à la pensée*, de Paulo Freire, document accompagnant le film *Education à la liberté*, Paulo Freire, Anne Remiche-Martynow, Belgique, 1996, 32min, Libération films.

- La conscience naïve, où chacun est seul responsable des événements qui l'affectent ;
- La conscience critique, où la responsabilité de l'individu, sans être gommée, est replacée dans le contexte de la communauté où il vit.

Ainsi, « *la participation communautaire est dès lors pensée comme un processus social dans lequel des groupes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient à définir leurs besoins activement, décident de vouloir y chercher une réponse et se dotent des mécanismes destinés à les satisfaire* ». ¹⁰⁵

- La pratique de la démarche communautaire vis-à-vis de la santé s'inscrit dans le cadre reconnu de la promotion de la santé :

La promotion de la santé est une démarche qui développe une approche globale tenant compte des composantes culturelles, économiques, sociales, et sanitaires de l'individu dans son environnement : « *La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme une mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : tous les secteurs d'activités, tout ce qui définit le cadre de vie d'un individu ou d'une communauté sont concernés* » ¹⁰⁶

C'est aussi « *favoriser le décloisonnement interprofessionnel et interinstitutionnel* ». ¹⁰⁷ Cela s'exprime par un partenariat, une action coordonnée des différentes institutions des secteurs sociaux et médicaux. Promouvoir la santé conduit à associer le public de manière différente.

Parmi les axes de promotion de la santé, on retrouve le renforcement de l'action communautaire : la promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes

¹⁰⁵ *Pratique de la conscientisation*, Ampleman G, Barnabé J, Comeau Y, Doré G, Duhaime R, Gaudreau L, Humbert Lebœuf L, Matte M, 1987, Collectif québécois d'éducation populaire.

¹⁰⁶ Définition issue de la *Première conférence internationale pour la promotion de la santé*, « Charte d'Ottawa », OMS, novembre 1986, 4p.

¹⁰⁷ *Education pour la santé*; concepts, enjeux, planification. Bury J.A, De Boeck, 1988

souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

La pratique communautaire est donc une contribution à la promotion de la santé. Elle suppose de renforcer les capacités d'expertise des individus et des groupes sur les questions de santé, c'est-à-dire aider à la constitution d'un certain nombre de savoirs concernant les modes de vie, les manières de se soigner ou de prendre soin de soi. Elle suppose aussi que les acteurs divers puissent accéder à la construction démocratique de la définition de la santé et des conditions de vie saine. Cela suppose également l'aménagement et l'évaluation de toute politique.

L'approche communautaire ainsi, est définie comme une pratique orientée autour de la santé, et favorisant un système de solidarité et de dialogue horizontal (entre pairs), vertical (entre les couches sociales, les catégories socioprofessionnelles ou les tranches d'âges), durable (tenant compte des générations précédentes et à venir). ¹⁰⁸

5.1.3/ Son intérêt est confirmé mais la France prend du retard

L'expérience certifiée au Québec de cette démarche permet d'énoncer que « *dans les milieux des soins de la santé et de la psychothérapie, la satisfaction des besoins psychologiques exerce une grande influence sur l'implication personnelle des sujets quand il s'agit de changer des comportements pour améliorer leur bien-être. Si les préposés à la santé supportent les besoins psychologiques des individus, ils motivent effectivement les patients à maintenir des comportements favorables à leur santé physique et mentale.* »¹⁰⁹

La notion de « Communautaire » a en France, mauvaise presse. Le modèle républicain, universaliste, égalitaire, intégrateur serait à l'opposé de cette démarche qui met l'accent sur la communauté plus que la société. Ce qu'on nomme en santé publique, la santé communautaire, ne renvoie pas à de tels débats, idéologiques ou épistémologiques.

Elle vient interroger les habitudes françaises, qui tant en matière de santé publique que d'action sociale, construisent des politiques à partir de catégories, de risques, de populations, voire de statuts administratifs.

Cette démarche se révèle de plus en plus employée dans les pays étrangers de développement comparable.

¹⁰⁸ *La pratique communautaire dans la promotion de la santé* - quelques réflexions, Santé conjugée, Bantuelle, DeHenau, Lahaye, avril 1998.

¹⁰⁹ *Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être* : théorie de l'autodétermination et applications. Laguardia J, Deci, Revue québécoise de psychologie, R. vol. 21, n° 2; 2000.

En France, il faut attendre le début des années 2000 pour que sa pertinence fasse l'objet d'orientations politiques. En effet, dans le cadre de la loi quinquennale de la santé publique datant de 2002, J.F. Mattei déclare que « *Le témoignage et l'expérience des acteurs, leurs attentes, l'identification des difficultés auxquelles ils se heurtent, le repérage de solutions originales inventées sur le terrain sont également des éléments importants pour moi.* »¹¹⁰

De même en 2003, on observe un début de changement, le rapport de l'IGAS¹¹¹ soulève que l'approche de proximité et de santé communautaire est, en matière de prévention, « *une nécessité absolue dont il faut tenir compte lors de la définition des modes d'organisation et de coordination entre les intervenants dans les domaines du curatif et du préventif, du sanitaire et du social* ». Un peu plus loin, le rapport évoque l'intérêt en prévention du recours aux « relais communautaires » que sont tantôt les « habitants relais » tantôt les « médiateurs ». Une politique de prévention (doit) adapter son organisation, ses messages et ses modes d'intervention aux publics visés.

2.1.4/ Les outils de la démarche en santé communautaire

Le travail communautaire peut se définir comme un ensemble d'outils servant à développer les ressources d'une population déterminée. La bonne utilisation de ces outils implique de développer au sein de la population concernée, la solidarité et la participation aux décisions collectives.

Les usagers engagés dans une dynamique communautaire peuvent :

- prendre conscience de leurs propres valeurs et ressources,
- identifier les situations insatisfaisantes,
- maîtriser l'analyse des problèmes,
- envisager des solutions et des méthodes opérationnelles de réponse aux problèmes.

- L'entraide

C'est un processus dans lequel des personnes, à un moment donné et dans un contexte donné, identifient qu'elles partagent une même problématique ou un même désir d'action et décident de s'aider voire de former ou de rejoindre un groupe pour agir collectivement, afin de surmonter les obstacles générés par cette problématique.

- Le *Counseling*, pratique par laquelle on vise à augmenter la motivation à changer.

¹¹⁰ Extrait du discours de J.F. Mattei du 22/11/02 sur la loi quinquennale de santé publique.

¹¹¹ Rapport IGAS 2003 sur la prévention (p.304), site onala.free.fr/igas2003.pdf.

Dans les actions de proximité, l'intervention communautaire s'est construite sur les bases du « *Counseling* ». ¹¹² Un thème prédomine dans cette philosophie, issue de la littérature anglo-saxonne : la croyance en la dignité et en la valeur de l'humain, dans la reconnaissance de sa liberté à déterminer ses propres valeurs et objectifs, et dans son droit à poursuivre son style de vie. Cette méthode participe à l'amélioration de l'estime de soi.

En France, J. Ardoino, professeur émérite en sciences de l'éducation, va développer un concept qui s'apparente au *counseling* : le concept de l'autorisation : « *Lorsqu'un passeur est auprès d'un individu qui franchit la frontière vers un nouveau territoire, lorsqu'un accompagnateur est aux côtés d'un individu pour son projet d'être « le même mais autrement* ». ¹¹³ Toute une palette de manières d'aider est en jeu – écoute, reprise en écho, reformulation, proposition, accueil critique des allants de soi, conseil, etc. Le concept d'autorisation rend compte de ce qui se passe pour l'accompagné qui se sent autorisé à dire, autorisé à contredire, autorisé à explorer de nouveaux espaces, autorisé à être autrement. Autrement que ce que son milieu naturel, son milieu d'adoption et lui-même ne l'avait pensé possible. C'est l'attitude du passeur ou de l'accompagnateur qui va faire que l'accompagné ressentira, comprendra éventuellement cette autorisation. Cette autorisation comporte une multitude de volets comme : chacun de nous va survivre au changement, nos proches vont y survivre. Les remaniements vont permettre de constituer un ensemble avec à la fois de la cohérence et de l'hétérogénéité « vivable », etc....

Les techniques de référence des intervenants sont : la disponibilité, l'écoute active, la clarification, la reformulation, l'empathie, l'absence de jugement, l'acceptation, l'attention à l'autre et la congruence.

Concrètement, les balises des écoutants à Aides pour mener les actions de proximité et nos accueils sont ¹¹⁴:

- La « Matérialisation » : Face à une difficulté d'une personne, l'approche matérialiste consiste à envisager avec la personne en quoi la situation à changer est autant la résultante de facteurs externes qu'internes ;
- La « Collectivisation » : Elle consiste à aider les personnes accueillies à prendre conscience qu'elles ne sont pas seules à vivre les situations qui les préoccupent. En pratique, cela conduit l'intervenant à proposer à la personne accueillie de centrer son aide sur des éléments concrets de ses conditions de vie et sur l'échange et le partage d'expériences avec des personnes vivant dans les mêmes conditions ;

¹¹² Traduit à la formation sur ce thème à Aides

¹¹³ Selon le site de l'encyclopédie Wikipédia de 2013, à Jacques Ardoino

¹¹⁴ Source : adaptation de l'article de Maurice Moreau, *Approche structurelle en travail social communautaire*, Service Social 1987 vol 36 n°2 et 3.

- « La défense des droits des personnes » : par l'accompagnement individuel ou la mobilisation collective afin d'agir sur ce que nous considérons comme injuste ou contre-productif par rapport au besoin de santé global des individus. La défense des droits est un engagement collectif et solidaire qui concerne autant les accueillants que les accueillis ;
- « Le questionnement de l'idéologie dominante » : Défendre le droit des personnes implique une attention à ce qui, dans notre société et dans notre comportement, pourrait renforcer l'oppression des accueillis ;
- « Augmentation du pouvoir des personnes » (l'*empowerment* : donner toutes les conditions pour permettre aux personnes d'être auteur/acteur de leur vie) ;
- Aider la personne à agir elle-même (avec elle)¹¹⁵, avant d'agir sans ou pour elle¹¹⁶ ;
- Rendre le contenu de la relation d'aide la plus transparente et développer des rapports horizontaux aidant/aidé ;
- Favoriser une position d'apprentissage mutuel (entre deux expertises) et valoriser ce que les aidants ont appris.

Pour approfondir cette notion de démarche de santé communautaire un résumé du guide d'évaluation éditée en 2012 par les instituts Renaudot, spécialiste en matière de santé communautaire,¹¹⁷ est joint en annexe.

Un autre terme de la question de départ, qui demande à être décortiqué et resitué, est celui des consommateurs de produits psychoactifs.

Les thématiques abordées dans le prochain chapitre, sont : pourquoi ce terme ? La législation auxquelles leurs pratiques se confrontent, sa conjugaison au féminin, les conséquences en termes de discrimination et identité sociale.

5.2. Les consommateurs et consommatrices de drogues

Le terme de « *consommateur de produits psychoactifs* » est celui choisi par Aides pour parler des personnes plus communément appelées toxicomanes. Cette option s'explique d'une part, parce que tous les consommateurs de drogues ne se définissent pas comme tels et d'autre part, car le terme de « toxicomane » est associé à de nombreux stigmates peu valorisants : « *Le portrait psychologique habituellement dressé du toxicomane est celui d'un individu inconstant, instable, infantile, manipulateur, menteur et irresponsable.* »¹¹⁸

¹¹⁵ Obtenu en laissant de la place à l'écouter, suppose une posture d'écoute de l'intervenant et des réponses sous forme de question ouverte, de reformulation ou/et de clarification.

¹¹⁶ Résultant d'attitudes de jugements, de conseils ou d'interrogations fermées laissant peu de place à la personne écoutée.

¹¹⁷ Annexe 25.

¹¹⁸ Sous la direction de Marie Jauffret-Roustide, *les Drogues, approche sociologique, économique et politique*, 2004, La documentation française, Paris.

En effet, de nombreux chercheurs¹¹⁹ présentent le problème des drogues comme une construction socio-historique, où s'allient la morale, la médecine et le droit. Le passage du «pharmakon» au « toxikon » (Rosenzweig, 1998), les frontières entre drogues, poisons et remèdes sont fluctuantes selon les contextes socio-historiques. Aujourd'hui, la loi de référence condamne autant l'usage que le consommateur, comme le prochain paragraphe le décline.

5.2.1 La pénalisation des stupéfiants

La pénalisation provient d'un cadre international de lutte contre la drogue, prôné à cette époque, par les Etats-Unis qui invitent les pays européens à réprimer sévèrement son usage.

En France, une loi est votée le 31 décembre 1970. Elle réprime l'usage et le trafic de stupéfiants et intègre de multiples codes juridiques.¹²⁰ Elle repose sur quatre axes :

- pénalisation de l'usage : sans aucune distinction du type de drogues ni du type d'usage ;
- alternative de soin à la sanction de l'usage appelée « injonction thérapeutique » : si le consommateur est jugé comme un « malade » le tribunal peut lui imposer de se soigner sinon il sera condamné comme « délinquant » à une sentence d'ordre pénal ;
- répression sévère du trafic et de ses profits ;
- interdiction de la publicité pour l'usage et le trafic des stupéfiants, assimilée à une provocation : qui contraint toute publication à ne pas montrer une vision positive de l'usage des stupéfiants et de la personne qui en consomme.

Aujourd'hui, le discours officiel sur la *toxicomanie* paraît être de plus en plus *médico-centré*. Le terme en vigueur est désormais *addictions*. Alors que la dépendance pourrait être envisagée comme une des constituantes de l'humain, elle est considérée comme une pathologie, à soigner donc !

La spécificité des drogues reste leur illégalité. Ils sont toujours sous le joug de la loi de 1970, dont la pertinence est remise en question depuis la déclaration de Vienne en 2010¹²¹ signée

¹¹⁹ cf bibliographie thématique Drogues, en fin de mémoire.

¹²⁰ Code de l'Education (concernant la prévention en milieu scolaire), Code de la Santé Publique (articles relatifs à l'usage, à la présentation favorable des stupéfiants, à l'alternative de soins et à l'organisation des soins), Code Pénal, et aussi Code des Douanes (au sujet du trafic de produits stupéfiants), Code de la Route (à propos de la conduite de véhicule à moteur sous effet de stupéfiants) et Code de Procédure Pénale (dixit la procédure d'intervention des services de police).

¹²¹ Consultable sur le site : <http://www.ladeclarationdevienne.com>. Ce document est la déclaration officielle de la XVIIIe Conférence internationale sur le VIH/SIDA (2010) La déclaration a été rédigée par une équipe de spécialistes internationaux et mise de l'avant par plusieurs des plus importants organismes scientifiques qui œuvrent en politiques sur le VIH/SIDA à l'échelle mondiale : la Société internationale sur le VIH/SIDA, le centre international pour la science dans les politiques sur les drogues (ICSDP) et le centre d'excellence de la C. B. en VIH/SIDA/VIH/SIDA.

par plusieurs experts internationaux (associations, personnalités médicales, économistes, juridiques et politiques, prix Nobel etc.)

Cette déclaration spécifie qu'elle fait suite à « *des dizaines d'années de recherche qui ont permis de réaliser une évaluation complète des répercussions du phénomène mondial de « guerre contre la drogue.* » Son texte met en avant « *des preuves irréfutables* ¹²²*que les efforts d'application de la loi n'ont pas réussi à enrayer la disponibilité des drogues illégales. (...) De plus, il n'existe aucune preuve qu'une férocité accrue des démarches d'application de la loi réduit de façon importante la prévalence de la consommation de drogues.* »¹²³

Elle liste les effets indésirables de la criminalisation des drogues :

-
L a
dég
rad
atio
n
d e
l'ét
a t
d e
san
t é
e t
l a
« fl
a m
bée
des
vir
u s
V I
H /
Sid
a et
hép

¹²² Reuter P. Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals. *Addiction* 2009; 104:510-7. Et United States Office of National Drug Control Policy. The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981 through the Second Quarter of 2003. Executive Office of the President; Washington, DC, 2004.

¹²³ Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Medicine* 2008; 5:1053-67.

*atit
e s
che
z
les
util
isat
eur
s
d e
dro
gue
s »⁴
4*

(no
tam
me
n t
ceu
x
inc
arc
éré
s ,
e t
dan
s
cert
ain
s
pay
s le
tau
x
d e
pré
val
enc
e
d u

vir
u s
che
z
les
inje
cte
urs
atte
int
8 0
%).
-
« *L*
a
stig
mat
isat
ion
des
per
son
nes
qui
util
ise
n t
des
dro
gue
s
illi
cite
s
(...
?)
min
e
les
effo

r t s
d e
pré
ven
t i o
n
d u
V I
H /
S I
DA
e t
d e
pro
mot
ion
d e
l a
san
t é .
»
124
-
« D
e
gra
ves
viol
a t i
ons
des
dro
i t s
d e
l a
per
son

¹²⁴ Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. *The social structural production of HIV risk among injecting drug users*. Social Science & Medicine 2005.
 Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;

*ne,
y
c o
m p
r i s
l a
tort
ure
, le
tra
vail
for
cé,
les
traï
tem
ent
s
inh
u m
ain
s et
dég
rad
ant
s
et,
dan
s
u n
n o
m b
r e
d e
pay
s ,
l'ex
écu
tio
n*

d e
per
son
nes
con
d a
m n
ées
pou
r
infr
acti
ons
liée
s
aux
dro
gue
s .
125
»
-
Les
eff
orts
pou
r le
con
trôl
e
glo
bal
des
dro
gue
s
ont

¹²⁵ Elliott R, Csete J, Palepu A, Kerr T. Reason and rights in global drug control policy. *Canadian Medical Association Journal*, 2005. Edwards G, Babor T, Darke S, et al. Drug trafficking: time to abolish the death penalty. *Addiction*, 2009.

e u
des
con
séq
uen
ces
inat
ten
due
s :
« u
n
éno
r m
e
m a
rch
é
des
dro
gue
s
illi
cite
s
d'u
n e
val
eur
ann
uell
e
esti
m é
e à
320
mil
liar
d s
d e

*dol
lar
s
a m
éri
cai
ns.
Ces
pro
fits
d e
m e
ure
n t
enti
ère
m e
n t
e n
deh
ors
d u
con
trôl
e
gou
ver
n e
m e
nta
l .
Ils
ali
m e
nte
n t
l a
cri
min
alit*

é ,
l a
viol
enc
e et
l a
cor
rup
t i o
n
dan
s
d ' i
nno
m b
rab
les
c o
mm
una
uté
s
urb
ain
e s
e t
ont
dés
tab
ilis
é
des
pay
s
enti
ers,
par
exe
mpl
e la

*Col
o m
bie,
l e
Me
xiq
u e
e t
l'Af
gha
nist
an.
»¹²⁶
E n
con
tre
par
tie,
les
aff
aire
s
d e
dro
gue
s
illi
cite
s
coû
tent
des
bill
ion
s
d e
dol
lars
par*

¹²⁶ World Drug Report 2005. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2005

an.
De
s
s o
m
me
s
con
sid
éra
ble
s
son
t
util
isé
e s
pou
r
cor
r o
mp
r e
des
fon
ctio
nna
ires
e t
em
poi
son
ner
les
éco
n o
mie
s
d'É
tat.

L'objectif annoncé de cette pénalisation des drogues est d'empêcher leur consommation. Or son impact est très relatif sur la vente et la consommation de drogues, mais elle réussit à condamner¹²⁷ ceux qui y ont recours.

D'une part, parce qu'ils encourent des sanctions pénales, amendes et incarcérations, qui impliquent la précarisation de leur mode de vie.

D'autre part, parce que la loi induit des préjugés et des comportements discriminants à leur rencontre. En effet, « *Les liens entre attitudes et comportements dépendent de la force des convictions personnelles et de l'accessibilité des préjugés, mais aussi pour une grande part du contexte et des circonstances... La loi peut, elle aussi, être dans certains cas source de comportements de discrimination* ». ¹²⁸

De plus, cette loi¹²⁹ stipule que toute communication publique ne peut présenter l'usage de stupéfiants sous un aspect positif. L'objectif de cette loi est de faire peur, décourager la consommation.

Les images (publicitaires, films, documentaires, etc.) et les écrits, qui relèvent de son application, diabolisent surtout les consommateurs de drogues. Par exemple, de nombreux films sur ce thème¹³⁰ sont élaborés de la même manière que des rubriques de faits divers, ils grossissent ou déforment certains traits de la réalité. Ces films, présentés comme alternatifs et critiques envers la société, véhiculent aussi, un discours moralisateur et bien-pensant sur l'usage de produits et ses conséquences. Les consommateurs de drogues y sont associés à une multitude de comportements déviants (la manipulation, la violence, la délinquance, la prostitution...).

Cette communication caricaturale ne permet pas à l'individu lambda de s'identifier à eux. Elle induit une stigmatisation qui peut influencer non seulement leur perception et leur manière d'être. Ainsi, la condamnation pénale et morale des consommateurs participe à dramatiser leur existence.

Pour conclure, la loi de 1970¹³¹ considère le consommateur de drogues comme un délinquant ou un malade potentiel et non, comme un auteur de sa vie et un acteur de changements

¹²⁷ Les années 2000 (Circulaire du 8 avril 2005, loi prévention de la délinquance du 5 mars 2007 qui a un volet « toxicomanie ») sont une période de renforcement de la répression, particulière visible dans l'augmentation de 62% d'interpellations pour usages de stupéfiants entre 2000 et 2011 (Page internet de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, consultée le 16 avril 2013 http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00004.xhtml). Il y a une volonté particulière des gouvernements de l'époque d'un refus de banalisation de la consommation des drogues

¹²⁸ *Stéréotypes, préjugés et discriminations*, Jean Batiste Legal, Sylvain Délouée, 2008, Edition les Topos.

¹²⁹ La loi du 31 décembre 1970 sur les stupéfiants, éditée en France et à l'international à la demande des Etats Unis, réprime l'usage et le trafic de stupéfiants.

¹³⁰ Cf bibliographie : Requiem for a Dream, Transpotting, Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée etc

¹³¹ Cf site : droit-medical.com/textes/textes-divers/450-loi-701320-31

sociaux, comme l'envisage ce travail de recherche. La loi, en interdisant l'usage de stupéfiants, leur confère plutôt un statut de « déviants ».¹³² Ce qui n'est pas sans conséquences, cela a des répercussions sur leur posture, leur mode de vie, leur représentation et leur estime de soi. Cet aspect est approfondi grâce aux ouvrages *Outsiders* et *Stigmaté*¹³³.

Avant d'envisager les enjeux de cette stigmatisation pour la personne et l'acteur social, les spécificités des consommations au féminin sont appréhendées, dans le paragraphe ci-dessous.

5.2.2/ Les femmes consommatrices de drogues

Les spécificités de cette consommation sont peu documentées. Une référence de cette recherche est l'étude de L. Rivasseau¹³⁴ évoquée précédemment.

Par ailleurs, il existe deux rapports officiels rédigés en 2009, dont les données peuvent être biaisées.¹³⁵ Ces derniers mettent en exergue les violences que connaissent les femmes usagères de drogues dans leur enfance, adolescence et dans leur couple. Mais ils n'évoquent pas le poids de la violence institutionnelle.

Pourtant, cette dernière forme de violence peut conforter toutes les autres, comme l'illustre le témoignage de Lorelei.¹³⁶ Et comme l'explique Margot, dans l'intégralité d'interview de C. Moncla,¹³⁷ à force d'être perçues comme des femmes d'un mauvais genre, les femmes consommatrices de drogues sont particulièrement vulnérables aux violences.

D'une part leur représentation sociale de déviante, de hors-norme, de prostituée potentielle, de délurée, de folle peut légitimer leur statut de proie.

D'autre part, en tant consommatrices de drogues, elles peuvent difficilement se présenter dans un commissariat ou devant une cours de justice pour dénoncer leurs agresseurs. D'autant qu'il est socialement établi qu'avoir recours à des psychotropes, peut les exposer à ce genre de problèmes. N'ayant pas consommées à leur insu, elles peuvent se sentir responsables et taire leurs brimades. Honte, culpabilité, déni pourront alors être de mise et leur estime de soi mise à mal. Ce n'est pas un point de vue tiré de thèses misérabilistes, les témoignages recueillis pour la brochure femme « *je consomme et alors* », le confirment malheureusement.

¹³² *Outsiders*, Ibid

¹³³ Cf Annexe 10

¹³⁴ Dont les conclusions sont en Annexe 7

¹³⁵ Cf commentaires du paragraphe 3.2 « *Prisme de la consommation* », Partie1.

¹³⁶ Cf Annexe 2

¹³⁷ Cf Annexe 4

Dans le cadre collectif de la santé communautaire, les violences d'ordre privé sont rarement évoquées par les femmes. En tant que consommatrices de drogues, leur vie hors-norme leur a insufflée de revêtir une carapace de guerrière, de femme forte et fière. Car à la marge, il faut faire sa place, s'imposer et se débrouiller.

Ces sujets sont donc plutôt voués à être exprimé en entretien individuel, auprès d'un professionnel en soif de savoir pourquoi une femme a pu en arriver au point de se saccager, de dénaturer son corps, en consommant des drogues. Comme le développe le chapitre, qui concerne les motivations de cette recherche,¹³⁸ s'en remettre à une responsabilité extérieure pour expliquer sa consommation facilite la vie de tout le monde. Ça déculpabilise le consommateur qui est reconnu comme une victime. Ça donne un costume de « sauveur » aux professionnels, à l'écoute du problème. Ça donne raison à la répression, la pénalisation et aux représentants de l'ordre moral. Et socialement, ça évite de se poser des questions. La réponse est gravée dans le marbre : si les individus se droguent c'est parce qu'ils souffrent. Et ce présumé renforce leur souffrance effective.

Malheureusement ce « statu quo » induit une exposition de ce public à des préjugés, stéréotypes. Ces notions seront documentées dans le prochain chapitre qui détaillera, dans un premier temps, en ces termes le contexte social, des années 2000.

5.3 Un contexte sociétal empreint de préjugés et du culte de performance

La question de départ fait appel à une démarche et à un public dans un certain contexte : celui de la société des années 2000, qui peut être décliné de différentes manières. La définition sur laquelle s'appuiera cette recherche, est issue des théories de psychologie sociale en termes de préjugés, discrimination et d'identité sociale, et de sociologie pour caractériser le culte de la performance et la consommation.

5.3.1/ Stéréotypes, préjugés, discrimination et identité sociale

Ces termes vont être décortiqués à partir de documents de référence élaborés par J.B. Legal et S. Délouée d'une part et H. Tajvel d'autre part.

- Définitions des stéréotypes, préjugés et discriminations :

¹³⁸ Cf commentaires du paragraphe 3.2 « *Prisme de la consommation* », Partie1.

Les stéréotypes sont définis comme « *un ensemble de caractéristiques attribuées à un groupe social* ». ¹³⁹ Ils persistent à partir du moment où nos attentes ne vont pas à leur rencontre. Les stéréotypes sont « *attentionnels : on cherche chez autrui ce qu'on s'attend à y trouver* ». ¹⁴⁰

De plus, si l'on rencontre un membre d'un groupe stéréotypé au comportement incongru, nous préférons lui donner le titre de « *personne exceptionnelle* » plutôt que de remettre en cause nos stéréotypes. Les facteurs socioculturels (éducation parentale et scolaire, médias) jouent un rôle important dans la manière dont les stéréotypes sont acquis et transmis.

Les préjugés traduisent les stéréotypes avec un point de vue affectif et émotionnel négatif.

La discrimination se définit comme un comportement négatif et non justifiable dirigé contre des individus membres d'un autre « *exo groupe* », ¹⁴¹ envers lequel nous entretenons des préjugés. Elle peut se manifester à différents degrés et sous différentes formes, allant du comportement non-verbal (regard biaisé, maintien de distance, évitement) à la mise à l'écart ou à l'exclusion, en passant par les insultes, voire les atteintes physiques à la personne. En France ces attitudes sont réprimées ¹⁴² dans la mesure où elles se manifestent de manière directe et observable.

- Les effets sur soi et les autres ¹⁴³:

Dans un premier temps, le fait d'être stigmatisé (c'est-à-dire de savoir que son groupe d'appartenance fait l'objet de préjugés et d'identité dévalorisée) a un impact sur le plan émotionnel et sur l'estime de soi. Ceci est particulièrement le cas lorsque la caractéristique à l'origine des préjugés et de la discrimination sociale est invisible (homosexualité, dépression, toxicomanie, pauvreté) plutôt que visible (couleur de peau, âge, poids). Dans certains cas, les membres des groupes stéréotypés vont eux-mêmes se conformer, de manière non-consciente, aux attentes stéréotypées qu'autrui entretient à leur égard. Les groupes discriminés ne sont pas exempts de cette attitude envers les autres. Malheureusement, j'ai pu observer que plus les personnes sont discriminées, plus elles peuvent avoir besoin de boucs émissaires, sur lesquelles elles rejettent les attributs négatifs qui leur sont conférés. Par exemple les consommateurs de cannabis vont se défausser sur les héroïnomanes, les sniffeurs sur les injecteurs. Les membres des groupes les plus dominés, par exemple, les injecteurs d'héroïne chez les consommateurs de drogues, se perçoivent comme semblables entre eux et sont aussi perçus comme tels.

- Comment lutter contre les stéréotypes, préjugés et discriminations :

¹³⁹ *Stéréotypes, préjugés et discriminations*, Jean Batiste Legal, Sylvain Délouée, 2008, Edition les Topos

¹⁴⁰ *Stéréotypes, préjugés et discriminations*, Ibid

¹⁴¹ Que nous ne définissons pas comme faisant partie de notre groupe d'appartenance sociale

¹⁴² Par la loi n°2001-1066 du 16 novembre 2001

¹⁴³ *Stéréotypes, préjugés et discriminations*, Ibid

Plusieurs travaux¹⁴⁴ ont établi que la coopération intergroupe pour la réalisation d'un but commun permet d'atténuer les préjugés et la discrimination. D'où l'intérêt de favoriser des situations collectives d'entraide à Aides.

- L'identité sociale et transformation sociale¹⁴⁵ :

H. Tajfel définit l'identité sociale¹⁴⁶ comme « *cette partie du concept de soi qui provient de la conscience qu'a l'individu d'appartenir à un groupe social (ou des groupes sociaux) ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance* ». Les individus cherchent à avoir une identité sociale positive : la valorisation sociale est fondamentale. « *En l'absence de l'accès à un rôle social et professionnel valorisé et de reconnaissance de son importance dans le monde dans lequel il vit, l'individu est fragilisé, privé des moyens, des conditions nécessaires à une construction identitaire qui lui permet d'agir, de se positionner et d'être actif* ».

Si l'identité sociale est négative, ce qui est le cas pour les personnes consommatrices de drogues, les individus auraient trois types de stratégie :

- La mobilité sociale (« stratégie du chacun pour soi »). C'est une mobilité indépendante et non solidaire : « quand le groupe auquel j'appartiens ne me satisfait pas ou plus, je vais vers un autre groupe qui semble mieux me correspondre ».
- La passivité sociale. Les membres d'un groupe minoritaire semblent accepter leur situation, considèrent la situation légitime et intériorisent les valeurs du groupe dominant.
- Le changement social (« tous pour un, un pour tous ») les membres d'un groupe sont solidaires, la modification de leur situation ne peut survenir que dans un cadre qui les implique tous et toutes.

D'après ces lectures et des observations empiriques (issues de mon parcours personnel et professionnel), je pourrais énoncer certaines hypothèses :

-
L a
« p
assi
vité

¹⁴⁴ Stéréotypes, préjugés et discriminations, Ibid.

¹⁴⁵ *Human groups and social Categories*, Tajfel, Cambridge, 1981, Cambridge University Press, p255

¹⁴⁶ Stéréotypes, préjugés et discriminations, Ibid.

soc
iale
»
est
fav
oris
é e
lors
que
l a
per
son
n e
est
sou
s
l'in
cid
enc
e
« d
'un
e
sou
mis
sio
n à
l'a
uto
rité
»
147
o u
isol
é e
d e
ses
pai
rs.

¹⁴⁷ *Soumission à l'autorité* : un point de vue expérimental, Stanley Milgram, Paris, 1984, Calmann-Lévy

-
L a
stra
tégi
e
dite
d e
l a
«
mo
bili
t é
soc
iale
»
est,
à
mo
n
sen
s ,
sur
rep
rés
ent
é e
a u
sei
n
des
mil
ieu
x
qui
s e
pen
sen
t
les
plu

s
inté
gré
s
soc
iale
m e
n t ,
ceu
x
qui
n e
s e
rec
onn
aiss
ent
pas
dan
s la
cat
égo
rie
e t
ses
stig
mat
es .
Elle
est
une
des
con
séq
uen
ces
de
la
soc

iété
« d
u
cult
e
d e
l a
per
for
m a
nce
»
dép
eint
e
dan
s
les
par
agr
aph
e s
ci-
des
sou
s .
Elle
est
fav
oris
ée
par
des
acc
om
pag
ne
ments

ind
ivi
due
ls.

-

L e
« c
han
g e
m e
n t
soc
i a l
» et
l a
« tr
ans
for
mat
ion
soc
iale
»

peu
ven
t

être
fav
oris

é s
par
une
app

roc
h e
d e
non

-

jug
e m

ent
o u
des
app
roc
hes
coll
ecti
ves
,
not
a m
m e
n t
ent
r e
pai
rs .
L e
slo
gan
«
tou
s
pou
r
un,
u n
pou
r
tou
s »
pou
rrai
t
être
cel
u i
d e
l 'a

ppr
och
e
d e
san
t é
c o
m
mu
nau
tair
e et
d e
l 'a
uto
-
sup
por
t.

Un des freins du « changement social » est donc lié à la difficulté d'apparaître publiquement, de faire son « coming out ». Et cela est renforcé par le cadre légal exposé précédemment.

C'est contre ce genre de situations, auxquelles sont confrontés consommateurs et consommatrices de drogues, que je lutte en cherchant quelques clés qui pourront donner envie à leurs interlocuteurs de les envisager différemment. Cela me semble être, à ce stade, une des conditions nécessaires pour leur permettre d'être auteurs de leur vie et acteurs de changements sociaux.

Un autre point de vue sur le contexte social actuel qui peut contraindre le fait d'être auteur de sa vie ou de transformation sociale est lié au concept de culte de la performance d'A. Ehrenberg.

5.3.2/ Du culte de la performance au culte de la consommation

La description de ce contexte de société 2000 sera étayée des travaux d'A. Ehrenberg, chercheur au centre Edgar Morin.

Il qualifie ce dernier grâce à la déclinaison du concept du « *culte de la performance* ».¹⁴⁸ Ce culte prend son essor, selon lui, au cours des années 1980 à travers trois déplacements :

-
L'i
ndi
vid
u
aut
ono
me
est
sou
cie
ux
de
sa
for
me
phy
sique
et
de
son
équ
ilib
re
psy
cho
log
ique
. I l
gèr
e
son
app

¹⁴⁸ *Le culte de la performance*, Alain Ehrenberg, Paris, octobre 2009, Edition Hachette Littératures – Collection plurielle. Cf fiche lecture en Annexe 13

are
nce
phy
siq
ue,
son
stre
s s
c o
m
m e
ent
rep
ren
eur
d e
s a
pro
pre
vie.
N o
u s
avo
n s
ten
dan
c e
à
cro
i r e
qu'
être
soi-
m ê
me,
c'es
t se
con
stru
i r e

une
per
son
nali
t é
dan
s la
diff
é re
nce
ave
c
aut
rui.
E t
pou
r ce
fair
e ,
nou
s
pou
von
s
con
s o
m
m e
r
a u
poi
n t
d e
m e
ner
une
vie
d'in
tox
iqu

é ,
e n
nég
lige
ant
les
acti
vité
s
qui
con
trib
uen
t à
not
r e
dév
elo
ppe
m e
n t
e t
not
r e
for
mat
ion
.

-
L'i
ndi
vid
u
est
app
réh
end
é
c o

m
m e
u n
cap
ital
h u
mai
n
qui
peu
t
aug
m e
nte
r sa
val
eur
e n
gér
ant
son
pot
enti
e l
dév
elo
ppe
m e
n t
(so
n
tra
vail
e t
ses
rela
tio
n s
ave
c

les
aut
res)

.

-

Les
con
séq
uen
ces
de
la
gén
éral
isat
ion
de
la
co
mp
étit
ion
dan
s le
pay
sag
e
fra
nça
is
con
tem
por
ain
son
t :
la
glo
rifi

cati
o n
d e
l a
réu
ssit
e
soc
iale
, la
val
eur
d e
réf
ére
nce
dev
ient
l'ac
tio
n
ind
ivi
due
lle,
l a
con
cur
ren
ce,
l e
dév
elo
ppe
me
n t
des
for
me
s

d'a
ppa
rte
nan
ces
ide
ntit
aire
s
nou
vell
e s
(dé
crit
e s
c o
m
me
l e
rés
ulta
t
d'u
n
pro
ces
sus
d'e
xcl
usi
o n
soc
iale
que
l'ét
at-
pro
vid
enc
e

n'a
pu
maî
tris
er)
et
le
néo
-
ind
ivi
dua
lis
me
se
dév
elo
ppe
dan
s
une
dyn
ami
que
non
dé
mo
crat
iqu
e .
Elle
gén
ère
du
mal
-
être
et
de

nou
vell
e s
for
me
s
d'a
ddi
ctio
n s
(T
V ,
jeu
x ,
mé
dic
am
ent
s
psy
cho
tro
pes
,
d é
ma
rgi
nali
sati
o n
des
dro
gue
s
illi
cite
s
...)
.

Ce sociologue pense qu' Edgar Morin est sans doute un des premiers à avoir compris que la culture de masse pouvait faire basculer les idéologies politiques et esthétiques dans cette *«gigantesque poussée de l'imaginaire vers le réel, qui tend à proposer des mythes d'autoréalisation, des héros modèles et des recettes pratiques pour la vie privée»*¹⁴⁹.

Ce culte inaugure donc de nouvelles mythologies permettant à chacun de s'adapter à une transformation majeure : le déclin de la discipline au profit de l'autonomie. Épanouissement personnel et initiative individuelle sont les deux facettes de cette nouvelle règle du jeu social.

La frontière se brouille entre l'espace intime de l'identité (qui suis-je?) qui se modèle sur l'espace public (que fais-je?). L'individualisme contemporain est le produit de deux mutations parallèles : privatisation de la vie publique et publicisation de la vie privée. La fin des transcendances (Dieu, le progrès) impose à l'individu de devenir, dans l'incertitude de sa propre transcendance (l'image de sa performance). L'individualisme confronte à l'incertain. Chacun doit s'appuyer sur lui-même pour construire sa vie, l'inventer, lui donner un sens.

Devant cette aventure entrepreneuriale qu'est devenue la vie en société, à laquelle manquent trop souvent les relais et moyens institutionnels qui permettraient à chacun d'y faire face, on ne s'étonnera guère que l'obligation de gagner, s'accompagne chez certains d'une crise d'identité majeure et d'une consommation massive de médicaments psychotropes, faute de dépression ou d'autres symptômes psychosomatiques. Les psychotropes relèvent d'une auto-assistance quand les institutions de l'assistance et de la protection sociale perdent de leur légitimité et de leur efficacité, quand l'image de l'individu qui se gouverne affleure partout et devient une norme de conduite de masse.

Dans ce contexte, pour cet auteur, les addictions prennent une forme pathologique : besoin de consommer, de résoudre ces maux instantanément, recours à certains produits pour être au mieux, diversification des dépendances (nourriture, travail, affectif, jeux, ordinateur, médicaments, alcool, drogues, tabac etc.). Reste à savoir si une société qui prône l'autonomie influence la perception pathologique des dépendances dont l'être humain peut faire l'objet?

Ce style de relation sociale implique aussi une comparaison permanente entre les individus, d'où une concurrence généralisée.

Les besoins de valorisation personnelle que la culture individualiste actuelle sous-tend et la compétition qu'elle suppose ne sont de plus, pas des plus favorables aux aspects collectifs de la démarche communautaire comme l'entraide et la lutte pour la transformation sociale.

¹⁴⁹ Le culte de la performance, Ibid.

La définition des mots clés de cette recherche est donc éclairée par un registre théorique. Avec ces références et une méthode d'exploration, le terrain va être appréhendé au prochain chapitre.

Chapitre 6 : Collecte de Matériaux

Grâce à l'apport de la théorisation des mots clés ci-dessus, la question de départ va évoluer. Celle qui précède les entretiens est : « *Dans quelles conditions les consommateurs de drogues sont auteurs de leur vie et/ou de transformation sociale ?* »¹⁵⁰

Pour apporter des réponses à cette question de recherche 17 entretiens ont été effectués¹⁵¹. Dans ce chapitre les objectifs de cette collecte, sa préparation et sa retranscription sont commentés.

6.1. Définition du cadre de collecte des sources

6.1.1/ Les objectifs

Cette recherche a pour motif de partager des indications théoriques et pratiques qui visent à mobiliser les consommateurs (trices) de drogues non en tant que personnes dépendantes mais en tant qu'auteurs de leur vie et de changements sociaux, potentiels.

Après avoir affiné la question de départ, avec une analyse des mots clés et un référentiel théorique, quelques objets à observer sont retenus :

- Les formes d'exclusion ou discrimination ?
- Les appartenances, leur hiérarchie et leur articulation ?
- La place du sujet (par exemple Je/nous/ils/elles) ?
- A quoi font références les représentations de la personne, de quel ordre sont-elles, à quel moment la personne s'y réfère ?
- dépendance /autonomie : leur définition ? Les espaces et les enjeux qui y sont associés ?
- la place de la motivation ?
- En terme d'animation à quelles préparations, postures, quelles agencements, quelles manière d'accueillir, quels espaces, lieu, quels outils d'animation, quels enjeux, quels impacts la personne fait-elle appel ?

« *Conditions* » : Le souhait est de connaître et faire connaître celles qui participent au fait d'être acteur et celles qui au contraire refrènt cette possibilité.

« *et/ou* » : Être acteur de sa vie et être acteur de transformation sociale sont deux dynamiques différentes qui ne vont pas toujours de pair sinon, on retombe dans ce que dénonce A. Ehrenberg¹⁵⁰ : une société de performance qui nous demande d'être des supers héros !?

¹⁵¹ Annexes 26 et 27

- Si une collaboration accueillant/accueillis est énoncée : dans quels espaces, les enjeux, les impacts ?
- Quelles formes « *d'adaptation*¹⁵² » sont évoquées : dans quels espaces, les enjeux, les impacts ?

6.1.2/ Méthode de collectes de sources

A partir de ces éléments, plusieurs pistes de méthodes de collectes sont envisagées et d'autres exclues. Par exemple, la passation de questionnaires fait trop écho aux enquêtes de satisfaction ou aux référendums (symptomatiques des temps actuels) pour être retenue pour cette recherche. Ils offrent trop peu d'espace d'expression à la personne qui les remplit. Ce n'est donc pas une méthode qui donne une place au public qu'elle sollicite. Et aucune interaction n'est possible.

Au contraire, l'observation anthropologique ou une collecte sous forme de focus groupe semblent être les méthodes d'exploration les plus opportunes pour répondre à la question de recherche. La première a l'avantage de permettre d'analyser un pan précis du terrain, tout en multipliant les angles de vue. Elle peut participer à une prise de distance, vis à vis du sujet de recherche, pour renforcer son statut d'objet. La seconde, moins commune, permet une collecte auprès d'un collectif de personnes, et récolter le fruit de leurs interactions.

Même si ces deux méthodes me séduisent et semblent les plus appropriées pour ce travail exploratoire, je n'y recours pas faute de pouvoir les concrétiser, matériellement.

Au vu du délai, je fais en fonction des opportunités offertes. Je mets donc, dans ma besace, un bloc note (qui fera office de journal de bord) et une clé mp3 (qui a une fonction d'enregistrement). Je peux ainsi collecter des éléments à tout moment et accumuler un maximum de matériaux de recherche concernant le terrain.

Et au final, j'adopte l'entretien de type socio-anthropologique comme méthode d'exploration. Il permet de diversifier le public de recherche et de tenir compte de son manque de disponibilités. Pour pallier aux biais induits par un tête-à-tête avec une personne qui peut être connue, je tiens à conduire des entretiens avec une méthode semi-directive.

6.2. Préparation de cette collecte de sources

Le plan du déroulé du premier entretien est élaboré lors d'un échange avec une jeune chercheuse en sociologie.

6.2.1/ Plan du déroulé du premier entretien

¹⁵² En référence au concept de Piaget cité dans l'ouvrage G. Lerbet, *ibid*

Après une brève présentation de cette recherche, il est demandé : comment lui est venue l'idée de s'impliquer dans une association qui promeut le rôle d'acteur des consommateurs de drogues ? L'entretien a pour objet le déroulé concret des projets mis en place par son équipe ou dans d'autres structures intervenants auprès et avec ce public. Puis, il lui est proposé de donner son analyse quant à leur déroulement, évaluation et aboutissement. Sur la fin de l'entretien, une définition du rôle d'acteur de la transformation sociale et de la santé communautaire, lui est demandé.

Si durant l'entretien la personne entretenue sèche, se perd dans ses propos ou m'emmène dans ces propres interrogations, je prévois de questionner cette personne plus particulièrement sur des définitions ou des descriptions de réalités ayant trait aux mots clés ou couples de mots en lien avec l'objet de recherche : collaboration, adaptation, démocratie, Je/Nous, dépendance/autonomie, citoyens/exclus, transformation de qui, de quoi, comment ?

Une fois réalisé, ce premier entretien me déçoit en partie. Les questions posées n'ont pas l'écho attendu. Cette première expérience me permet de reformuler le squelette des prochains entretiens avec lequel j'espère recueillir plus d'éléments factuels.

6.2.2/ Grille des entretiens suivants:

- Comment ont-ils eu connaissance de l'association (communautaire, de pairs ou d'auto-supports, etc...) ?
- Comment ont-ils été accueillis la/les première fois ?
- Qu'est-ce que l'association a changé dans ta vie ?
- Comment tu vois ta place dans l'association ?
- La dernière action/accueil que tu as faite ?
- Leur définition de : « acteur de sa vie », « acteur de santé communautaire » ou « d'acteur de transformation », en toute fin si l'entretien n'est pas à son terme.

Cette batterie de questions est mise en pratique dans l'ensemble des entretiens, de fin septembre 2012 jusqu'en janvier 2013, de la manière exposée ci-dessous.

6.3. Méthode et déroulement des entretiens

Le mode d'entretien semi-directif de type socio-anthropologique est retenu. Il peut s'organiser aisément par rendez-vous et offre la possibilité d'interroger plusieurs acteurs. De plus, l'hypothèse énoncée suite à la phase exploratoire et mon expérience d'actrice me permettent de définir la grille d'entretien, énoncée précédemment. Elle semble adaptée à une collecte de source de type participatif.

6.3.1/ Personnes entretenues

Au départ, j'envisage de faire une dizaine d'entretiens avec différents acteurs de santé communautaire. Je choisis ceux/celles, qui sont, ont été ou auraient pu être accueillis dans l'association où ils sont engagés. Les personnes qui se disent militantes¹⁵³ ou qui me semblent impliquées sont privilégiées. Les provenances sont diversifiées : associations, villes, statuts. Je fais surtout, en fonction des opportunités qui se présentent à moi. Je reste un peu aux aguets pendant quelques mois. J'ai dans mon sac, mon MP3 et mon journal de recherche pour saisir chaque occasion de faire un entretien.

Ainsi, je rencontre des personnes que je connais plus ou moins et aucune ne refuse un entretien, même si une se désiste. Un s'est fait par téléphone suite à un rendez-vous qui n'a pu être honoré, à cause d'une de réveil.

Comme l'illustre le tableau récapitulatif,¹⁵⁴ je me suis cantonnée à entretenir des personnes concernées pour la plupart par la consommation de drogues (15 sur 17) et militantes. J'ai interrogé majoritairement des femmes (13 sur 17). Divers profils sont choisis du point de vue du parcours dans la consommation, de la situation sociale, du statut dans l'association, leur localisation (6 villes) et leur structure ayant une démarche apparentée à la santé communautaire (4 différentes). J'ai peu d'a priori ou ces derniers sont plutôt positifs. Je perçois chacune comme actrice de leur vie et de transformation sociale. Et je mesure que c'est une limite de cette collecte des sources.

6.3.2/ Le contenu et postures d'entretiens

J'annonce que ce qui m'intéresse c'est leurs points de vue, leurs pratiques et leur vécu de l'acteur(trice) de santé communautaire, en introduction des différents entretiens.

Après une brève présentation de la recherche,¹⁵⁵ de son caractère anonyme et de mes propositions de retours, je m'enquière de savoir comment la personne a rencontré l'association. Cette première question permet à la personne de plonger dans l'entretien en narrant ce qui l'a amenée à se présenter à l'association ou comment l'association est venue à elle. Je réalise après coup, que cette interrogation implique que leur lien avec l'association est

¹⁵³ Qui ont pour objectif de favoriser le rôle d'acteur des personnes qu'elles accueillent ou de leur pair et/ou de permettre une transformation sociale.

¹⁵⁴ Cf annexe 27, tableau des entretiens

¹⁵⁵ Pour tous de l'ordre : « Ce qui m'intéresse c'est ton point de vue, ton vécu et ta pratique d'acteur de santé communautaire... Tu parles en ton nom... »

assez déterminant dans ma recherche et que cela peut induire un propos qui colle à la première hypothèse de recherche.

Ensuite, je m'intéresse à son premier accueil, à ce que l'association a changé dans sa vie, à la place que la personne occupe dans la structure et à la dernière action qu'elle a menée. Ce squelette de questions est établi pour recueillir un maximum d'éléments factuels.

La reformulation et les questions ouvertes sont utilisées pour inciter la personne à fournir le plus d'éléments de compréhension possible. La boîte à questions sert à relancer la personne quand elle tarie sur un propos, s'égare ou tourne en rond. Je laisse les silences s'installer. Je ne me suis pas permis de poser trop de questions. J'appréhendais de mener un entretien qui aurait ressemblé à interrogatoire (de flic ou d'assistante sociale). J'ai préféré laisser venir les propos de la personne. Lors de la retranscription, il me semble que je n'ai pas été aussi curieuse qu'une personne novice l'aurait été. Je n'ai sûrement pas assez creusé certains aspects, par pudeur et respect.

Connaître de manière directe ou indirecte la personne a pu biaiser son entretien, ou l'intimider comme le premier me l'a démontré.

Lors des suivants, j'essaye de détendre l'atmosphère. Je n'hésite pas à rire avec la personne entretenue pour que son débit soit plus aisé. Je lui laisse du temps. Je reformule ces propos. Je l'encourage à s'exprimer librement par mon regard. Je m'applique à rester dans une neutralité bienveillante, ne pas partir en débat, ou remettre en question les éléments énoncés. Je lui rappelle que c'est son point de vue qui m'intéresse. Je respecte chacun et chacune dans ce qu'il est ou montre à voir.

Ainsi, toutes les personnes entretenues jouent le jeu de d'impliquer leur « je ». Le « non jugement » n'est pas un préalable annoncé mais elles connaissent mon cadre de travail ou une partie de mon vécu. Cela a pu faciliter l'expression de leur parcours. Chaque item de la grille d'exploration fait donc l'objet d'un propos, plus ou moins long selon les personnes.

Lors des premiers entretiens, je les sollicite sur leur définition du rôle d'acteur, de la transformation sociale et de la pratique du communautaire. Cette demande ne suscitant pas une réponse spontanée, je préfère, pour les suivants, recueillir uniquement leur définition de la santé communautaire. A la fin de toutes les entrevues, je demande à la personne si elle voit des choses à rajouter. La majorité clôt l'entretien en n'ayant rien à préciser. Je les remercie donc de leur apport et leur participation à cette recherche. Je ne sais pas si j'ai pu les associer assez à ma recherche pour qu'ils se l'approprient. Je pense surtout que les gens ont fait ces entretiens pour me faire plaisir et sans être sûrs de pouvoir y apporter quelque chose.

Ils ne s'avèrent pas très long. Ils durent de 30 mn à une bonne heure. Je crois avoir respecté le temps disponible de la personne et me suis adaptée à son débit. Leur nombre a permis d' étoffer une matière assez conséquente pour chaque aspect de la grille d'entretien.

Avant chaque entretien, je prends un temps pour dépeindre dans mon journal de recherche, ses circonstances et faire une brève présentation de la personne (âge, sexe, situation vis-à-vis de la consommation, statut(s) dans l'association).¹⁵⁶ Je décris aussi ce que je sais de la personne, nos éventuels liens, mes aprioris et mes craintes.

Leur cadre a été convenu avec les personnes interrogées, les lieux à l'abri des oreilles indiscrètes sont privilégiés. Mais parfois cela n'a pas été possible durant tout l'entretien (pour le numéro 8 et cela a créé un malaise pour la personne entretenue).

L'enregistrement est soumis au consentement de la personne. Juste après chacun des entretiens, je vérifie son inscription. Puis je consigne rapidement sur mon journal de recherche les éléments liés au cadre de cet entretien : le lieu et les conditions dans laquelle il se déroule, l'état de tension de la personne. Tout ce qui peut me venir. L'entretien numéro deux ne sera pas enregistré entièrement par mégarde. Mes souvenirs me permettront, le soir même, de retranscrire en parties les propos de la personne lorsqu'ils n'étaient pas enregistrés.

6.4. Déroulement et le plaisir pris à faire les entretiens

Dans ce paragraphe va être détaillé combien mener ces entretiens m'a donné du plaisir, rassurée et ressourcée.

Tout d'abord, les propos recueillis sont rarement dis, retranscrits et entendus. En effet, les acteurs de santé communautaire se construisent principalement dans leur action sur laquelle ils n'ont pas toujours l'occasion de mettre des mots. Les échanges se font essentiellement afin d'améliorer une pratique, construire un plaidoyer ou réguler un acteur. Chercher à connaître leurs points de vue, perçu et vécu de ce public valorise une autre parole et leur « je ». Cela est d'autant plus précieux que les personnes font, quasiment toutes, part d'une mauvaise estime de soi ou expriment un besoin d'être utile. Leur concours à une recherche permet une reconnaissance mutuelle. Car en tant que chercheuse, j'ai plaisir à rencontrer un « Je », comme dit Martin Buber¹⁵⁷, qui nourrit ce travail.

Le climat des entretiens est en général détendu, voire chaleureux. La prise de parole est possible, même sur des sujets tabous. C'est pourquoi, je me suis sûrement laissée transporter par le discours des personnes entretenues. Cependant la grille d'entretien élaborée n'a pas autorisé trop de dérives ou d'entorses. J'ai donc ressenti le plaisir de l'anthropologue, évoqué

¹⁵⁶ Cf annexe 26

¹⁵⁷ Martin Buber, *Je et Tu* (1935), trad., Aubier-Montaigne, 1992

par E. Marty,¹⁵⁸ de se laisser happer par un terrain. De plus, les gens ont joué le jeu de parler à la chercheuse plutôt qu'à l'actrice, avec toute leur confiance.

Par ailleurs, l'entretien parce qu'il permet un « tête à tête », est l'occasion de verbaliser des retours sur mon action d'intervenante. Même si ce n'est pas l'objet de l'entretien je reconnais que cela a adjoint du plaisir. Un regard positif sur mon rôle d'actrice, par des personnes estimées est toujours agréable, rassurant et revitalisant. Indépendamment de leur aspect personnel, j'ai apprécié ces points de vue sur l'action. Qu'ils soient positifs ou négatifs, c'est eux qui permettent des remises en question, de ré-imaginer des modalités et des stratégies d'action.

Cependant, retranscrire les retours me concernant, m'a mis mal à l'aise. C'était pour moi de l'ordre de l'intime ou des cadeaux qui ne s'évaluent pas. Pourquoi ai-je eu ce point de vue ?

D'une part, parce que j'ai intégré dans ma culture d'intervenante que l'important était de construire un « nous », une pratique collective plutôt qu'un « je » indispensable et idéal. Bref, permettre à tous d'être des acteurs, plutôt que d'aduler une personne qui fait pour les autres.

D'autre part, dans ma culture familiale les compliments sont très rares. Ça fait trop « fanfaron » ! Mes parents n'étaient pas du style à vanter nos qualités auprès de qui que ce soit. Mon entourage personnel et professionnel me reproche souvent de la perpétrer. Je suis effectivement naturellement plus encline à faire des critiques, voir ce qui reste à améliorer plutôt que les aspects positifs. Je les relève mais les évoquent moins facilement. J'essaie de me soigner. Car je suis aussi consciente que recevoir des compliments peut donner des ailes alors qu'à l'inverse les reproches les coupent.

A ce propos, je réalise qu'à Aides les personnes ou leurs activités sont souvent perçues très positivement ou inversement. En quinze ans d'investissement, j'ai eu droit aux deux représentations, selon le moment ou le contexte. Les perceptions nuancées ont peu lieu d'être. C'est pourquoi, des temps pour mettre à plat ce que chacun pense des compétences et des limites de l'autre, ou de soi-même, peuvent être nécessaires dans le travail d'équipe.

Enfin, j'ai du mal à échanger des banalités avec les personnes mais rencontrer un « Je », comme dit M. Buber,¹⁵⁹ me passionne. Ces entretiens apportent une matière très riche et diverse. Ça a donc été un plaisir d'être à nouveau à l'écoute des personnes, lors de la retranscription, dont les modalités vont être détaillées ci-après.

6.5 La retranscription des entretiens.

¹⁵⁸ Anthropologue

¹⁵⁹ Martin Buber, *Je et Tu* (1935), trad., Aubier-Montaigne, 1992

Les entretiens sont retranscrits petit à petit, entre fin octobre 2012 et fin février 2013. Ils sont annotés de commentaires sur la forme et le fond : « *Ah, j'aurais dû la questionner à ce propos* », « *être plus curieuse* » ou cela me renvoie à tel chose, cela semble contradictoire avec, ce qui me surprend, ce qui me rassure. Leur retranscription permet de pointer quelques premiers constats qui seront l'objet du prochain paragraphe.

6.6. Premiers constats

Les premiers constats, ci-dessous, sont un résumé descriptif de ce qui m'est rapporté dans l'ensemble de ces entretiens du point de vue de la démarche en santé communautaire, de la personne accueillie, du pairs, de l'accueillant, de l'organisation de ce type d'association, et du reste de la société.

6.6.1/ Constats généraux

Les entretiens durent au minimum une demi-heure. Certains s'étalent sur plus d'une heure. Les rires sont assez présents dans les entretiens et les silences évoquent rarement la gêne. Ils manifestent plutôt, que la personne prend au sérieux les questions et souhaite y répondre au mieux. J'observe que deux personnes sur trois acceptent de se livrer uniquement à condition qu'elles ne puissent pas être identifiées : « *merci de bien anonymiser l'entretien* ». Certaines ont souhaité avoir connaissance de la retranscription et de l'analyse.

D'un entretien à l'autre le ton est différent. Les personnes entretenues jouent le jeu chacune à leur manière et la sincérité est a priori de mise. Certaines laissent aller leur verve et posent des choses, auxquelles elles n'ont pas forcément réfléchi avant ou sur lesquelles elles n'ont pas mis de mots. D'autres ont du mal à répondre certaines questions. Et cela s'exprime. Elles abordent leur vécu de manière assez approfondie sans tabou (injection chez les parents, vécu de la manche, isolement), leur ressenti des actions de santé communautaire auxquelles elles participent (comme intervenant ou accueilli), leur place, le regard porté sur elles.

Leurs propos font écho à ma propre expérience. Leurs témoignages m'ont parfois remuée notamment lorsqu'ils évoquent les dysfonctionnements d'accueil, leur désabusement et leur discrimination. Malheureusement, je récolte régulièrement ce type de plaintes, en tant qu'actrice. D'autres m'ont au contraire rassurée et confortée dans ma pratique d'actrice en santé communautaire et dans le ressenti de mon vécu. Toutes ces paroles et ces points de vue ne sont malheureusement pas assez extériorisés en dehors de ces espaces.

6.6.2/ Sur la démarche en santé communautaire

Les expériences relatées sont assez diverses. Par contre, toutes parlent de manière respectueuse et avec intérêt de leur rencontre avec la santé communautaire. Ils décrivent cette méthode comme assez « unique ». Ils relèvent que peu de lieux proposent ce type d'accueil. Les actions qui en découlent sont présentées comme originales (l'accueil ne fait pas accueil institutionnel, la présence de consommateurs de drogues comme accueillants, échanges d'expériences et du vécu entre les personnes nourrit le débat, l'intervenant apprend etc.) voire innovantes (accompagnement à l'injection, prélèvement sanguin coopératif etc.).

Cette démarche semble peu connue en dehors des murs des structures qui la portent. Les personnes ont découvert ces espaces souvent par le bouche à oreille, parce que des intervenants se sont présentés à eux, ou parce qu'ils étaient présents dans une manifestation. Une seule personne a été orientée par un professionnel (issu d'un centre de santé communautaire).

Chacun a une manière personnelle de définir, voire d'illustrer, la démarche de santé communautaire. Ils se la sont appropriée, et pour partie, imprégnée. Leur inscription dans cette démarche part d'une histoire personnelle et d'un besoin particulier qui a l'occasion de s'exprimer lors d'une rencontre, une « *accroche* ». Ils sont nombreux à s'inscrire par la suite dans cette dynamique où ils ont été invités à s'impliquer. Ils apprécient d'apporter « *leur pierre à l'édifice* ». Cette expression revient dans de nombreux entretiens.

La venue et l'implication dans ces espaces de santé communautaire entraînent des changements plutôt positifs dans leur vie. Les plus fréquents sont un bénéfice pour leur santé, une attention et une envie de prendre soin de soi, une activité ou un travail, une reconnaissance sociale, un bien être psychologique. La plupart évoquent une reprise de confiance en soi. A ce propos, nombreux font état au préalable d'un manque d'estime de soi. Beaucoup font allusion à la peur du jugement, de la stigmatisation et de discrimination.

L'articulation entre le « je », le « nous », le « on » et le reste de la société est permanente. Le « je » étant le plus souvent la personne, le « nous » le collectif auquel elle appartient, le « on » la communauté d'appartenance.

6.6.3/ Des accueillis

Le premier contact répond la plupart du temps, à un souhait d'accès au matériel de réduction des risques (d'injection par exemple) ou à une raison pratique. Beaucoup relèvent l'aspect convivial, souple et chaleureux de l'accueil proposé. Ce n'est qu'après, qu'ils ont réalisés les autres fonctions de ces actions (se libérer d'une parole, être valorisé, pouvoir participer, défense des droits, entraide etc.).

Ils appréhendent les accueils comme des lieux de connaissance mutuelle, où ils peuvent échanger et parler de tout y compris de choses de l'ordre de l'intime ou du tabou. Le cadre et l'éthique d'accueil (dans le non-jugement, le non-questionnement et la non-morale etc.) participent à leur sentiment de liberté dans ces espaces. Tous ont l'impression d'être écoutés, entendus et compris.

Beaucoup de femmes consommatrices témoignent des bienfaits de cette approche car cela leur a permis de sortir de leur isolement et d'oser plus se dire par la suite. Par contre, certaines avouent ne plus pouvoir s'investir, notamment lorsqu'elles sont mères.

Quelques-uns soulèvent des difficultés d'entente entre les différentes personnes accueillies. Les SDF, la « zone » semble être le public qui fait le plus peur et entraîne le plus de rejet. A ce propos j'ai noté que les quelques personnes entretenues qui cumulent les deux stigmates (SDF et consommateurs de drogues) le précisent. Des femmes partagent ce mode d'identification. A ce titre, quelques-unes préfèrent être reçues dans un cadre non mixte.

Certains apprécient de ne pouvoir discerner les accueillis, des accueillants, et de retrouver comme intervenant des gens « *comme soi* ». Le point de vue de ces pairs intervenants va être abordé dans le prochain paragraphe.

6.6.4/ Des pairs intervenants

Les intervenants, surtout ceux et celles qui ont été concernés par la consommation de drogues, apprécient d'être reconnus pour leurs expériences peu valorisées par ailleurs. Ceux sont les autres qui leur ont fait comprendre que leur vécu peut leur conférer des compétences. De ce fait, ils avouent ne pas souhaiter décevoir ceux qui leur ont fait confiance, et cela peut générer une certaine pression. L'esprit solidaire, l'entraide à l'intérieur ou l'extérieur des associations sont valorisés et appréciés. Les rapports affectifs au sein des associations communautaires semblent assez présents. Ils sont peut-être renforcés lorsque la personne intervient auprès de ses pairs. Ils sont parfois présentés comme « *contre-productif* » (« *Cette espèce de jalousie, de concurrence, de truc à la con* » par exemple), mais aussi positif (*la bienveillance* par exemple).

Aucun ne présente cette proximité comme une condition nécessaire à leur intervention. Cela peut leur conférer une facilité de contact et de lien avec les accueillis. Mais être concerné par une problématique peut être aussi freinant et peut susciter des jalousies.

Certains stipulent que la présence de femmes et plus largement d'une mixité des intervenants est nécessaire.

Devenir des professionnels de la santé communautaire peut les amener à prendre du recul sur leurs pratiques et se distancer de leurs pairs dans leur relation privée. Certaines personnes qui passent d'accueilli à accueillant se voient comme des relais de l'action, dont ils eux-mêmes

bénéficier. D'autres ont l'impression de « *passer de l'autre côté du miroir* ». A fortiori, les intervenants devenus responsables d'équipe ont l'impression d'être de moins en moins proches de leurs pairs accueillis. L'une d'entre elle, récemment diplômée en tant qu'assistante de service social, même si elle est issue du terrain, a parfois l'impression d'être prise entre deux bords, entre les deux « *stigmates* ».

6.6.5/ Des accueillants

S'impliquer, en tant qu'acteur de santé communautaire, répond la plupart du temps à un besoin de participer, de reconnaissance, d'être utile et d'aider les autres. Certains relatent une certaine routine, fatigue, une lassitude voire un désabusement (ils n'y croient plus ou difficilement). Cela serait dû à un manque de reconnaissance extérieure, d'avancées dans le changement social et au dysfonctionnement d'équipe et de structure.

Cependant, la plupart éprouvent du plaisir en tant qu'acteur de santé communautaire. Ils apprécient de pouvoir se laisser porter. Ils sont motivés et rassurés par leur implication dans cette démarche. Ils s'identifient à un « *maillon de la chaîne* », et relatent « *prendre une place dans un grand tout* ». Certains expriment que cette expérience leur a permis de « *reprendre leur vie en main* », cela leur a donné l'impression d'être eux-mêmes et voire d'être quelqu'un. S'impliquer est positif : « *c'est chouette de relayer l'action* ». Beaucoup éprouvent du plaisir à aider les autres. Les mots sont forts : ils se régaler, trouve ça « *magique* ».

Leur objectif n'est pas de prendre du pouvoir à l'autre mais de lui en donner afin de faire en sorte que « *la personne se sente capable de...* ». Ils se voient comme vecteurs de la participation de leurs pairs.

Pour eux leur statut suppose de nombreuses qualités : « *d'être là* », d'observer, d'aller vers, d'être souple, de s'adapter, d'intervenir à la demande, d'être à l'écoute, de ne pas faire de généralités, d'être impliqué et d'être capable de prendre du recul.

Vis-à-vis de la posture des intervenants, beaucoup parlent de la nécessité de faire des erreurs pour apprendre, de se remettre en question. Elle suppose du temps, de pouvoir se poser individuellement et collectivement. Elle implique un soutien de la part de leur structure, une certaine cohérence d'équipe et un accompagnement qui n'est pas toujours de mise.

Certains salariés perçoivent leur statut comme plus contraignant que celui de volontaire. Par exemple, la liberté de parole pourrait être limitée par des rapports hiérarchiques.

Etre intervenant demande du temps, des espaces, de la confiance et de l'énergie. Cela sous-tend aussi une certaine organisation. Les intervenants demandent à être accompagnés et soutenus même s'ils connaissent le terrain, comme l'expose le prochain paragraphe.

6.6.6/ Du point de vue de l'organisation des associations de santé communautaire et des conditions extérieures

L'organisation des associations est souvent présentée comme améliorable. Elle demanderait par exemple, un dispositif pour les intervenants se questionnent, envisagé par certains comme un support nécessaire à une action avec laquelle il cultive un lien personnel.

D'autres disent que le fonctionnement de ces associations n'est pas toujours assez clair, où les nouveaux militants ne repèrent pas toujours qui fait quoi.

Enfin, plusieurs soulèvent la contrainte de la pression aux résultats et à l'évaluation permanente. Elle est générée et renforcée par le manque de reconnaissance y compris financière des associations qui ont ce type de projets.

Les associations qui ont cette démarche sont parfois présentées « grillées ». Le public accueilli fait « peur ». Cela peut conduire à des situations de non soin, voire à de la « *non-assistance à personne en danger* ».

Nombreux font part de leurs discriminations et de la clandestinité que cela génère. A ce propos, l'aspect illicite de la consommation de drogues ou de la prostitution est dénoncé pour ses conséquences dans la vie des personnes.

Certains intériorisent les représentations et les préjugés qu'ils subissent. D'autres reportent le poids du regard social sur les plus vulnérables, même dans des milieux « *dits ouverts d'esprit* ». Et dans les espaces communautaires, plutôt que de jeter la pierre, les personnes entretenues ont choisi, ou ont été amenés, à poser la leur à l'édifice de l'entraide et la transformation sociale.

Beaucoup relèvent que tout le monde peut être porteur de changement social. Certains voient le militantisme comme quelque chose qu'ils avaient en eux et que les associations leur ont donné l'occasion d'exprimer.

Cependant les acteurs se sentent globalement peu écoutés des politiques, et cela ralentit le processus de transformation sociale, voire l'empêche : « *J'ai plus confiance au politique. Je ne sais pas si on peut dire ça comme ça mais je suis un peu blazé... Je ne me fais pas trop d'illusions, quoi ! Je vois qu'il y a des avancées mais je trouve que c'est trop long (soupir)* ». Les avancées sont donc longues et laborieuses, alors que les besoins des publics sont imminents et qu'il semble dur de fédérer dans le temps.

Et pourtant cette mobilisation est définie comme nécessaire : « *on a besoin des personnes accueillies pour faire bouger les choses. C'est pour ça qu'on leur propose d'être acteurs et de participer* ». D'autres stipulent : « *je pense qu'on ne peut pas y'arrivé tout seul et il faut qu'on fasse bloc* » et « *Ce n'est pas les politiques qui font que le peuple a des droits, c'est la lutte. Et c'est parce que les gens luttent ensemble que ça marche* ».

Se remettre en contact avec la société pour la faire bouger semble être une évidence pour plusieurs. Certains pensent qu'une alliance entre formel et informel pourrait permettre des

changements plus rapides : « *C'est la différence entre l'institutionnel et l'informel et il va falloir que les deux, ils s'allient pour le bien des usagers* ». D'autres sont plutôt critiques vis-à-vis des institutions ou certaines associations perçues comme « *prestataires de services ou les petits frères des pauvres* », ou encore « *ils se servent du terrain* ». Ils soulèvent qu'elles ont du mal à faire de la place aux personnes qu'elles accueillent et à les prendre en compte. Mais ils persévèrent : « *On est là pour faire avancer les choses* ».

Pour conclure, les outils, les connaissances, le savoir-faire, les pratiques, le travail avec les partenaires s'adaptent aux besoins. L'aspect pratico-pratique de la réduction des risques occupe une place importante dans le descriptif des actions de santé communautaire. La diversité des espaces d'accueil aussi (collectif, individuel, accueil de plusieurs publics, bus, action en milieu festif et travail de rue. L'adaptation, le faire avec, la souplesse semble donc être une qualité importante pour animer cette démarche. Cela demande de l'énergie. En ce sens, la routine est présentée comme une toxine pour l'animation de ces accueils : « *On oublie pourquoi on est là* ». Un des risques soulevé par un entretien est qu'un intervenant s'approprie le projet et devienne la personne indispensable pour le réaliser et « *fasse couler le bébé* » quand il devient difficile à supporter pour elle. Il est donc préférable que ce projet soit porté par plusieurs qui se répartissent les responsabilités et les pouvoirs de décision : « *une énergie de groupe qui fait que c'est naturel et ça se développe*. »

Ces constats répertoriés, issus de la retranscription et d'une première lecture de la globalité des entretiens, permettent d'affiner la problématique et l'hypothèse de cette recherche, formulées dans le prochain chapitre.

Chapitre 7 : problématique et hypothèse

Après avoir retranscrit les 17 entretiens, interroger les conditions dans lesquelles les consommateurs de drogues peuvent être acteurs de leur vie et de transformation sociale alors que j'ai récolté les paroles et témoignages de personnes qui le sont, me semble un peu désuet. Pour avancer dans cette recherche malgré mes doutes et mes tiraillements, je reviens à la méthode, la problématique. L'hypothèse est formulée en lien avec les « *théories de réflexion* » et les « *documentations grises* » explorées dans le cadre de cette recherche¹⁶⁰.

7.1 Problématique

L'usage de stupéfiants est prohibé par la loi de 1970. Ce texte présente les consommateurs de drogues soit comme des malades, soit comme des délinquants. H. S. Becker¹⁶¹ souligne que toute personne connue pour avoir commis une transgression à la loi ou à une norme sociale va être étiquetée comme « *déviant* ».

La possession d'une « *caractéristique déviante déterminée* », renvoie à la notion de « *stigmat* »¹⁶² d'E. Goffman, qui peut en laisser présumer d'autres, associées. Par exemple, une femme consommatrice de drogue peut être perçue comme une prostituée potentielle, ou une lesbienne ou une femme victime de violences etc. Cet étiquetage n'est pas sans conséquence pour l'individu concerné vis-à-vis de son image de soi et de sa future vie sociale.

E. Goffman pointe qu'une personne porteuse d'un stigmat n'est plus tout à fait humaine, perd des droits, a honte de ses propres attributs, a peur du regard des autres et angoisse car elle ignore ce que les autres pensent réellement d'elle.

Ce chercheur précise que ces sentiments amènent l'individu affligé d'un stigmat à éviter les situations sociales mixtes. Certains, au lieu de se faire tout petit, tentent d'aborder ces contacts en affichant un air de bravade agressive, au risque de représailles ou d'ennuis. En effet, certains, apparemment insensibles au regard d'autrui affichent leur toxicomanie et les

¹⁶⁰ Selon *Manuel de recherche en sciences sociales*, Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy, Dunod, 4ème édition, Paris, 1995-2011 : *La documentation grise* permet de connaître notre dossier et donnent des informations utiles et les *lectures de réflexion* stimulent la pensée.

¹⁶¹ *Outsiders*, Ibid.

¹⁶² Stigmat. Ibid : « avoir un attribut qui jette un discrédit profond ».

stigmates qui s'y apparentent. Cela peut être perçu comme une désobéissance, comme une agression. Cette attitude peut aussi s'expliquer comme une réaction de défense puisque la norme sociale ne donne aucune place aux consommateurs de drogues. Et quand on a du mal à trouver une place soit on en prend beaucoup, on encombre, soit on se replie dans un coin où personne ne peut nous voir.

Pour éviter qu'elle ne devienne une source de discrimination, d'autres s'appliquent donc, à cacher leur consommation de drogues. Ils préfèrent la vivre de manière clandestine pour éviter de tomber sous le coup de la loi ou des jugements d'autrui. Comme le démontre l'étude de L. Rivasseau, les femmes seraient plus enclines à adopter cette stratégie.

Ces personnes, tout autant consommatrices de drogues, ne revêtent pas les attributs apparentés socialement à la toxicomanie, même si certains peuvent être intériorisés.

Dans tous les cas, la prohibition serait vecteur de nombreux malentendus, tabous, non-dits, d'un manque de reconnaissance-sociale, d'estime de soi, et d'un isolement. Ce cadre pourrait générer ou réactiver un sentiment de honte, de culpabilité aux consommateurs de drogues.

Aides, en tant qu'association de santé communautaire, comme d'autres associations d'auto-support ou impliquées dans des actions de réduction des risques, a mis en place une approche qui vise à valoriser les consommateurs de drogues en tant qu'acteurs de leur vie et à les mobiliser en tant qu'acteurs de changements sociaux.

J'ai effectué 16 entretiens de personnes consommatrices de drogues ou ayant d'autres conduites hors normes. Elles sont toutes accueillies et/ou intervenantes dans des associations promouvant cette démarche. Je souhaitais alors, mieux connaître les conditions qui leur permettaient d'être acteur(trice) de leur vie et/ou de transformation sociale. En ce sens, je les interroge sur comment s'est produit la rencontre avec l'association et les changements que cela a produit dans leur vie, comment s'est déroulé leur premier accueil et quelle place ils occupent aujourd'hui dans l'association, et leur demande de me décrire leur dernière action et leur définition de la santé communautaire.

A la lecture des entretiens, je me rends compte que la manière dont je les ai conduits ne permet pas d'avoir réellement des données pour creuser quelles conditions permettent de devenir acteur de sa vie et/ou de transformation sociale. Les matériaux récoltés apportent surtout un feedback, des points de vue, une évaluation de l'accueil, des actions menées et de la structuration de ces associations. Par contre, cette exploration m'a permis de récolter la parole et le point de vue de personnes stigmatisées, dans un contexte où elles pouvaient s'exprimer en tant qu'acteurs de leur vie et de transformation sociale, puisque c'est ainsi que je les perçois et c'est le cadre que je leur propose.

J'envisage donc d'explorer en partie ce qu'elles disent des conditions qui favorisent leur rôle d'actrice de leur vie et de transformation sociale et les retours qu'elles peuvent faire sur leur conditions d'accueil, d'accompagnement et de leur investissement au sein des associations ayant une démarche de santé communautaire. Mais je souhaite aussi aller au-delà, analyser ce qui est dit en creux, autour des thématiques retenues dans les apports théoriques :

- stigmatisation/discrimination/intériorisation des normes en vigueur, en m'appuyant sur les apports théoriques d'E. Goffman¹⁶³ et H.S. Becker¹⁶⁴
- l'estime de soi /reconnaissance sociale/valorisation avec les apports d'Axel Honneth¹⁶⁵ et des non-dits, de la honte, de Vincent de Gauléjac¹⁶⁶.
- l'affirmation d'un « je » en m'appuyant sur les apports de J. Butler¹⁶⁷. Selon elle, il est nécessaire de dire sa réalité, du point de vue du «je», et de « jouer » des représentations afin de rendre obsolètes les normes et participer à la transformation sociale. Elle explore aussi les difficultés qui se posent aux individus qui sont en prise à des normes qui ne reflètent pas leur réalité : le « je » se trouve simultanément constitué par des normes et assujetti à ces normes. Mais il s'efforce également de vivre maintenant une relation critique et transformatrice avec elles. Ce qui n'est pas un « jeu » aisé, car ce « je » devient jusqu'à un certain point « indéchiffrable ». Il est menacé de non-viabilité et de déconstruction totale s'il n'incorpore plus ces normes, de manière à rendre ce « je » pleinement reconnaissable. Il faut une certaine rupture avec l'humain pour initier le processus de re-création de l'humain. Mais il est également possible que les termes qui permettent cette reconnaissance rendent une vie invivable. Et *« C'est de ce point de jonction que la critique émerge, c'est là qu'elle devient une mise en question des termes qui contraignent la vie pour élargir la possibilité de modes de vie différents. Et ceci, non pour célébrer la différence en tant que telle, mais pour établir des conditions plus diversifiées et favorables à la protection et au maintien de la vie tout en résistant aux modèles d'assimilation. »*
- des questions d'adaptation, d'assimilation et d'accommodation, issus des apports théoriques de J. Piaget et G. Lerbet¹⁶⁸ voire de J. Butler. Le terme « d'adaptation » est

¹⁶³ *Stigmaté*, Ibid

¹⁶⁴ *Outsiders*, Ibid

¹⁶⁵ Honneth Axel, *La société du mépris, Vers une nouvelle théorie critique*, Edition La Découverte, Collection Armillaire, Paris, 2006.

¹⁶⁶ Les sources de la Honte, Ibid,

¹⁶⁷ Butler Judith, *Faire et défaire le genre*, mise en ligne sur le site Multitudes, lundi 4 octobre 2004

¹⁶⁸ Lerbet Georges, *Système personne et pédagogie*, Ibid.

un des concepts clés de J. Piaget, dans sa théorie du développement de l'enfant, il participe à la prise d'autonomie. Selon lui l'adaptation sous-tend deux processus :

- L'« Assimilation » : Selon J. Piaget, c'est l'incorporation des expériences nouvelles dans des structures existantes. C'est l'intégration de ce qui est extérieur aux structures et propres du sujet. Selon G. Lerbet, les institutions sont des « système vivants » qui cherchent eux aussi à devenir plus fermes et à accroître.

Ce terme renvoie au phénomène décrit par Butler entre individu et normes. Et certains actes (élaboration d'écrits, de lois), qui relèvent de la transformation sociale, peuvent parfois être « assimilés » par le système social.

- L'« Accommodation » : Selon, J. Piaget, « *la modification des schèmes (structures) existants, provoquée par les expériences nouvelles* ». G. Lerbet, s'appuie sur un paragraphe de la théorie d'adaptation de Piaget : « *L'assimilation de l'objet par le sujet et sa réciproque : l'accommodation. Lorsqu'elles s'équilibrent il y a adaptation, étape provisoire, palier vers un nouveau progrès, plus abstrait, plus souple, plus englobant* » pour illustrer comment une solidarité peut naître dans une communauté dans la mesure où l'autre n'est ni vécu comme un danger ou ni comme un objet.

Les nouvelles pistes de formulation de questions recherche en lien avec cette problématique sont :

- Consommateurs(trices) de drogues, acteurs de nos vies et acteurs de changements sociaux potentiels, comment reprendre la parole pour être perçus en tant que tel?
- Comment, face au système de contraintes (loi de 70, regard de l'autre), certain(e)s consommateurs(trices) de drogues peuvent être perçu(e)s comme acteurs de leur vie et générer des changements sociaux ?
- Comment face au système de contraintes (loi de 70, regard de l'autre) faire corps avec soi-même et se faire une place en tant que consommateur ou consommatrice de drogues ?

A partir des apports théoriques et de mon expérience (personnelle et professionnelle), j'établis une hypothèse de recherche : dans la configuration actuelle, un des leviers pour qu'un consommateur(trice) de drogues soit perçu comme acteur de sa vie et de changement social serait de pouvoir faire corps avec son « je » : pouvoir se dire, être entendu et avoir un espace pour s'exprimer, une place. Un processus d'adaptation aux normes sociales et la prise d'autonomie de l'individu, dit dépendant, pourrait s'opérer selon les termes J. Butler et de J. Piaget, G. Lerbet.

Les questions de confiance, de non-jugement, d'écoute, de place, de cadre d'accueil et la coopération, de démocratie (pouvoir partagé) semblent donc être des conditions nécessaires, pour permettre aux consommateurs (trices) de drogues d'être acteur de leur vie et de

transformation sociale. Et le prochain paragraphe va exposer plusieurs grilles de lecture qui permettront de les confronter aux matériaux collectés.

7.2. Traduction de l'hypothèse en grille de lecture des entretiens

7.2.1/ Première lecture des entretiens

Comme il a été exposé précédemment les outils d'exploration ont été conçus en réponse à la question, dans quelles conditions les consommateurs de drogues sont acteurs de leur vie et/ou de transformation sociale ? La première hypothèse détaillée ci-dessous est : la place donnée aux personnes accueillies dans les associations de santé communautaire ou d'auto-support, favorisait le fait qu'elles puissent être acteurs de leur vie et de transformation sociale. D'après les ressources théoriques de réflexion explorées,¹⁶⁹ si cette hypothèse est valide je retrouverais les aspects spécifiés dans le tableau ci-dessous dans l'exploration du terrain :

¹⁶⁹ *Système personne et pédagogie*, Georges Lerbet, 1993, Paris, ESF Editeur, collection Pédagogies et *Le culte de la performance*, Albert Ehrunberg, Paris, Octobre 2009, Edition Hachette Littératures, Collection Pluriel) et de référence (*AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA*, Olivier Maguet et Christine Caldéron, cop 2007, Internet, *Les petits groupes – Participation et communication* Yves St Arnaud, Québec, 2002, Edition Gaëtan Morin, et *J'ai des choses à vous dire – Une prostituée témoigne*, Claire Carthonnet, Edition Robert Laffont.

La place donnée favorise une position d'acteur de sa vie et de transformation sociale		
Cadre d'accueil (Y. Saint Arnaud et G. Lerbet)	Du point de vue de l'aménagement des lieux (cf observation élaborée dans la phase exploratoire de collecte des sources)	Confort
		Accessibilité
		Organisation des espaces (leur diversité, individuel/ collectif, mixité / non mixité)
	Du point de vue de la liberté de dire, de parole	Cadre Ethique (anonymat, confidentialité, non jugement)
		Prise de la parole, répartition
		Pas de position de défensive
	Disponibilité /adaptation / souplesse de l'intervenant (G. Lerbet/ K. Rogers et C. Calderon/O. Maguet)	Temps et énergie accordée
		Ecoute (active, position plus de récepteur que d'émetteur)
		Empathie
		Degré d'ouverture, pas de peur, de moral
		Accueil sans condition
		Favoriser la liberté de gestion, l'empowerment, l'auto-...
	L'entraide et valorisation de l'expérience des personnes accueillies (selon Y. Saint Arnaud)	Besoin de considération,
		Besoin de compétence
		Besoin de cohérence
		Gérer les échanges
		Favoriser la solidarité
		Favoriser la production (action)

L'organisation de l'association <i>(documentation grise présentant le terrain, G. Lerbet)</i>	Possibilité d'investissements des actions	
	Les rôles et fonctions de chacun, articulation, leur clarté, leur cohérence etc.	
	L'accompagnement, l'encadrement propose	
	Système ferme (<i>G. Lerbet</i>)	
Vis-à-vis de la société (<i>O.Maguet/C. Calderon et C. Carthonnet/ J.Butler</i>)	Militantisme pour faire avancer les droits des personnes (<i>C. Carthonnet et C.Calderon/ O.Maguet</i>)	Faire communauté / 1 pour tous /se battre ensemble
		Connaissance des codes et le pouvoir de les transformer
		Changement de perception des consommateurs et consommatrices de drogues
	Prise de parole (<i>C. Carthonnet</i>)	Les consommateurs de drogues la prennent
		Et sont entendus
	« Je » qui met en jeu les normes (<i>C. Carthonnet/J. Butler</i>)	Oser parler de son vécu, s'affirmer, parler à découvert sans que ça coûte
		La personne baigne dans son environnement, ouverture échange
		On peut vivre sa différence et s'intégrer à la société
		Ses faiblesses peuvent devenir une force

Les aspects répertoriés dans la troisième colonne serviront de grille de lecture pour chaque entretien décortiqué. Et cette hypothèse est aussi formulable plus simplement : La manière d'être accueilli (cadre éthique, adaptation du cadre d'accueil), la place laissée aux consommateurs de drogues, la reconnaissance qu'ils peuvent acquérir dans les associations de santé communautaire sont des conditions qui leur permettent d'être acteur de leur vie et de transformation sociale.

J'imagine cependant une limite à cette hypothèse de recherche : la marge de manœuvre de la démarche des associations santé communautaire et d'auto-support reste limitée si ce qui est possible à l'intérieur ne l'est pas à l'extérieur. Cela renvoie à une autre question : comment cette parole (de consommateurs de drogues acteurs de leur vie et de transformation sociale) peut être entendue en dehors de certains cercles (de la santé communautaire, du cercle des pairs) ? Notons à ce propos que l'articulation public/privé est au cœur de ce travail.

Ainsi sont formulées d'autres pistes d'hypothèses, ci-dessous, qui seront explorées en parallèle de la première, en fonction de la matière recueillie.

7.2.2/ Autres pistes d'hypothèses :

Même si les associations de santé communautaire ou d'auto-support tentent de valoriser les consommateurs de drogues en tant qu'acteurs de leur vie et/ou de transformation sociale, le système de contraintes (prohibition et regard porté sur la consommation) les maintient dans leur stigmatisation, à la place de déviant.

Ces aspects pourraient être creusés grâce aux théories de réflexion d'E. Goffman¹⁷⁰ et de H S. Becker¹⁷¹.

Dans la continuité de cette seconde hypothèse : Même si les associations de santé communautaire ou d'auto-support tentent de valoriser les consommateurs et consommatrices en tant qu'acteur de leur vie et de transformation sociale, la consommation est toujours rangée au rang de tabou, difficile à dire, de honte, ce qui rend difficile l'affirmation d'un « je » et l'adaptation des normes actuelles à ce propos.

Les théories de réflexion de J. Butler¹⁷² et de V. de Gauléjac,¹⁷³ peuvent me permettre de disséquer les matériaux récoltés à partir de « la honte ».

¹⁷⁰ *Stigmates*, Ibid

¹⁷¹ *Outsiders*, Ibid

¹⁷² Butler Judith, *Faire et défaire le genre*, Ibid

¹⁷³ *Les sources de la honte*, Ibid

La problématique mise en lien avec les références théoriques a suggéré plusieurs hypothèses qui vont permettre l'analyse des matériaux récoltés. Le prochain chapitre restituera les méthodes empruntées et les éléments récoltés pour chacune.

Chapitre 8 : Méthode et cheminement dans l'analyse

A partir de la problématique et des hypothèses formulées ci-dessus les entretiens vont être analysés, en plusieurs étapes exposées ci-dessous.

8.1 Analyse de chaque entretien.

8.1.1/ Méthode

Chaque idée énoncée, par une personne entretenue, est titrée puis associée à une couleur déterminée en fonction des items de la grille de lecture exposée précédemment. De plus, d'autres critères de type socio-anthropologiques sont observés :

- le ton, le nombre de silence et de rire (ou sourire) ;
- l'articulation de certains mots : « je », « nous », « on » ;
- la redondance de vocabulaire ou d'idées ;
- ce qui revient dans plusieurs entretiens ou qui est spécifique ;
- un titre est donné à chaque idée abordée, colorée fonction du thème (bleu pour ce qui concerne l'accueil de la personne, jaune pour l'organisation, vert vis-à-vis de la relation au reste de la société, rouge pour l'intime, et fuchsia pour ce qui concerne les femmes consommatrices).

Ensuite, un tableau récapitulatif¹⁷⁴ et une trame de chaque entretien sont élaborés. Ce travail d'exploration ne permet pas de valider immédiatement l'hypothèse énoncée car la matière est trop dense et disparate. Par contre, il donne des indications d'analyse, développées ci-après.

8.1.2/ Éléments d'observations récoltés par l'analyse individuelle des entretiens.

Tout d'abord, chaque entretien est singulier dans son ton et dans son exposé de la démarche en santé communautaire. Leurs définition ou illustrations donnent l'impression que c'est finalement une recette que chacun fait et expose à sa sauce. Certains ingrédients sont similaires. Ils sont en concordance avec les définitions officielles. Mais chacun les assimile et les réadapte en fonction de sa perception, de sa pratique et de son « je ».

¹⁷⁴ Cf annexe 27

Chacune des personnes entretenues a donc, une façon unique de vivre et de donner sens à la démarche de santé communautaire. Elles sont actrices de cette méthode, à qui elles donnent corps. Ainsi cette démarche ne contraint pas à l'uniformité et autorise cette singularité. Elle permet une adaptation à un « je », qui évolue en tant que sujet à l'intérieur de ces espaces, où il peut faire appel au « nous » et au « on » pour être rassuré.

Les espaces collectifs sont perçus par tous et toute comme moteur de cette démarche. Certains responsables d'action soulèvent la difficulté de trouver un consensus dans sa mise en œuvre. En effet, le fait que chacun ait sa propre définition peut entraîner des divergences dans la manière de l'entreprendre. Certains relèvent que le temps fait défaut pour travailler une cohérence d'équipe. Plus largement ils font part d'un manque d'accompagnement des acteurs.

Par ailleurs, les propos des entretiens diffèrent en fonction d'un « dedans » (à l'intérieur du cadre associatif) et d'un « dehors » (la société).

Il semble que les lieux de santé communautaire créent un cadre rassurant pour s'afficher et oser dire. A partir de là, individuellement ou dans le cadre de la relation d'aide à l'autre, l'« empowerment » fonctionne, le « je » peut se poser et s'affirmer. Il n'est plus enfermé par une norme qui le stigmatise. Il n'est plus obligé de se taire ou s'entêter contre cette norme. A l'intérieur des murs de ces associations, en tant qu'intervenant ou accueilli, il peut s'affranchir d'une représentation défavorable. Ce qui est considérée comme une conduite déviante à l'extérieur est valorisée à l'intérieur, souvent au plus grand étonnement de la personne. Ainsi, l'intérieur va constituer un espace de parole où la personne va pouvoir s'exprimer en tant que sujet. La proximité entre accueilli/accueillant et accueilli/accueilli va générer des échanges, de l'entraide et renforcer la solidarité. L'espace et le cadre de l'accueil est décrit comme confortable, chaleureux, convivial et agréable.

Dans ce lieu, il est possible pour la personne accueillie de trouver une place, d'être reconnue. Cela permet aux personnes de s'extraire d'un certain isolement et de se découvrir des capacités. Qualités qu'elles vont ensuite mettre au service de l'autre.

La manière d'envisager l'aide ou la démarche de la santé communautaire semble être en lien avec ce que la personne a reçu en fréquentant les associations de ce type. La personne participe à une chaîne, elle donne ce qu'elle a reçu, et de ce fait, règle une dette sociale. Ce sera une nouvelle expérience valorisante impliquant une plus grande estime de soi. Ainsi peut se mettre en marche une dynamique positive. Mais si cette dynamique positive peut être un tremplin individuel, elle reste confinée à l'intérieur d'un cercle, de personnes de la communauté et des proches.

Au dehors, la transformation sociale générée par ces espaces est très timide voir nulle. En effet, le changement social s'inscrit dans une temporalité plus longue qui peut décourager et générer de la lassitude, de la perte d'espoir etc. Si à l'intérieur il est possible de faire fi des normes en vigueur, l'extérieur reste vécu le plus souvent comme hostile car le stigmate, les

représentations négatives, les discriminations, les mises à l'écart y persistent. Le stigmatisme a été mis à distance par les associations mais non réduit. De plus, elles sont parfois porteuses de ce même stigmatisme (les pompiers ne viennent pas parce que c'est Aides donc cela concerne un toxico).

Ce manque de reconnaissance renforce le lien communautaire (solidarité, l'auto-soutien, valorisation des capacités de chacun) mais cela met à distance la personne et le reste de la société. Dans ce cadre l'association peut difficilement opérer une articulation, un lien, une médiation qui permettrait de renforcer l'accessibilité ou d'adapter le droit commun.

Enfin les notions, associées au plaisir, à l'envie, et la magie, reviennent régulièrement dans les entretiens.

Au final, l'analyse des entretiens, un à un, fournit une matière trop dense pour permettre de la conjuguer, comme prévu, aux éléments théoriques et de vérifier les hypothèses. Afin de parvenir à explorer les données recueillies, une analyse thématique est entreprise. Sa méthode et ses apports vont être exposés dans le prochain paragraphe

8.2. Analyse thématique des entretiens

Il sera ici question de comparer les propos des entretiens, à partir des thèmes issus de la grille d'entretien, et de les mettre en lien avec les apports théoriques.

8.2.1 / Méthode

Au départ les propos des différents entretiens sont classés en fonction de la grille exploratoire : la rencontre avec l'association, l'accueil, la place occupée, les actions élaborées, les changements apportés et la définition de la santé communautaire.

La thématique du genre est adjointe au vu du nombre d'entretiens qui concerne des femmes (13 sur 17). L'idée est de vérifier si ce paramètre suggère des spécificités.

Après l'exploitation de deux, trois entretiens de petites modifications à cette grille d'analyse thématique seront apportées afin de la rendre plus adéquate aux propos récoltés.

Les thèmes retenus sont :

-Dé
fini
tio
n
d e

l a
san
t é
c o
m
mu
nau
tair
e,
-Re
nco
ntr
e et
con
diti
ons
d' i
nve
stis
s e
m e
nt,
-Str
uct
ure
:
son
cad
re,
son
org
ani
sati
on,
ses
lim
ites
,
-Ra
ppo

rt à
l a
soc
iété
:
d u
stig
mat
e
a u
cha
nge
m e
n t
soc
ial,
-Co
opé
rati
o n
:
ent
r e
pai
rs,
ent
r e
soi
gna
nt/
soi
gné
-Va
lori
sati
o n
e t
rec
onn
aiss

Ce type d'analyse permet de comparer les points de vue des personnes entretenues vis-à-vis des sujets qu'ils ont abordés.

8.2.2/ Apports de l'analyse thématique

Mon expérience personnelle et professionnelle m'avait conduite à établir l'hypothèse que les questions de confiance, de non-jugement, d'écoute, de place, de cadre d'accueil et la coopération, de démocratie (pouvoir partagé) me semblaient être des conditions nécessaires pour permettre aux consommateurs (trices) de drogues d'être acteur de leur vie et de transformation sociale. Ces notions sont évoquées par les personnes entretenues mais elles sont dispatchées dans les différents thèmes.

La question du stigmatisme est omniprésente dans toutes les thématiques. Le regard de la société sur la consommation de drogues semble empreint d'une représentation négative qui peut conduire à un rejet, isolement, ou une difficulté à dire.

Les espaces communautaires sont vécus comme un espace de liberté, en termes de parole notamment, où une entraide et une solidarité peuvent s'établir. Leur limite est que ce qui se passe à l'intérieur de ces espaces influe peu sur l'image sociale de la consommation de drogues. Ainsi, au-dehors, les personnes se disent isolées, avoir honte, pas en confiance, dans le tabou, les non-dits et ont du mal à entrer en contact avec les structures, alors qu'au-dedans elles connaissent solidarité, échange, écoute, dire et une valorisation. Elles restent dans ces espaces parce qu'elles se sentent bien, ont du plaisir et peuvent faire en fonction de leurs envies.

La transformation sociale s'opère donc plus facilement à l'intérieur des espaces communautaires qu'à l'extérieur. Et cela génère de la fatigue et du découragement chez les potentiels acteurs de transformation sociale qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination des consommateurs de drogues.

La place est elle aussi, régulièrement évoquée : celle qu'on a, qu'on prend, qu'on donne et qu'on laisse. Elle semble assez déterminante. Dans les propos des personnes elle est liée à la confiance accordée. Elle est aussi source d'une certaine pression mais aussi de valorisation et de reconnaissance individuelle. Au niveau collectif, avoir une place, avoir le sentiment d'être l'égal de l'autre permet l'entraide et la coopération entre pairs et avec les soignants. Cette distribution du pouvoir entre plusieurs individus est bien souvent qualifiée de « magique », car elle permet à chacun de manifester un « je » au travers d'un « nous ». Elle encourage une redistribution du pouvoir : la personne qui a une place comme accueillie va souhaiter en donner une aux autres. C'est peut-être une façon de régler une dette mais aussi une façon d'échanger et d'apprendre de l'autre.

Ainsi, la rencontre avec l'association génère un certain empowerment qui peut conduire la personne à prendre soin d'elle, à être actrice de sa vie et à prendre une place. Cependant, leur reconnaissance s'arrête bien souvent au mur de l'association : vis-à-vis du regard extérieur certaines personnes ne se sentent pas très professionnelles et victimes de leur stigmates.

Ces nouveaux apports, comme ceux collectés par l'analyse de chaque entretien, sont indicatifs. Ils permettent de mettre en exergue que dans les différents entretiens et les thèmes abordés, la question du stigmaté, ainsi que ses synonymes¹⁷⁵ est omniprésente. Dès le début des entretiens, les personnes qui souhaitent leur anonymat afin de ne pas être identifiées et stigmatisées. Pourtant aucune question de la grille d'entretien n'y fait référence. Sa prévalence induit une exploration de ce concept, en s'appuyant notamment sur l'ouvrage de référence, intitulé *Stigmaté*¹⁷⁶, *les usages sociaux des handicaps*, d'E. Goffman.

8.3 Référence théorique

Dans un premier temps nous présenterons E. Goffman avant de revenir sur sa définition du stigmaté, et celle proposée par d'autres chercheurs qui ont repris ces travaux : J.C. Croizet, J.P. Leyens¹⁷⁷, et V. de Gauléjac.¹⁷⁸

8.3.1/ Présentation d'E. Goffman, auteur de l'ouvrage Stigmaté

E. Goffman (1922-1982) est né et a commencé ses études de sociologie au Canada. A Toronto, il sera l'élève de Birdwhistell. Il part ensuite pour les Etats-Unis. En 1949, pour sa thèse de doctorat en anthropologie sociale, il part vivre dans les îles Shetland où il fait de l'observation. Il s'intéresse alors aux relations entre les individus à travers l'écoute des conversations. On voit déjà son intérêt pour l'interaction. Il a également participé à des études sur les stratifications sociales et les pratiques sociales.

Ce chercheur est rattaché à l'école de Chicago. Il privilégie la même méthodologie, l'observation participante. Il est également inscrit dans le courant interactionniste. La notion d'interaction a une place centrale dans son œuvre. En 1961 avec *Asile*, il introduit la notion d'institution totale. Pendant plusieurs années, il a observé les systèmes de relation au sein

¹⁷⁵ Aprioris, jugements, étiquettes sociales, le poids du regard des autres, idées reçues etc.

¹⁷⁶ *Stigmaté*- Les usages sociaux des handicaps, Goffman Erving, Edition de Minuit, 1975

¹⁷⁷ *Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, Jean Claude Croizet et Jean Philippe Leyens, Paris, 2003, Edition, Armand Colin

¹⁷⁸ Les sources de la honte, Ibid

d'un hôpital psychiatrique. Avec *La mise en scène de la vie quotidienne*, il développe le concept de métaphore théâtrale.

Stigmate - les usages sociaux des handicaps, a été publié pour la première fois aux Etats-Unis en 1963. Il ne sera traduit en français qu'en 1975. Cet ouvrage est une œuvre de référence en sociologie, et aujourd'hui son contenu est toujours une source d'enseignement.

8.3.2/ Définitions théoriques du stigmate

Dans cet ouvrage, E. Goffman¹⁷⁹ explique que « le stigmate » se réfère à « *une situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être accepté pleinement dans la société* ». Il revient sur les origines du terme « *Les grecs inventèrent le terme de « Stigmate » pour désigner des marques corporelles faites au couteau ou au fer rouge destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne signalée.* » Il précise que « *de nos jours le terme s'emploie beaucoup en un sens assez proche du sens littéral originel, mais s'applique plus à la disgrâce, elle-même, qu'à la manifestation corporelle. De plus, il s'est produit des changements dans le type de disgrâces qui éveillent l'attention* ».

L'auteur rappelle que tout membre d'une société est doté d'une identité sociale et que tout individu classe les individus qu'il rencontre dans différentes catégories. Lorsque cette personne est un inconnu, cette classification se fait sur la première impression, en ne connaissant que ce qu'elle laisse voir. Cela explique l'existence de deux identités sociales, l'une réelle et l'autre virtuelle. D'après lui, « *la société établit des procédés servant à répartir en catégorie les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories ... Tout le temps que l'inconnu est en notre présence, des signes peuvent se manifester montrant qu'il possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie de personnes qui lui est ouverte, et aussi moins attrayant, qui à l'extrême, fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais ou dangereux, ou sans caractère. Ainsi diminué à nos yeux, il cesse d'être pour nous une personne accomplie ordinaire, et tombe au rang d'individu vicié ou amputé... Le mot Stigmate servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond* ». Pour lui, il y a stigmate lorsqu'il existe un désaccord entre l'identité sociale réelle d'un individu, ce qu'il est, et l'identité sociale virtuelle d'un individu, ce qu'il devrait être.

La stigmatisation a un impact dans un processus identitaire. Ce phénomène plus développé par un autre sociologue, V. de Gauléjac,¹⁸⁰ qui reprend le concept d'E. Goffman pour analyser la thématique de la honte. Selon cet auteur le terme d'identité signifie à la fois ce qui est

¹⁷⁹ *Stigmates*. Ibid

¹⁸⁰ Vincent de Gauléjac, *Les sources de la honte* - Desclée de Brouwer, Paris,

« idem », identique et ce qui singularise. L'individu a donc besoin d'appartenir à un ensemble où il peut être reconnu comme particulier. La honte apparaît lorsque les processus identitaires sont perturbés. Pour lui la rupture identitaire est la conséquence de situations de pouvoir qui engendre rejet, stigmatisation, et le fait « *d'être vu d'en haut par les autres* ».¹⁸¹ En effet le pouvoir hiérarchise, il confère de la valeur aux choses et aux gens, et à l'inverse, il dévalorise, invalide ou exclut. L'autorité s'appuie sur un groupe pour faire honte à quelqu'un car l'humiliation est toujours un moyen de renforcer son autorité.

Selon d'autres chercheurs, qui succèdent aussi à E. Goffman sur cette question, J.C. Croizet et J.P. Leyens,¹⁸² « *de nombreuses définitions existent. En les réunissant, le stigmaté est associé à des traits et des stéréotypes négatifs qui font en sorte que ces processeurs subiront une perte de statut et seront discriminés au point de faire partie d'un groupe à part ; il y aura « eux », qui ont une mauvaise réputation et « nous » les normaux.* »

Le processus de stigmatisation est donc en lien avec la notion de « normes ». Selon la psychologie sociale, « *Une norme est une règle implicite (non dite) qui nous fait penser, agir sans pour autant qu'elle ait un quelconque critère de vérité.* »¹⁸³

HS. Becker spécifie dans son ouvrage *Outsider*¹⁸⁴ que : « *tout groupe social définit des normes qu'il s'efforce de faire appliquer. Les normes sociales prescrivent dans une situation définie les comportements à adopter (« ce qui est bien ») et ceux interdits (« ce qui est mal »).* L'individu qui transgresse une norme en vigueur est considéré comme « *un étranger au groupe : un Outsider* ». Le transgresseur peut estimer que ses juges sont eux aussi « *des étrangers, à son univers* ». Pour qu'un individu ou un comportement soit considéré comme « *déviant* » il faut que son manquement soit relevé par d'autres. Une personne peut selon si elle obéit ou non à la norme et selon la perception de la collectivité être « *accusée à tort* », « *pleinement déviante* », « *secrètement déviante* » ou au contraire « *conforme* ». Cette faute et son caractère flagrant, le « *stigmaté* » vont modifier le regard sur la personne qui l'a commise, son identité et la façon d'envisager son avenir.

Ainsi, la stigmatisation est un processus relationnel qui lie deux types de personnes: les stigmatisés et les normaux.

¹⁸¹ R.Zigouris, « la honte de soi », in *Espaces*, n°16, automne 1988

¹⁸² *Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, Jean Claude Croizet et Jean Philippe Leyens, Paris, 2003, Edition, Armand Colin

¹⁸³ Définition extraite du site : Psychologie sociale.com, en Janvier 2013

¹⁸⁴ *Outsiders – Etude socio de la déviance*, Howard S. Becker, Paris, 1995, Edition Métailié.

La nature de l'interaction lors de relations mixtes (c'est-à-dire une relation entre des personnes stigmatisées et les autres) ne dépend pas du stigmate en lui-même. Elle dépend des représentations que les personnes se font lors d'une interaction: la personne normale se fait une image du stigmate de son interlocuteur mais ce dernier se fait également une représentation de ce que pense la personne normale. De manière générale, E. Goffman parle de rôles qui sont tenus par l'un et l'autre. L'enjeu central des interactions est de maîtriser ses expressions pour maîtriser les impressions que l'on produit, dans le cadre d'une représentation : « *L'une des phases du processus de socialisation ainsi envisagée est celle durant laquelle l'individu stigmatisé apprend, intègre le point de vue des normaux, acquérant par-là les images de soi que lui propose la société, en même temps qu'une idée générale de ce qu'impliquerait la possession d'un tel Stigmate* ». ¹⁸⁵.

Enfin, E. Goffman décline trois types de stigmates : ceux liés à une difformité, ceux liés à la race, la nationalité ou la religion, et ceux liés à une « *tare de caractère, dont on l'infère à l'individu s'il a été drogué, emprisonné, alcoolique, homo ...* » ¹⁸⁶.

Il est donc théoriquement, établi qu'une personne qui se présente comme étant, ou ayant été, consommatrice de drogues, prostituée, incarcérée, à la rue, peut être affligée par un stigmate.

Mais, qu'en est-il des perceptions des personnes concernées extraites des entretiens réalisés ? Ce sera l'objet des prochains chapitres 9, 10, 11 et 12, qui relatent leur analyse sous différents angles. Le premier décrit la prégnance du Stigmate grâce au concept théorique référencé ci-dessus.

¹⁸⁵ La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi, Goffman E., Paris, Minuit, 1973, p. 23

¹⁸⁶ *Stigmate*. Ibid

Chapitre 9 : Analyse de la prégnance d'un stigmat

Après avoir défini le stigmat sous un angle théorique, les matériaux issus de l'exploration pratique vont être analysés, dans ce chapitre, à partir des ouvrages référencés ci-dessus. Dans un premier temps regardons, ce qu'il en est de la perception du stigmat par les personnes entretenues, concernées soit par la consommation de drogues, la rue, la prison ou la pratique de la prostitution.

9.1. Stigmat en lien avec public de recherche

Tous les entretiens font référence d'une manière ou d'une autre, au stigmat, au regard ou au jugement posés sur elles. La stigmatisation se traduit par certains maux : « tabous », « non-dits », « isolement », « peur du regard », « peur d'être jugé », « rejet », « manque de confiance en soi », « la honte », « la culpabilité ». Toutes les personnes entretenues ont l'impression d'être très peu considérées dans notre société. Certaines pensent être vues : « *comme des merdes* »¹⁸⁷ et ne rien valoir.

Les attributs liés à leur stigmat sont déclinés sous forme d'étiquettes. Par exemple, les consommatrices de drogues résument leurs perceptions : « *...comme une malade, une folle euh, une tox (dit avec un ton spécial), une... (Rire), enfin voilà ce genre de chose...* »¹⁸⁸, « *Comme habituellement on regarde une « toxico » quoi !* »¹⁸⁹, « *lors de l'entretien je suis tombée dans les pommes parce que j'avais trop chaud. (Rire). Au réveil je me suis dit « putain il va croire que je suis une sale tox ! » (Rire). Et donc j'étais mal.* »¹⁹⁰ Cette personne précise que leur « je » est nié dans une dénomination, celle de « tox » : « *Ce n'est pas parce que t'es usager de drogues dépendant que ça y est tout le monde est pareil. Non ! On a tous nos histoires et j'insiste vraiment là-dessus, pour pas que les gens voient « tox », « tox », « tox ». Pour moi, c'est bidon. Non, on est tous différents, on a tous nos histoires de vie, des attentes différentes et des besoins différents.* »¹⁹¹

Ses caractéristiques sont en lien avec celles exposées par la loi de 70, des personnes à punir (des délinquants) ou à soigner (des malades, des fous).

¹⁸⁷ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

¹⁸⁸ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

¹⁸⁹ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

¹⁹⁰ Entretien 17, femme, 40/45 ans

¹⁹¹ Entretien 17, femme, 40/45 ans

Cela rejoint le concept de H.S. Becker¹⁹² : les comportements perçus comme déviants sont ceux qui « *transgressent des normes acceptées par tel groupe social ou par telle institution.* » Cette catégorie inclut les actes sanctionnés par la loi et le système pénal. Et dans cette mesure, la consommation de stupéfiants en fait partie.

Cette représentation des personnes affligées les poursuit y compris, quand elles mettent un terme à leur activité « déviante » (suivi d'un traitement de substitution, arrêt de l'activité de prostituée, sortie de la rue et de la prison).

Certaines se dépeignent comme appartenant à une sous-catégorie, perçue encore plus négativement.

D'une part, ce serait le cas des femmes consommatrices. Une entretenue précise : « *parce que consommatrice de produits, c'est toujours négatif* ». ¹⁹³ Et plusieurs recherches montrent que les femmes sont plus stigmatisées que les hommes pour leurs addictions,¹⁹⁴ cela, dans la plupart des sociétés et des cultures.¹⁹⁵

Dans celle de L. Rivasseau,¹⁹⁶ où sont repris les besoins des femmes consommatrices reçues à Aides, elle consacre un chapitre de sa conclusion à cette question. Elle l'intitule « *Femmes et consommatrices de produits, la double stigmatisation* ». Elle expose, que compte tenu de leur comportement jugé comme allant à l'encontre de la norme féminine, les femmes consommatrices de drogues vont être particulièrement stigmatisées et discriminées. Elle souligne que « *les réactions vis à vis des femmes seront toujours plus fortes et plus dures, quelque soit la substance.* »¹⁹⁷ D'après elle, cette problématique touche à la question plus globale des relations hommes/femmes au sein de nos sociétés, dans laquelle les femmes en général, font l'objet de diverses discriminations et sont dévalorisées en raison de leur appartenance au sexe féminin.

¹⁹² Howard S. Becker, *Outsiders – Etude socio de la déviance*, Paris, 1995, Edition Métailié.

¹⁹³ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

¹⁹⁴ « Health and mental illness and addiction in Canada: an overview », 2006, cité dans BEH n°10-11, mars 2009.

¹⁹⁵ « United Nations Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned », 2004 dans le BEH n°10-11, mars 2009.

¹⁹⁶ Rapport de stage présenté par : Lisa Rivasseau, *Analyse des actions entreprises par les CAARUD de AIDES en direction des femmes consommatrices de produits psycho-actifs*, présenté à l'Université Toulouse Le Mirail, l'année 2009-2010, dans le cadre Master 2 Professionnel « Genre et politiques sociales ».

¹⁹⁷ Rapport de stage présenté par : Lisa Rivasseau, Ibid.

Elle cite Ettore¹⁹⁸, qui précise que les consommatrices de drogues sont considérées comme socialement et physiquement « *polluées* ». Ce n'est pas seulement dans leur corps qu'elles sont salies par la consommation de drogues, elles sont aussi avilies dans leur personnalité profonde et leur identité de genre. Elles passent pour des « *anges déchues, des souillons, des putains* »¹⁹⁹ qu'il vaut mieux éviter, qui échappent à tout contrôle et sont prêtes à tout pour obtenir leur prochaine dose. Il n'est pas rare que même les spécialistes en matière de drogues véhiculent également ce mythe de « *la fille perdue* ». Elle précise que la littérature spécialisée donne aux femmes « *toxicodépendantes* » un statut qui les met au dernier rang parmi l'ensemble des personnes recourant à des psychotropes.²⁰⁰

D'après L. Rivasseau : « *en consommant des drogues illégales et en participant à la scène de consommation, les femmes envahissent de façon évidente des domaines qui sont traditionnellement l'apanage des hommes. Immergées dans un milieu quasi-exclusivement masculin, les usagères se voient ainsi retirer progressivement leur statut de femme et les attributs de la féminité qui l'accompagnent, tant au niveau des représentations sociales, les catégorisant comme transgressant toutes les normes du genre féminin, qu'au niveau de leurs représentations intimes personnelles et de la définition de leur propre identité. Les jugements de valeur à l'égard des femmes usagères de drogues ne font en réalité que refléter les idéaux genrés - auxquels doivent se conformer hommes et femmes. En effet à l'échelle des représentations sociales, les usagères de drogues violent l'idéal de pureté dont les femmes sont porteuses, elles transgressent les attentes sociales vis à vis des femmes et les normes morales de notre société.*²⁰¹ Elles sont ainsi considérées comme des êtres asexués, mauvaises mères et épouses irresponsables, qui négligent aussi bien leurs enfants que les besoins de leur mari. La société a tout intérêt à empêcher aux femmes d'accéder aux drogues dans les mêmes conditions que les hommes, car elles les incitent à se comporter de manière déraisonnable et indisciplinée. En effet, les tâches sociales spécifiquement déléguées aux femmes ne sont pas compatibles avec des états seconds, qui les conduisent à refuser leur rôle de pourvoyeuse de soins quotidiens, aussi bien dans la famille que dans le travail. »

Elle collecte des propos de l'ordre : « *Quand t'es toxico et que t'es une gonzesse, quand tu vas à la pharmacie pour une Stéribox®*²⁰², presque, on te le jette à la figure. [...] C'est mal vu d'injecter pour une nana, les gens, ils ont l'image de la femme maigre, les médias ont véhiculé

¹⁹⁸ Ettore Betsy, *Women and Drunken Sociology: Developing a Feminist Analysis*, in Women's Studies International Forum, 1992 ;

¹⁹⁹ Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée... *ibid*

²⁰⁰ Women and Drunken Sociology, *Ibid*.

²⁰¹ Women and Drunken Sociology, *Ibid*

²⁰² Marque déposée de matériel d'injection à usage unique

trop d'images stéréotypées.²⁰³». Elles vont souvent intérioriser ces discriminations, développer honte et culpabilité et se percevoir comme « de mauvaises femmes²⁰⁴ ».

Elle conclut que la peur du jugement des autres et la honte sont les principales raisons des femmes interrogées, pour expliquer la faible fréquentation des CAARUD par les femmes.

Ici, les entretiens abordent une stigmatisation mais ne la corrélient directement aux questions du genre. Par contre, certaines stipulent que la présence de femmes et plus largement d'une mixité des intervenants leur est nécessaire : *« Si la seule intervenante c'est toi, ce n'est pas suffisant. Je trouve que c'est important pour les femmes qui passent à l'accueil. Et que même si c'est des femmes qui aiment parler aux hommes. (...) Enfin les intervenantes femmes, il en manque ! Il en faut c'est important »*.²⁰⁵ Ce point de vue est corroboré par une intervenante qui partage : *« On a remarqué que ma présence comme intervenante a permis de faciliter l'accueil des femmes qui ont été plus nombreuses à passer c'est deux dernières années et avec qui j'ai de nombreux entretiens. C'est plus facile pour moi que pour mon collègue²⁰⁶. »* La présence d'animatrice peut aussi faciliter l'accueil des hommes : *« Déjà parce que les hommes, les toxicos, mecs, déjà ils adorent parler à une femme. Ils ont l'impression qu'ils seront plus compris. Parce que y'a une certaine fierté chez le toxicomane mâle que seule une femme peut casser »*²⁰⁷ Ils seraient eux aussi prisonnier d'une image sociale, à laquelle il serait moins obligé de se conformer devant une femme.

D'autres femmes entretenues apprécient pouvoir être reçues dans un espace d'entraide non mixte. Une stipule : *« ça fait du bien d'avoir un exutoire, enfin je veux dire cet espace privilégié où y'a que des nénettes... Parce que ça n'existe pas ailleurs. Parce que sans mec la parole est différente. (...) On se sent bien, parce que tout d'un coup y'a quelque chose où on se lâche plus. La parole est plus lâchée, on se comprend plus rapidement. Enfin, comment expliquer ? On n'est pas les mêmes que si on était dans un groupe mixte. Il y a un truc de l'ordre de la protection, on se sent protégée. Il faut que ça continue pour que les nanas puissent putain un peu plus lâcher (...) ceux auxquels j'ai participé étaient sous forme de pique-nique. On n'était pas beaucoup. Donc c'est vachement intime. Dans ce cadre-là je parle aussi bien aux personnes accueillies qu'à celles qui travaillent à Aides, mais parce que c'est des femmes peut-être. C'est différent pour moi que quand c'est des mecs, d'autant plus des mecs de la rue... »*²⁰⁸ Plus loin, cette personne dira ne pas se sentir à l'aise dans les

²⁰³ Entretien d'une usagère d'un CAARUD par Lisa Rivasseau. Ibid

²⁰⁴ Nadeau L, cité dans « *addictions: cherchez la femme* », article tiré du courrier des addictions (6), n°2, 2004

²⁰⁵ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

²⁰⁶ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

²⁰⁷ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

²⁰⁸ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

accueils mixtes tandis qu'au contraire : « *Avec les femmes on sent qu'on a un lien, on est très proches, parce qu'on sent qu'on a vécu un peu les mêmes galères. On est des femmes ! On est toutes des écorchées vives. (rire). Et du coup y'a ce truc qui nous relie un peu, cette chose commune qu'on a, cette souffrance peut être* ».

D'autre part, c'est aussi le cas, comme le sous-entend un des témoignages ci-dessus, des SDF²⁰⁹ ou des gens issus de la « zone ». Ils semblent être un public qui fait très peur, et entraîne le plus de rejet. L'un d'eux dépeint sa sous-communauté ainsi : « *être toxicomanes SDF, la lie de la société on va dire, les plus marginalisés et la caricature que tout le monde pense : le monstre délinquant qui va manger les enfants quoi !* ». Les personnes entretenues qui cumulent ces deux stigmates le précisent. Un le scande : « *Je ne suis pas comme monsieur tout le monde on va dire. Je suis SDF et vit en squat. Je n'ai pas d'appartement. Je n'ai pas tous les jours métro, boulot, dodo. Voilà. Je suis un SDF qui vit à l'arrache dans un squat.* »²¹⁰ Une autre dit en parlant d'elle et ses pairs : « *des personnes qui sont euh dans l'image de la société le plus bas seuil : SDF, la toxicomanie, ça leur renvoyait une image qu'était trop négative pour eux* ».

Enfin, c'est aussi le cas des consommateurs d'héroïne et des injecteurs comme l'exprime une personne entretenue : « *Même s'il y a encore beaucoup de différences entre ceux qui consomment telles ou telles drogues, il y a encore ce fossé : l'héroïnomane a toujours était très très très mal vu. Le cocaïnomane ce n'est pas grave. L'héroïnomane c'est très grave, c'est un injecteur, un séropositif ...* ».

Pour conclure, les entretiens font donc tous référence au stigmatisme plus ou moins directement. Le regard de la société se résume à travers des dénominations. La personne se sent jugée au même titre que sa pratique, condamnée par la loi et les normes sociales. Les personnes concernées par la consommation de drogues, la rue, l'incarcération ou la prostitution entretenues font part d'une piètre considération sociale. Certaines sont porteuses d'une seconde étiquette : les SDF, les femmes, les injecteurs par exemple. Elles se sentent perçues encore plus négativement. Les entretiens ne sont pas exhaustifs quant à leur définition du stigmatisme mais ils s'avèrent plus fournis dans sa déclinaison en termes de processus relationnels, notamment vis-à-vis des professionnels, qui ont pour mission de les aider ou de les soigner. Ce constat fait écho aux propos de E. Goffman, ce n'est pas le stigmatisé mais le rapport à l'autre qui occasionne la difficulté. Ce sera le sujet du prochain chapitre.

²⁰⁹ Sans Domicile Fixe

²¹⁰ Entretien 2, homme, 20/25 ans.

9.2. La déclinaison du stigmatisme dans le processus relationnel et identitaire

Le paragraphe précédent a mis en exergue que la stigmatisation concerne le public cible de cette recherche. Le prochain va mettre en exergue combien le stigmatisme est vecteur de non-dits, faux semblants dans les contacts mixtes, comme le dénonce E. Goffman. Le suivant va démontrer que cela crée une relation aux professionnels de l'ordre de la mise en scène qui va aboutir à une mise hors-jeu. Car les personnes ne vont pas pouvoir être aidées, faute de ne pas oser dire ou de ne pas être entendues. Et le dernier va illustrer combien cela coûte aux personnes affligées en terme identitaire.

9.2.1/ Le stigmatisme, vecteur de non-dits et des faux semblants

La question des non-dits et des faux-semblants sont des aspects référencés liés au stigmatisme. Ce chapitre fera une analyse de ces apports théoriques en lien avec l'exploration du terrain.

Selon E. Goffman : « *les individus stigmatisés ont des raisons particulières de sentir que les situations mixtes tendent à être flottantes et angoissées* ». ²¹¹ Les « contacts mixtes », objet spécifique de son ouvrage, sont à l'œuvre quand les stigmatisés et les normaux partagent une même situation sociale. Le stigmatisé, lorsqu'il se retrouve en situation d'interaction avec un individu normal, ne peut pas savoir exactement comment il sera accueilli et identifié par l'autre.

D'après E. Goffman, ces contacts mixtes constituent également une difficulté pour les normaux qui ne savent pas systématiquement comment réagir. Les deux types individus partagent le même sentiment de malaise et un manque de considération de part et d'autres. Pour se protéger les personnes affligées ont recours aux « *non-dits* » et aux « *faux semblants* ».

Dans les entretiens, la difficulté de dire et de s'afficher se traduit tout d'abord par la proportion de personnes entretenues qui acceptent de se livrer seulement à condition que leurs dires soit anonymes, afin que leur fonction ne soit pas mise en danger, par exemple. C'est le cas d'une intervenante militante dans une association d'auto-support qui travaille dans une institution qui précise : « *Par contre la liberté de parole à mon boulot je ne me la suis jamais autorisée, toujours pareil par rapport à la peur du regard de l'autre* ». ²¹² Pourtant, cette personne est une professionnelle diplômée de longue date, stabilisée dans un traitement de substitution.

²¹¹ *Stigmates*, Ibid

²¹² Entretien 17, femme, 40/45 ans

Une autre personne entretenue confirme que ce serait trop risqué de parler de son parcours dans ce cadre : « *Pour avoir travaillé dans d'autres structures où il n'y avait pas plus, ou pas moins de personnes concernées par l'usage de drogues, même si c'est peu dicible dans le sanitaire et sociale, il y a des personnes qui ont un diplôme qui ont un parcours dans la consommation de produits licites ou illicites, mais ça n'impacte pas. Du moins ça ne transpirait pas. Ça n'empêchait pas une qualité de l'action mais ce n'était pas dicible. On ne peut pas dire qu'on a ce parcours-là dans un milieu professionnel. Ce n'est juste pas possible. C'est trop stigmatisant, trop risqué* ». ²¹³

Enfin, dans un autre entretien une femme avoue : « *Souvent dans ma vie j'ai essayé de cacher mon incarcération, ma toxicomanie, de cacher beaucoup de choses. Tu passes ta vie à mentir. Quand tu mens presque plus, ça veut dire que ça va mieux. Et moi je recherchais qu'une chose, la tranquillité, la sérénité. Je pense qu'en tant que consommateur on manque de confiance en soi* ». ²¹⁴

Comme le suggère E. Goffman : « *Étant donné le grand avantage qu'il y a à être considéré comme normal, quiconque ou presque, est en position de faire semblant n'y manquera pas à l'occasion. Qui plus est, il est fréquent que le stigmate soit de ceux qu'on ne saurait convenablement divulgué à des inconnus* ». ²¹⁵

Ces techniques de maniements des identités, visant à dissimuler le stigmate, peuvent conduire l'individu à ce qu'E. Goffman appelle le « *labyrinthisme* », lorsque le dissimulateur s'enfonce dans le mensonge. D'après E. Goffman, l'information sociale se transmet par des symboles, des signes. Il existe des symboles de prestige, qui s'opposent aux symboles de stigmate. Ils peuvent être brouillés par des désidentificateurs. La visibilité a une grande importance dans l'information sociale. Le faux-semblant chez le stigmatisé soulève la question d'une plus ou moins grande visibilité de son stigmate et d'une plus ou moins grande facilité à le dissimuler. Mais les non-dits ne sont pas seulement du fait des personnes qui souhaitent de la discrétion sur un attribut qui peut les affliger. Le « *gros* » tabou peut être aussi « *véhiculé par les médias, la justice, la société, la politique* » ²¹⁶ comme le suggère une personne entretenue. En effet la loi suppose que le petit et le grand écran présentent l'usage de stupéfiants dans ces aspects négatifs. ²¹⁷

Par ailleurs, les non-dits et les tabous justifient que les normaux prennent la parole à la place des personnes stigmatisées

²¹³ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

²¹⁴ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

²¹⁵ *Stigmate*. Ibid.

²¹⁶ Entretien 17, femme, 40/45 ans

²¹⁷ Cf critique des films sur les drogues, tel que *Requiem for a Dream*, transcrite au paragraphe 5.2.1 de ce mémoire.

Selon P. Chappard et J.P. Couteron, l'instauration de la pénalisation de l'usage en France a été « *le début du traitement médiatico-politique de la drogue* », cette loi fait ainsi de l'usager le bouc émissaire, contre lequel sont prises des mesures destinées en fait à rassurer l'opinion publique face à l'insécurité et la peur d'une perte d'autorité. Ces mesures répressives vont désormais s'empiler comme un mille-feuille, année après année, sans autre logique que de montrer que le politique n'est pas laxiste, que la ligne est tenue, le mur de plus en plus solide. Personne n'osera faire les adaptations nécessaires, de peur d'être accusée de trahison ».²¹⁸

De plus, la loi 1970 justifie que ce soit aux systèmes de soin et judiciaire de décider et parler pour le consommateur de drogues perçu comme délinquant ou malade.

Ce phénomène est illustré par une personne entretenue qui déplore l'interdiction de prise de parole aux membres d'une association locale d'auto-support par un médecin trouvant plus confortable de parler d'un tel sujet en l'absence des personnes concernées, présumant qu'elles auraient « *pu dire des choses qui n'allaient pas dans son sens* » : « *Je me souviens d'une réunion avec lui où il présentait la toxicomanie et les toxicomanes. Et c'était une réunion publique, ouverte à tout le monde, où le public pouvait prendre la parole, où tout le monde pouvait parler. On avait déjà monté une association d'auto-support à l'époque et on a fait savoir qu'on viendrait à cette réunion en tant que groupe d'auto-support. Et euh il a fait pression sur les autres intervenants pour que l'on soit interdit d'entrer et donc de participer à cette réunion soit on n'était pas interdit et il annulait la réunion* ».²¹⁹ Censurer leur voix permet à ce médecin d'apparaître comme le seul spécialiste en matière de drogues.

Ce schéma est dénoncé par C. Carthonnet, dans son ouvrage « *J'ai des choses à vous dire* ».²²⁰ Partant du principe qu'« *On a assez parlé à notre place* », l'auteur prend le contre-pied et choisi d'écrire : « *C'est à nous, aujourd'hui, de prendre la parole et de nous faire entendre.* » Elle engage un récit de vie qui retrace son enfance, de l'exercice de son « métier » depuis l'âge de 17 ans, ses choix etc. L'objectif de cet écrit n'est pas de révéler son intimité mais de démontrer à quel point son vécu va à l'encontre des idées reçues en matière de prostitution et plus largement de sexualité et de genre. Elle espère aussi convaincre que « *l'on peut vivre sa différence et s'intégrer à la société* », et que ce qui peut être perçu comme des faiblesses peut devenir une force. Cette force qu'elle décante à un niveau individuel : oser s'affirmer, accepter de vivre différemment et le communiquer. Elle parle et écrit sans masque pourtant elle sait et décrit « *ce qu'il en coûte* » ou peut en coûter, « *de parler à découvert* ». Elle considère de plus que les lois prohibitives sont aux prises de morales et de normes véhiculées par des personnes considérées comme spécialistes parlant au nom de..., des

²¹⁸ Chappard P. et Couteron J.P., *Salle de shoot, les empêcheurs de tourner en rond*, La découverte, Paris, 2013.

²¹⁹ Entretien 12, homme, 35/40 ans

²²⁰ Carthonnet Claire, *J'ai des choses à vous dire – Une prostituée témoigne*, Edition Robert Laffont, Paris 2003

prostituées par exemple, qui deviennent le prétexte à leurs aspirations idéologiques et morales plus qu'au bien être des personnes dont elles disent défendre les droits.

Ainsi, une personne entretenue pense que : « *L'important c'est aussi de se réapproprier pleins d'outils que ce soit le corps, que ce soit la radio, que ce soit les données médicales ou des textes de loi, des outils de prévention ou de la vidéo, du témoignage, pour éviter les autres parlent pas à notre place.* »²²¹

Les personnes affligées ont donc recours aux faux-semblants. Le tabou est renforcé par le contexte législatif et ce qu'il véhicule à travers les médias ou les films. Il emprisonne les personnes dans des non-dits. En ce sens, comme le stipule E. Goffman, les personnes entretenues peuvent être amenées à jouer un rôle lors de leurs contacts avec les professionnels. Ce sera le propos du prochain paragraphe.

9.2.2 Mise en jeu et mise hors « je » de la relation d'aide

Comme ce qui concerne la question des non-dits et des faux-semblants, la mise en scène des relations est une traduction des effets du stigmate dans les contacts mixtes. Ce chapitre fera une analyse de cet apport théorique en lien avec l'exploration du terrain. En reprenant un par un les propos des personnes consommatrices entretenues, nous allons voir comment et combien le stigmate peut dans la relation d'aide et de soin, et créer de grosses difficultés dans la communication et d'accompagnement. Elles peuvent être dues à la représentation des soignants vis-à-vis du patient, à des comportements qui sont vécus comme une forme de rejet et aux relations de pouvoir qui sont finalement en jeu.

Une des premières sources du malentendu peut être liée à la focalisation des soignants sur l'étiquette de consommateurs de drogue, délinquant potentiel, réfractaire au soin potentiel et leur oublie qu'il est patient comme un autre, avec toute sa complexité humaine. A ce propos, une personne sous substitution narre ses difficultés de prise en charge psychologique : « *Sinon j'ai essayé de faire trois cures de désintoxication dont une après mon incarcération. Et le psy que j'ai vu, durant la première était le premier psy que je voyais. Et quand je lui ai demandé de me faire un papier pour certifier de mon suivi de la cure, il m'a dit « vous avez un jugement ? » Je réponds « oui ». « Ca veut dire que vous allez en prison ? ». Le deuxième je voyais jamais où il voulait en venir. Ils sont tous passés à côté de ma dépression et ne m'ont pas donné les traitements adaptés en pensant que j'étais bipolaire ou simplement une tox vu que j'étais en traitement Subutex puis méthadone. Et en fait ça fait un an que je suis sous antidépresseurs et que si j'avais su avant je peux te dire que... Enfin c'est un médecin généraliste spécialisé en traitement de substitution, en CMP qui a mis le doigt dessus. Par*

²²¹ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

contre au départ son traitement n'a pas été des plus adapté. Et finalement on a changé et ça va mieux. J'ai flippé quand elle est partie à la retraite car c'est dur de trouver un bon suivi médical. Et j'ai été trouvé un médecin qu'un collègue m'a conseillé et il a le savoir, enfin c'est surtout qu'il explique. On ne m'avait jamais expliqué ce que les médocs que je prenais faisaient, avant. Et le traitement qu'il m'a prescrit m'a permis de revenir comme moi-même. J'ai retrouvé ma joie, mon énergie, tout. Ça me faisait du mal d'avoir perdu tout ça, même si après faut assumer on a pris de la drogue, on a pris de la drogue, on ne va pas pleurer. »²²². Dans la mesure où la personne se sent responsable du fait d'avoir eu des pratiques illicites et qu'au final elle a pu avoir un traitement adapté, elle ne s'offense pas de l'erreur de diagnostic. Elle sous entend juste que ce méfait est due à des présupposés des soignants vis-à-vis de son statut de « tox ».

Une autre femme consommatrice entretenue semble plus affectée par l'attitude du personnel médical à son égard. Elle interprète ainsi chacun de leurs comportements comme un manque de considération. Elle le fait sans colère ; quelque part, elle en a pris son parti. Pour elle, ces derniers sont en quelque sorte les relais du regard social. Aussi, même si son entretien dénonce les comportements de rejet, ils sont décrits comme quelque chose d'habituel, de commun : *« chez le pharmacien tu lui tends la monnaie, tu sens déjà qu'il y a une barrière qui s'est hissée, et presque il a peur que tu le touches, quoi. Le pire c'est les docteurs. C'est vrai, regarde mon docteur, il m'ausculte quasiment jamais. Jamais ! C'est un docteur qui a l'habitude de travailler avec des toxicomanes. Il me prescrit mon Subutex²²³ mais quand j'ai une pathologie, style bronchite ou euh... Il m'ausculte rarement. Et tous les docteurs qui prescrivent du Subutex, je suis sûre qu'ils sont comme ça. Ils ne touchent pas leurs patients. Comme si la toxicomanie était contagieuse. Pour eux, on est toxicopathes. Ils pensent qu'on est malade et qu'on en sortira jamais parce que t'as qu'à voir comment mon toubib il m'a fait la guerre quand j'ai voulu arrêter le Sub. Il m'a dit « Mais euh, tu ne peux pas arrêter comme ça, tu vas te remettre dans la défonce. Mais ils n'y comprennent rien. Ils ne savent pas de quoi ils parlent. Pour eux, le Subutex c'est plus une chose pour pouvoir continuer à se droguer et en même temps ils oublient qu'on en a surtout besoin pour continuer à travailler. Moi je pense que c'est ça, le Subutex c'est plus pour continuer à vivre quand t'as rien... »²²⁴.*

Le stigmatisme crée donc des malentendus, des incompréhensions qui peuvent édifier une « barrière ». Cela rend la relation d'aide difficile voire impossible. Au final, ces contacts peuvent entretenir le fossé entre les personnes dites stigmatisées et celles dites normales. Cela rejoint un des propos d'E. Goffman : *« il a pour effet de couper l'individu de la société », d'être seul(s) « face à un monde qui la rejette ».*

²²² Entretien 4, femme, 25/30 ans.

²²³ Traitement de substitution aux opiacés

²²⁴ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

Cette attitude peut s'expliquer par un autre de ses propos : *« Il va de soi que par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmat n'est plus tout à fait humaine, sans droit ». Ainsi, « ceux qui sont en rapport avec lui, manque à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui ». Et la personne peut alors « faire écho à ce refus en admettant que certains attributs se justifient. »*²²⁵

Ce cloisonnement de la personne affligée est relaté de manière assez forte par une autre femme entretenue, se revendiquant comme issue de la rue, ex-incarcérée, ex-prostituée et ex-toxicomane. Elle l'illustre par la difficulté des personnes ayant un parcours similaire au sien, de faire du lien (du fait du poids des aprioris), d'exprimer des sentiments. Selon elle, pour eux, l'amour de la part d'un autre humain serait quelque chose d'inatteignable, parce que trop *« lourd »* à porter et apporter. C'est pourquoi elle a le projet d'ouvrir un lieu d'accueil qui s'appuie sur la thérapie animale.²²⁶ Selon elle, *« L'animal, le chien c'est le seul lien qui reste avec ce mot qui des fois est devenu complètement tabou d'une société*²²⁷ *qui ne permet pas d'exprimer ses sentiments à l'humain, parce que l'humain a des aprioris et l'animal il en n'a pas. »*²²⁸

Cependant, si le stigmat peut distancier l'individu du soin ou du regard de l'autre, renvoyer à la clandestinité, il peut aussi générer de la solidarité, et de l'entraide entre les personnes qu'il concerne. Une personne entretenue précise que quand il y a un souci les accueillis sont solidaires dans la mesure où ils n'y a pas de mésentente entre eux. L'entretien 6 en donne un autre exemple : *« J'avais aidé XY, je l'avais amené à l'hôpital, 2 jours avant qu'il meurt. (...) Il voulait absolument quelque chose pour aller aux toilettes. Il voulait un laxatif. Mais il n'arrivait pas se mettre dans la tête que s'il était constipé c'est qu'il était en étape finale, il faisait une septicémie et il allait crever. S'il ne chait pas c'est parce que son corps était en train de s'arrêter de toute part. Et à l'hôpital, ils ne l'ont pas gardé ! Moi j'ai fait tout pour qu'ils le gardent. Il gueulait, il râlait. Mais comme il arrivait en disant moi je veux juste quelque chose pour chier, ils l'ont pas gardés. J'ai dit l'écoutez pas il a une infection, une infection à la jambe, il est malade, il doit voir un docteur. Mais il était tellement sale, il était tellement « crading », que déjà l'infirmière, même pas elle l'aurait approché. Lui, il ronchonnait, tout ce qu'il voulait s'était chier, c'était aller aux toilettes. Tout ce qui voulait c'était être au chaud et pouvoir se libérer le ventre. Il était plus là il était plus conscient déjà, la fièvre le faisait déliré quoi !...C'était juste un toxico de plus, qui venait les faire chier.*

²²⁵ *Stigmat*. Ibid

²²⁶ Ce projet est issu d'expériences réalisées aux Etats Unis et au Canada.

²²⁷ Elle parle du mot « amour »

²²⁸ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

Pourtant c'est une aberration, y'en n'a aucun qui s'est dit pour cette constipation le mec il délire. On n'entend plus le délire des autres, surtout si c'est un toxico. Pourtant c'est une personne comme une autre un toxico. Y'en a pas un qui a essayé de creuser un peu pourquoi il délirait. Là pour moi, c'est vraiment de la non-assistance à personne en danger ! Il faudrait porter plainte à un moment donné pour que les hôpitaux arrêtent de réagir comme ça. Parce que la personne a dit un moment donné : « Là, on va vous ausculter monsieur ». C'est leur boulot. Ça se voyait que y'avait quelque chose de sérieux. Il était malade ça se voyait. Il avait des trous partout c'était purulent. Ça se voyait que ce n'était pas la défonce qui le mettait dans un état pareil. Ça se voyait qu'il allait passé l'arme à gauche. Même tu le connais pas tu te dis : « Lui, dans quelques jours, il sera part terre ». Et effectivement je sais qu'il est mort un ou deux jours après, tout seul dans un parking. Il est mort dans l'indifférence générale. C'est toi qui m'as annoncé son décès. Et ça m'a fait chier, car c'était un mec qui avait des doigts en or, qui savait travailler, qui avait un boulot en main, qui était très doué, qui était carré quand il travaillait, c'était un autre homme... une fois que quelqu'un est mort c'est déjà trop tard. L'hôpital, des gens qui passent à côté de toi, mais te voit pas c'est ça l'indifférence générale. Parce que t'es toxico ils ne te voient pas. Ils se disent qu'est-ce que j'en ai à foutre c'est un toxico, qu'il se finisse, ça en fera un de moins sur la planète. »

Cet entretien laisse aussi transparaître l'écart entre « l'identité réelle » de la personne qui est reconnue par le « pair » qui l'accompagne et « l'identité virtuelle », la perception présumée du personnel hospitalier. Selon E. Goffman, « cet écart a pour effet de couper l'individu de la société et de lui-même, de sorte qu'il reste là, personne discréditée, face à un monde qui la rejette ».²²⁹ Ce témoignage de rejet recoupe cette théorie.

Par ailleurs, un autre entretien témoigne de difficultés d'accès au soin, des consommateurs de drogues, en lien avec une réglementation très serrée des traitements de substitution, établie sans prendre en compte l'avis du patient : « *Le Skénan c'est un médicament utilisé pour la douleur au départ. Et c'est à base de morphine, enfin c'est de la morphine. Mais il n'a pas l'AMM pour être pris en substitution. Ça peut être fait, mais il faut un accord spécifique du médecin conseil. Ici, il y a de nombreuses personnes qui l'utilisent pour se substituer à place du Subutex et Méthadone en remplacement de l'héroïne. Et donc ces personnes, pour certaines ça fait de nombreuses années qu'elles le prennent, elles n'ont pas forcément l'accord ; et récemment le médecin conseil a dit « non non ce n'est pas un médicament de substitution donc il faut une autorisation pour que les médecins le prescrivent. On arrête de le prescrire dans ce cadre ». Donc, les personnes se sont retrouvées en galère, du jour au lendemain sans rien. On peut le remplacer par la méthadone éventuellement mais pour mettre en place le traitement ça demande du temps ça ne se fait pas en deux jours. Donc il y a eu un peu une urgence sanitaire à ce niveau quoi. Donc nous, on a essayé de contacter les médecins pour leur dire « qu'on ne pouvait pas l'arrêter du jour au lendemain, que les gens allaient se trouver en manque, qu'ils allaient faire des conneries, braquer un ordonnancier, une*

²²⁹ Stigmaté. Ibid

pharmacie, aller faire les cons pour trouver quelque chose, qui les soulage ». Les négociations ont été individuelles. Certaines personnes se sont débrouillées. Et du coup, il y a un peu un deal de Skénan en ce moment. Donc ça cause plus de problèmes que ça en règle ».

L'ensemble de ces entretiens illustrent combien les consommateurs de drogues et ne semblent pas être des patients écoutés et dont les besoins sont pris en compte. D'après Thomas Szasz, ce manque de considération et la dépendance du consommateur de drogues au pouvoir médical, s'inscrit dans un mythe²³⁰ : *« Les drogues interdites jouent le rôle de bouc émissaire d'une société affligée de problèmes typiquement modernes. (...) Les chasseurs de boucs émissaires en matière de pharmacopée sont à l'œuvre depuis le début de notre siècle. Leur but, c'est de convaincre des gens que certaines drogues (comme la cocaïne) sont dangereuses et que leur emploi doit être réglementé par l'Etat ; que beaucoup de problèmes humains (comme la violence domestique) ont des causes chimiques qu'on peut guérir par la chimie ; et enfin qu'il incombe au gouvernement de protéger les individus contre eux-mêmes (notamment des risques d'automédication) en les déclarant malades (de toxicodépendance) et de punir ce comportement criminel (« détention de substances sous contrôle »). Le résultat, c'est que désormais pratiquement tout le monde croit qu'il appartient avec raison à un monopole médical d'état de permettre l'obtention de certaines drogues et d'interdire l'usage des autres ».*

Ces propos sont illustrés dans une récente recherche²³¹ sur les pratiques professionnelles dans le champ du soin de la toxicomanie : enquête auprès de deux centres spécialisés toulousains sur les conditions d'admission des usagers d'héroïne en traitement de substitution : *« Les intervenants peuvent être vus comme des entrepreneurs de morale. Ce sont eux qui définissent, en un sens, les normes du soin, du « mieux être », ce sont eux qui définissent la sortie de la toxicomanie. On note la bonne santé physique et psychique de ces intervenants, qui détiennent le savoir. Au cours de nos observations, on peut relever les contrastes avec les accueillis, souvent marqués par la précarité financière, dont les corps sont souvent abîmés. Lors de ces observations, on reconnaît toujours qui est soignant de qui est soigné. Si les rapports se veulent amicaux, restent des accueillants, responsables, qui accompagnent, et des accueillis, imprévisibles, à accompagner, aider. Ces entrepreneurs de morale ont une domination physique et intellectuelle. Ils ont le savoir, assènent des désignations. »*

Cette nouvelle dépendance peut entraîner d'autres faux-semblants et d'autres mises en scène, absents des entretiens, mais énoncé par E. Goffman *« la tendance à la victimisation »*. Ce *« jeu de rôles »* comme le soulève le texte d'une personne consommatrice de drogues²³²

²³⁰ Cf Propos de Thomas Szasz, cités entièrement chapitre 3, paragraphe 2.

²³¹ Espanol Zoé, *Les pratiques professionnelles dans le champ du soin de la toxicomanie* - enquête auprès de deux centres spécialisés toulousains sur les conditions d'admission des usagers d'héroïne en traitement de substitution, Sous la direction de François Sicot, Mémoire master 1 Sociologie, 2009-2010.

²³² Texte témoin de Margot énoncé entièrement dans le chapitre 3 paragraphe 2

suppose que la personne fasse part au professionnel de tous « *les malheurs* » qui l'ont conduit à recourir aux drogues afin que celui revête « *son costume de super héros voir celui du redresseur de tort pour sauver une personne victime des autres ou d'elle-même. Et puis le consommateur y trouve son parti. Il n'est plus fautif, il n'est plus responsable, il est un objet que ces gentils messieurs, dames en blouses blanches vont s'appliquer à aider pour qu'il devienne un sujet comme la morale sociale le dicte.* ». Les enquêtes portent à croire que les femmes consommatrices de drogues moins admises socialement peuvent recourir à ce stratagème pour ne pas être incriminées. En 2009, un Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire,²³³ spécifique sur femmes et addictions, stipule : « *Les enquêtes portant sur les traitements pour les drogues illicites relèvent que les femmes dépendantes déclarent significativement plus d'événements négatifs de l'enfance que les hommes dépendants* ». Margot précise les risques liés à ce type de mise en scène pour le « je » : « *Dans tous les cas nous présenter comme des victimes, des gens à sauver d'eux-mêmes ou des coupables ne nous a pas rendu meilleurs. Car d'une manière ou d'une autre nous finissons par jouer le numéro que l'on attend de nous et nous perdons la prise que nous pourrions avoir sur notre vie. Et cela peut nous mener à être en incapacité partielle à apprendre à faire nos réalités et nos besoins. C'est donc un frein à pouvoir faire avec notre vie !* »²³⁴

Toutes cette matière renvoie à une autre implication de la stigmatisation, mise en valeur par JC Croizet et JP Leyens, est : « *une asymétrie de pouvoir entre les stigmatisés et les autres, or sans pouvoir, il n'est guère possible de se faire accepter dans une culture donnée* ». Ils rajoutent que « *par définition être stigmatisé, c'est posséder une identité, dévalorisée, jugée comme inférieur par les autres. C'est également être acculé au bas de l'échelle sociale* ».²³⁵

Une personne entretenue fait valoir que cette asymétrie de pouvoir est entretenue par la détention de savoir, qui légitime la place de chacun : « *le travailleur social va souvent montrer à l'autre, alors que l'autre aussi a son savoir. L'autre aussi sait faire. Mais c'est quel est l'espace que l'on laisse à l'autre pour permettre à l'autre de devenir acteur. Si la place à l'autre fait ressortir que le travailleur social que presque sa place est en danger. On l'a vu, les travailleurs sociaux ont des fois peur que les travailleurs pairs prennent leur place, ce qui n'est pas du tout le cas.* »

Les entretiens énoncés ci-dessus font, aussi, écho au point vue de V. de Gauléjac : « *L'assistance n'est pas une violence de même nature que l'exploitation économique mais elle est souvent vécue comme une épreuve humiliante car l'aide est subordonnée à une série de conditions. Être pris dans une file d'attente, se soumettre aux exigences du système dont il*

²³³ BEH thématique 10-11 / 10 mars 2009

²³⁴ Texte témoin de Margot énoncé entièrement dans le chapitre 3 paragraphe 2

²³⁵ Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale. Ibid

*dépend tout en affirmant sa volonté d'autonomie, mettre en exergue ses fragilités pour être « secourable ». Ainsi dans la pauvreté, la mendicité et l'assistance, l'individu est en butte à des processus de stigmatisation, d'instrumentalisation, de dépendance et de perte de dignité. Face à des violences extrêmes il est envahi par la déshumanisation et la confusion. Les repères inhabituels qui permettent de se situer par rapport aux autres et à soi-même sont fragilisés ou détruits. Dans tous les cas, l'estime de soi est remise en question par les mésestimes des autres. L'individu a une image négative qui le met dans une contradiction entre ce qui lui faut être pour se faire socialement reconnaître et l'identité assignée (le chômeur sans travail, l'immigré sans droit etc..., tous se définissent par un manque). Son existence est récusée ».*²³⁶

Ce type de violences institutionnelles sont dénoncées notamment dans l'entretien 11 : *« partager le quotidien de ces personnes en grosse souffrance, en galère institutionnelle, la violence, ils s'en prennent plein la gueule. Faut avoir des épaules quoi ! ».*

Et plus loin, elle sera encore plus virulente : *« le boulot du champ médico-social, là, ça m'écœure comme les institutions, les ARS²³⁷, la région, la mairie... ce qui m'écœure c'est comment ils utilisent le terrain, quoi. Ils utilisent le terrain et nous on n'arrive pas à... Je ne pense pas que les utilisateurs puissent les utiliser. Je pense que ça marche par famille, par clan et qu'on n'est pas du même monde. C'est sûr, on n'a pas les mêmes objectifs. Mon travail sur le terrain, ce n'est pas avec eux, pour que les gens ils puissent se battre et se défendre. Ils ne savent pas transmettre ce que les gens vivent, les informer et les toucher pour qu'on puisse lutter. ».*

Au final, les entretiens mettent en exergue que la mise en scène qui se joue avec les professionnels de l'aide sociale et du soin est de l'ordre d'une mise hors « je ». Pour la personne affligée, il est peu possible de dire ou d'être entendu en tant que sujet de parole. Dans la relation aux professionnels, cela engendre une non-communication, symbolisée par une « barrière » ou « un miroir ». Les deux acteurs vont jouer chacun de leur côté. Et cela peut coûter à la personne dans le besoin. En effet, même si la personne stigmatisée est amenée à faire semblant dans une relation d'aide, elle peut prendre très au sérieux le retour du professionnel, comme l'énonce une personne entretenue : *« Les travailleurs sociaux parlent à l'arrache et ne savent pas que les personnes peuvent prendre argent comptant tous leurs propos. Moi quand j'étais dans la rue il y a un truc qui m'agaçait c'est les gens qui parlent en l'air (énervé) : « ok je te fais ça », on balade les gens »*²³⁸. Les professionnels se prêtent eux, à un autre jeu, celui de ramener la personne stigmatisée à la norme, tout en lui rappelant qu'elle n'est pas tout à fait normale. Ce double langage des professionnels, mis en valeur par

²³⁶ Les sources de la honte. Ibid

²³⁷ Agence Régionale de la Santé

²³⁸ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

E. Goffman, peut mettre en difficulté la personne accueillie dans la construction de son identité et pour trouver sa place dans la structure sociale. C'est ce que le prochain chapitre va mettre en lumière au travers de l'analyse du processus d'intériorisation de la stigmatisation.

9.2.3/ Intériorisation de la stigmatisation

Le paragraphe précédent détaille différentes formes de mise en « jeu » de la relation d'aide des personnes affligées. Le prochain décline ses conséquences pour le « je » en terme d'intériorisation de la stigmatisation pour soi et ou les siens.

Une personne entretenue, intervenante au sein d'un CAARUD avec un fonctionnement médico-social,²³⁹ relève que certaines personnes accueillies diabolisent la consommation de drogues : « *ouais non la drogue c'est de la merde, faut dire stop !* »²⁴⁰ (Rire) ». Elle commente cette réaction par : « *Ils sont hyper conditionnés avec ce discours complètement culpabilisant etc.* ». Ces personnes relayent donc, un discours en lien avec celui des intervenants de la structure et de la norme sociale. Pourtant, leur fréquentation d'un CAARUD laisse présager qu'ils sont toujours concernés par la consommation de drogues d'une manière ou d'une autre. Les dires de ces individus stigmatisés témoignent « *d'une situation d'acception* »²⁴¹ à laquelle E. Goffman fait référence. Ce paradoxe illustre la difficulté, qu'il décrit, à laquelle sont confrontées les personnes affligées : « *la cassure entre soi et ce qu'on exige de soi* »²⁴². Ainsi, face au poids de la norme, certaines ne peuvent accepter leur pratique qu'elles jugent et méprisent verbalement.

Une personne entretenue témoigne de cette intériorisation de la discrimination. Elle s'inflige elle-même son discrédit, elle culpabilise, y compris vis-à-vis de son médecin qui l'accompagne dans le soin de sa toxicomanie : « *parce que j'ai ce truc..., enfin je ne sais pas c'est très culpabilisant. Voilà, je me culpabilise énormément, de tout, je me sens une merde, même si je prends que de la substitution maintenant, c'est toujours pour moi un produit psychoactif. Je le mettrais dans le même panier. Et pour moi, c'est ça qui est difficile... Quand je vais chez le médecin, enfin euh, tout le temps j'ai dans la tête : « putain mais qu'est-ce qui pense de moi ? ». Là du coup, c'est peut être moi qui me fait vraiment beaucoup de... Enfin, je sais que je culpabilise, vraiment là-dessus, quand je vais chez ma psy, qui me demande d'arrêter d'abord la méthadone avant de penser à arrêter les antidépresseurs. Voilà, y a quand même toujours ce truc, où t'as quand même l'impression d'être pas normale. C'est*

²³⁹ Ceux sont des CAARUD avec une organisation institutionnelle et des professionnels qui ont un discours normatif vis-à-vis de la consommation de drogues.

²⁴⁰ Entretien 17, femme, 40/45 ans

²⁴¹ *Stigmaté*- ibid

²⁴² *Stigmaté*- ibid

vrai que je suis un peu émotive mais surtout j'ai l'impression d'être seule et de m'enfoncer dans cette solitude parce que je suis moins alerte aux rencontres. »²⁴³.

Ce témoignage illustre le propos de E. Goffman : « *la présence alentour de normaux ne peut en général que renforcer cette cassure entre soi et ce qu'on exige de soi, mais en fait, la haine et le mépris de soi-même peuvent aussi bien se manifester lorsque seuls, l'individu et son miroir sont en jeu* ». ²⁴⁴ Dans l'entretien précédent, la personne précise que « *nous-mêmes, on est stigmatisé, mais nous-mêmes, on stigmatise, enfin en tant que consommant, consommateur... C'est fou hein ! Et puis on est dans la culpabilité !* »

La personne affligée a donc sa part de responsabilité dans le processus de stigmatisation. Elle n'en est pas que le sujet, elle peut en être actrice, en le relayant envers elle-même ou envers ses pairs.

En effet, comme le pointent certains entretenus, une des stratégies pour ne pas se sentir concerné par le stigmate serait de le déverser sur d'autres. D'après E. Goffman : « *l'individu stigmatisé montre une tendance à hiérarchiser les « siens » selon le degré de visibilité et d'importunité de leur stigmate. Envers ceux qui sont plus évidemment atteints que lui, il a souvent la même attitude que les normaux adoptent à son égard* ».

C'est par exemple le cas de la personne qui expose qu'au début de sa prostitution elle préférerait rester isolée, persuadée de la véracité du stigmate concernant ses pairs : « *J'étais plutôt du genre à travailler dans mon coin avec ma copine et puis les autres, je ne leur adressais pas la parole. Pour moi, y'avait les putes et y'avait moi et ma copine. Pour moi toutes les putes avaient un problème d'agressivité, de violence, de prise de produits, de voilà. Donc j'avais un préjugé, quoi ! Je portais un regard très stigmatisant sur les autres. Et je me disais que nous deux, on était, vraiment très différentes des autres.* »²⁴⁵

Cette stratégie peut amener une communauté à n'admettre que certaines pratiques. Par exemple, l'entretien 5 présente la virulence du rejet de l'injection et des opiacés : « *en milieu festif* », par le besoin de déculpabiliser : « *alors qu'il s'y prend pleins de produits, la personne qui prend de l'héroïne est pointée du doigt. Peu importe le milieu faut toujours pire que toi, pour jeter la pierre pour déculpabiliser et te sentir plus à l'aise dans ce que tu fais même dans des milieux qui se disent ouverts et libres d'esprit...on a essayé de faire changer aussi les gens qui échangent cinquante fois leur paille dans leur soirée, prennent toute sorte de produits, et vont d'une voiture à une autre, qui vont jeter la pierre et demander de partir au gars qui va prendre au matin son Subutex, qu'il injecte, comme tous les matins. On a essayé*

²⁴³ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

²⁴⁴ Stigmaté- ibid

²⁴⁵ Entretien 7, femme, 30/35 ans

d'ouvrir le dialogue avec ces personnes en rappelant que ces personnes étaient respectueuses et jetaient après leur injection leur matos dans des containers. Les injecteurs respectaient aussi les personnes qui n'aimaient pas le geste, elles tenaient compte de ce point de vue. Je n'ai jamais vu trainer de matériel en milieu festif. A la différence de la ville, où parfois, on voit des seringues à terre. En festif les personnes savent que ce n'est pas accepter, l'injection c'est un peu le tabou. »²⁴⁶

Ainsi, certains adoptent vis-à-vis de leurs pairs le même regard posé socialement sur eux. Par exemple, dans l'entretien 6 parle de pairs comme : *« Un couple de prototypes, un couple dont il ne faudrait pas garder les enfants »*. La personne entretenue réagit à mon silence et à mon regard qui a dû trahir mon étonnement en disant tous bas : *« Remarque on n'est peut-être pas mieux »*. Plus loin, elle semble se déculpabiliser de ses consommations et celles de son compagnon en utilisant l'expression : *« On n'est pas toxico au dernier degré »*.²⁴⁷

Comme le relèvent J.C. Croizet et J.P. Leyens, la comparaison sociale est une des stratégies de maintien et de protection de soi. : *« L'individu aura plutôt tendance à choisir de se comparer avec d'autres personnes plus mauvaises que lui »*²⁴⁸ Et cela génère des difficultés pour que les personnes se rassemblent.

A ce propos, une intervenante stipule : *« C'est super dur de les faire sortir de leurs préoccupations individuelles et de leur faire prendre conscience que la voisine, elle a aussi les mêmes préoccupations et qu'elles ont une cause commune. Parce qu'on constate beaucoup de racisme et de division dans la communauté des prostituées, comme dans tout le reste de la population, malheureusement. Les roumaines disent que c'est la faute des bulgares. Les bulgares disent que c'est la faute des africaines. Et les françaises la faute des étrangères. Et donc du coup l'enjeu c'est de rassembler pour créer cette solidarité. Et ça ce n'est pas évident ! Mais on essaie, on essaie... ouais (souponne) »*²⁴⁹

Par ailleurs, une telle stratégie est ambivalente puisqu'en voulant se défaire du poids du stigmat, elle le cultive. En effet, elle valide sa teneur en la légitimant pour d'autres.

La personne entretenue interprète ce phénomène en lien avec son propre vécu : *« y'a le regard de la société qui est posé sur la prostitution et qui finit par être le regard sur soi-même. Cette intériorisation du stigmat qui finit par nous faire dire qu'on a quelque chose qui tourne pas rond, pour être pute quoi ! Et pour survivre à ce stigmat, je me disais ça : que « j'étais différente ! ». Et pour m'en sortir, je re-stigmatisais les autres un peu plus. Donc en second*

²⁴⁶ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

²⁴⁷ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

²⁴⁸ Mauvaises réputations. Ibid

²⁴⁹ Entretien 7, femme, 30/35 ans

temps ce que j'ai aimé c'est rencontrer I, passer beaucoup de temps avec elle, qui exprimait qu'elle était pute et qui l'assumait. J'ai de suite appréciée sa posture. Et elle m'a enlevée un poids énorme sur les épaules, en me disant que ce que je vivais c'était normal et que c'était la société qu'avait un problème et pas moi. Ça, ça été énorme ! Et elle m'a racontée que je n'étais pas la seule à le vivre mal et qu'ensemble on avait un intérêt à se retrouver, à être solidaire et à se battre pour faire tomber ce stigmat. Ça j'ai trouvé ça... C'est ça qui m'a accroché ! Ça et le fait que je pouvais venir ici sans jugement, en annonçant que j'étais pute. C'était le seul lieu où je pouvais venir sans être jugée, sur mon activité, quoi ! »²⁵⁰

Il y a donc, un enjeu de se défaire du stigmat pour les personnes qui en sont porteuses car ses revers sont trop lourds : le jugement, la discrimination, la culpabilité, la honte, la non confiance en soi ou en l'autre. Qu'il soit vécu comme infligé, ou que la personne se les inflige ou le fasse subir à d'autres, il plombe les personnes et biaise leur relation aux autres. En effet, même si ces témoignages présentent différemment leur situation, tous et toutes font part d'une difficulté d'écoute ou de pouvoir s'exprimer en tant que sujet, notamment auprès des intervenants qui les accompagnent dans leur soin.

Ce qui est problématique dans les situations mixtes selon E. Goffman, c'est que le stigmatisé « ignore ce que les autres pensent vraiment de lui »²⁵¹.

Un entretien témoigne que tout va être observé ou interprété en tant que tel, par la personne qui se sait concernée par un stigmat : « le gars il prend le carton de pompes du bout des doigts ... Comme ça (il me mime quelqu'un qui prend un objet du bout des doigts). Pourtant elles, c'était des pompes neuves. Il reprenait aussi le container du bout des doigts comme si ça allait lui péter à la gueule. Ouais, c'était rigolo. Et après, ils venaient nous voir au squat vu qu'on était dans la même rue. Du coup on venait rarement au local car l'échange se faisait au squat ou dans la rue. Parce qu'on n'était pas spécialement les bienvenus non plus. On nous disait qu'il fallait éviter de passer au local. Donc on évitait de passer au local. »²⁵²

La personne relate cette scène avec beaucoup d'humour, elle relativise ce manque d'égard en s'en moquant. Selon Vincent de Gauléjac, l'humour est un moyen de désamorcer l'intériorisation de la honte. Rires de ses faiblesses serait un moyen de les reconnaître en scindant la part de soi qui est potentiellement objet de honte et la part de soi qui reprend à son

²⁵⁰ Entretien 7, femme, 30/35 ans

²⁵¹ *Stigmat*. Ibid

²⁵² Entretien 12, homme, 35/40 ans

compte les jugements d'autrui. Et effectivement, il n'est pas rare que les personnes entretenues, rient ou présentent comme ridicules les discriminations dont elles font l'objet ou s'infligent elles-mêmes. Le local évoqué dans le témoignage précédent est celui d'une antenne de Aides il y a quinzaine d'années, où d'après les propos de la personne, une communauté semble en rejeter une autre : *« des gays et lesbiennes et ils n'avaient pas l'habitude des toxicos »*. Pour éviter une cohabitation conflictuelle, les intervenants ont opté pour rencontrer les consommateurs de drogues à l'extérieur. Pour être admis dans leurs lieux de vie, squats ou dans la rue, ils vont faire avec les personnes rencontrées sans les juger, avoir une démarche empathique inscrite dans des actes : ne pas afficher de la peur face à *« des punks ravagés »*, donner des seringues alors que c'est interdit par la loi, *« Ils ne venaient pas moralisateurs ou quoi que ce soit... quoi. Donc ceux qu'avaient besoin ils leur demandaient des pompes »*.

D'après l'entretien ils sont discrets afin de ne pas générer de *« gros conflits »* entre ceux à qui ils s'adressent et les *« zonards antis toxicomanes »*. Ainsi le contact, puis une relation de confiance ont pu s'instaurer : *« Ça se passait... Au bout d'un temps on les connaissait et euh aussi... Ça se passait bien. Euh. Y'avait une bonne relation avec eux. (Sourire). Certains auraient pu avoir peur car c'était vraiment la zone dans le squat. Y'avait des punks des ravagés, on buvait beaucoup on s'défonçait, enfin tu vois bien comment c'était à l'époque... le fait qu'ils n'aient pas peur de rentrer le soir dans le squat... ça passait bien... Je pense que pour eux aussi ça se passait bien. Ils n'avaient pas l'air effrayé et ça a permis de se connaître humainement... La bonne relation était dans les deux sens »*.

Comme le soulève cet entretien, une des stratégies des stigmatisés est de se distancer des autres, de se rassembler en *« sous communautés »* avec les siens (*« tox », « SDF », prostituées »*) qui *« paraissent engagés dans un refus de l'ordre social »*.

Cela s'explique pour E. Goffman car *« la personne honteusement différente peut se couper de ce que l'on nomme la réalité et s'efforcer obstinément d'interpréter au mépris des conventions le personnage attaché à son identité sociale »*.²⁵³

Et, lorsque les personnes stigmatisées font corps elles deviennent plus difficilement appréhendables sauf par les *« initiés »*. Terme que propose E. Goffman pour désigner le *« marginal devant qui l'individu diminué n'a ni à rougir, ni à se contrôler, car il sait qu'en dépit de sa défiance il est perçu comme quelqu'un d'ordinaire »*. Et d'après cet auteur une des façons d'être initié est *« de travailler dans un établissement qui pourvoit aux besoins des personnes affligées ou qui se charge d'exécuter les actions que la société engage vis-à-vis d'elles »*.²⁵⁴

Entretien 12, homme, 35/40 ans

²⁵³ *Stigmaté*. Ibid

²⁵⁴ *Stigmaté*. Ibid

Par ailleurs, la personne, qui fait l'objet d'un discrédit, peut s'en défendre en adoptant une attitude de méfiance vis-à-vis des personnes qui représentent la société, par exemple les professionnels qu'elle est amenée à côtoyer. Cela peut se produire y compris à l'intérieur des associations comme le relatent deux entretiens. Une personne par exemple, fait part d'une réserve à parler librement lors de son premier accueil à Aides : *« Par contre, quand on a abordé ma consommation de produits, j'avais vachement de mal à en parler. Je parlais tout doucement. Je me disais t'es qui pour me demander ça. Je n'avais pas de confiance, peur du flic ou du mec qui va balancer. J'étais un peu méfiante. Même si ce n'était pas un interrogatoire, et qu'on était un peu isolé je me demandais pourquoi il me demande ça. Et ça ne fait pas longtemps que j'arrive à parler de produits comme ça, sans savoir à qui je m'adresse. J'ai eu vachement de mal pour ça. Mais ça ne m'a pas empêché de revenir. »*²⁵⁵

Enfin, une intervenante²⁵⁶ qui se définit comme la seule à avoir une double casquette (prostituée et diplômée), dans son équipe constituée, pourtant à parité entre les *« non putes (issues des formations sanitaires et sociales, y compris sociologie) et les putes »*, témoigne d'une difficulté à trouver sa place. D'après son entretien, la stigmatisation de part et d'autre l'engendre : *« Moi je porte un double stigmat, celui de pute et d'assistante sociale. Les AS, ici c'est celles qui placent les enfants et chez les AS, les putes ceux sont celles qui font des passes devant leur gamin. Voilà. Et moi j'essaie de déconstruire les deux parties, ici. C'est sûr qu'il y a des AS qui placent à la va-vite, par crainte, par manque d'information, par intérêt personnel et puis y'a des putes sûrement qui font des passes devant leurs enfants. Dans les deux cas pour moi ce n'est pas la majorité. Et je me retrouve ni dans l'un ni dans l'autre »*.

La lutte contre la stigmatisation s'avère difficile même dans des espaces où pourtant *« les personnes ici, qui ont un diplôme sont très proches de la condition des prostituées, donc pour moi il n'y'a pas tant de séparation que ça »*. Le *« ici »* sous-entend dans l'association de santé communautaire.

Pour conclure l'ensemble des entretiens illustrent le point de vue de E. Goffman quant au stigmat : *« L'écart entre identité virtuelle ou réelle, s'il est connu ou visible, compromet l'identité sociale de l'individu »*. Cela a *« pour effet de couper l'individu de la société et de lui-même, en sorte qu'il reste là, personne discréditée face à un monde qui la rejette. »*²⁵⁷ Qu'il ou elle soit concerné par l'usage de drogues, la prostitution ou la rue, appréhende le jugement ou la stigmatisation en conjuguant soit le rejet envers soi, les siens ou celui des autres. Il s'opère alors, une mise à distance avec les autres, entre les siens, entre nous et eux, entre le patient/l'usager et le professionnel, entre l'aidant et l'aidé. Dans tous les cas,

²⁵⁵ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

²⁵⁶ Entretien 7, femme, 30/35 ans

²⁵⁷ *Stigmat*. Ibid

l'individu se cloisonne. Cependant, certains entretiens évoquent une possibilité de mise en lien par l'établissement d'une « bonne relation » lorsque les professionnels ne témoignent aucune peur ni morale, vont vers eux et font en fonction d'eux. Ainsi, comme le prochain chapitre le détaille, ce récit illustre comment au contact des associations qui appliquent cette démarche, la personne peut jouir, un temps et dans un certain cadre, d'une déstigmatisation présentée plutôt comme salvatrice par les personnes stigmatisées.

Chapitre 10 : Comment le vécu à l'intérieur des associations permet de dépasser le stigmate

Le chapitre précédent a mis en exergue combien les personnes entretenues pouvaient être concernées par la stigmatisation. Et combien elle rend difficile les contacts mixtes et peut conduire à non écoute et l'isolement des personnes affligées. Les prochains paragraphes vont mettre en exergue comment au contact et à l'intérieur des associations, ayant une démarche communautaire ou d'auto-support, les effets du stigmate vont s'estomper.

D'après les entretiens, le premier contact répond la plupart du temps à un souhait d'accès au matériel de réduction des risques (d'injection par exemple) ou à un souci particulier. Une fois qu'ils ou elles passent la porte de l'association, beaucoup relèvent l'aspect convivial, souple et chaleureux de l'accueil proposé. Ce cadre d'accueil, et la posture avenante de l'intervenant peut les encourager à se poser, s'arrêter pour prendre un café ou un verre d'eau et surtout pour « *discuter en même temps* »²⁵⁸. C'est alors qu'ils trouvent au sein de ces espaces d'autres apports : se sentir libre, se libérer d'une parole, être valorisés, pouvoir participer, défendre leurs droits, s'entraider etc. Beaucoup décrivent ce phénomène comme plaisant voire magique. Et ainsi à l'intérieur des murs des associations d'auto-support ou de santé communautaire, les personnes entretenues témoignent toutes, d'effets qui remettraient en cause la prégnance du stigmate dans ces espaces. Cela s'illustre par exemple par le dépassement des non-dits et tabous, abordé ci-dessous.

10.1. Le dépassement des non-dits

Ce paragraphe va explorer le dépassement des non-dits et des tabous. La prise et la liberté de parole du sujet sont de mises d'après les entretiens grâce aux conditions d'accueil des associations, dans le cadre individuel puis dans le collectif.

D'après les personnes entretenues, en tant qu'accueillantes ou accueillies, l'écoute et le non jugements sont les premières qualités de l'accueil des associations communautaires.

C'est, ce dont témoigne par exemple l'entretien 12 : « *avec aucun jugement sur la façon de vivre ou de consommer des gens. Et ça c'était important ! Le fait de ne pas être jugé parce que ça permet de se sentir à l'aise et de libérer la parole* ».

L'entretien 6 corrobore ce point de vue et valorise l'écoute, dont la parole fait aussi objet : « *A l'époque ce qui m'a plu c'est cette écoute. Voilà, on arrive à Aides et ce n'est pas des personnes qui vont te détailler des pieds à la tête pour essayer de se faire une idée. Non ils*

²⁵⁸ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

allaient d'abord écouter ce que la personne a à dire avant de se faire une idée d'entrer de jeu... Ce qui est très important c'est avoir des intervenants dans l'écoute et le non jugement. Savoir regarder la personne comme si tu l'as toujours connue, enfin comme quand tu vas dans une soirée et que tu vas à la rencontre d'une personne simplement pour faire connaissance. Voilà, surtout pas comme dans un lieu formel, ou comme dans un bureau d'administration, dans un lieu où on dit seulement « bonjour je peux vous aider (...) Enfin à Aides ce qui est pas mal c'est de ne plus reconnaître qui sont les intervenants et qui sont les accueillis... Cela permet aux personnes de se sentir libre de parler, car elles savent qu'on n'est pas des voyeurs. (...) C'est important d'être accueilli par quelqu'un qui a une grande oreille, pas seulement grande mais bien ouverte ».²⁵⁹

Tous les entretiens s'accordent à ce propos et plusieurs stipulent que ces atouts qui rendent les associations avec cette démarche, uniques en leur genre, comme en témoigne un autre entretien : *« J'ai été accueillie comme jamais j'ai été accueillie dans une structure. Surtout on vous laisse une place et on vous écoute et vous êtes quelqu'un, quelqu'un comme les autres, vous n'êtes pas à part. On n'est pas à part, on est une personne, on est unique. On fonctionne avec la personne, comme elle est et voilà ça fonctionne comme ça ».*²⁶⁰

Grâce cette posture d'écoute et de non jugement, à l'intérieur des murs des associations des rapports fluides peuvent s'établir : *« Super avec l'animateur on parle normalement. Les discussions venaient normalement, naturellement, sans questionnements, c'est ça que j'ai apprécié, aussi, par rapport aux autres assos (...) C'était une relation tranquille. Tu sentais qu'il essayait de comprendre quoi. Je suis revenue car je me sentais à l'aise. Et surtout vis-à-vis du non jugement qui est ressorti : t'arrive, t'as pas de jugement, pas 10 000 questions, l'anonymat. Ca, ces trucs c'est vachement important. Et pouvoir se poser quelques heures cool, quoi ! Tu sens que t'es en confiance et en sécurité, parce que Aides ! »*²⁶¹

Une autre femme accueillie relève le caractère bienveillant et confortable de ce type d'accueil : *« Et un jour j'y suis passée ... je m'y suis sentie vraiment bien, bien accueillie, là, pour le coup²⁶². Y'avait un espace vraiment pour les gens qui viennent, on te propose un café, enfin on sent que... On se sent bien voilà. Y'a un canapé où on peut se poser. On peut discuter. On est bien accueillie. Y'a pas de jugement. Puis tout d'un coup on ne se sent plus*

²⁵⁹ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

²⁶⁰ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

²⁶¹ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

²⁶² A la différence de d'accueil de d'autres associations qu'elle présente précédemment

en marge. On sent qu'on est dans un endroit où... On se sent presque en sécurité, bizarrement. »²⁶³

Ce cadre d'accueil lui permet de ne plus se sentir en marge. Le sentiment de sécurité qu'elle ressent est ponctué d'un « *bizarrement* » car quelque part c'est un comble pour elle d'avoir une telle sensation dans un espace qui réunit un public, présumé déviant et dangereux.

Car pour les personnes stigmatisées, le sentiment d'insécurité émerge surtout lors des contacts mixtes comme le souligne E. Goffman, en citant Sullivan²⁶⁴ : « *La peur qu'éprouve un individu de ce que les autres pourraient lui manquer d'égards, à cause de quelque chose qui apparaît chez lui, entraîne une insécurité permanente dans ses rapports avec les gens* ».

Au contraire, les lieux de santé communautaire créent pour la majorité des personnes entretenues un cadre rassurant : « *tu te sens accueillie, écoutée, sans jugement et ça c'est vachement important* ». »²⁶⁵

D'après un autre entretien, quelque soit l'aménagement mis en place les personnes accueillies s'y retrouvent parce qu'elles peuvent échanger : « *Peu importe qu'on ait trois flyers éclairés avec la bougie ou un espace avec des fauteuils, le café, une super déco, les gens venaient quand même discuter.* »²⁶⁶

De plus, liberté de parole et l'écoute sont ressentis car les modalités d'accueil prennent en compte les besoins des personnes. Par exemple, par l'acceptation des chiens, comme le raconte un entretenu : « *ça a été le premier lieu où on a pu rentrer avec les chiens et avec de l'alcool aussi, dans une certaine mesure... ils ont permis certaines libertés pour surement libérer la parole* ». »²⁶⁷ L'autorisation, la tolérance ou l'adaptation du lieu d'accueil au public permettrait donc aux personnes de se libérer des faux-semblants.

Enfin, les personnes apprécient particulièrement de pouvoir parler librement d'injection, consommation de drogues, de prostitution etc. Ces associations sont identifiées comme un lieu où ils peuvent évoquer ces sujets, qui font partis de leur quotidien d'une minorité, qui ne peut en faire part, à une majorité. Un intervenant jeune consommateur stipule une des limites du cloisonnement de cette autorisation à dire : « *Après ça a peut-être banalisé ma consommation. Moi j'injectais de manière occasionnelle et je voyais des gens injecter tous les jours. Ça serait peut-être le point négatif, la petite épine, de mon implication* »²⁶⁸

²⁶³ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

²⁶⁴ Cité dans *Stigmaté*. Ibid.

²⁶⁵ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

²⁶⁶ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

²⁶⁷ Entretien 12, homme, 35/40 ans

²⁶⁸ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

Ainsi, pour plusieurs personnes accueillies entretenues, un cadre d'accueil confortable, collant à leurs besoins, avec des intervenants dans une posture d'écoute et de non jugement, leur permettent de se poser, de se sentir à l'aise et d'oser dire, sortir des tabous, et des non-dits...

A ce propos, E. Goffman stipule : « *L'apprentissage du faux semblant constitue l'une des phases de la socialisation de l'individu stigmatisé, en même temps qu'un tournant de son itinéraire moral. Mais il convient de ne pas oublier que, parfois, l'individu stigmatisé en vient à sentir qu'il devrait être au-dessus de tout cela, et que, s'il parvient à s'accepter et à se respecter tel qu'il est, il n'aura plus nul besoin de cacher son imperfection. Il arrive donc à poursuivre en la désapprenant. C'est alors que la divulgation volontaire entre dans l'itinéraire moral dont elle marque l'une des étapes. Ajoutons que, dans les autobiographies des personnes stigmatisées, typiquement cette étape est décrite comme la dernière.* »²⁶⁹

Les effets du stigmatisme vont s'estomper. Les personnes semblent dire que dans ces conditions leur « je » peut s'affirmer ? Il serait question ici du « Je » de la théorie de J. Butler ?

Ce professeur de rhétorique et de littérature a engagé plusieurs réflexions autour du sujet (être de parole selon la psychanalyse) et la philosophie morale (l'éthique). Dans son ouvrage, *Le Récit de soi*²⁷⁰, elle consacre un chapitre à « *la limite du jugement* ». Ce dernier est chapoté par un constat de M. Foucault « *je ne peux m'empêcher de penser à une critique qui ne cherchait pas à juger mais à faire exister une œuvre, un livre, une phrase, une idée ... Elle ne multiplierait non les jugements mais les signes d'existence* ».²⁷¹

J. Butler avance que l'« *on ne peut réduire la reconnaissance à la production et à la déclaration de jugements à propos des autres.* »²⁷² Même si elle reconnaît qu'« *il y a des situations éthiques ou légales où des jugements doivent être prononcés* »,²⁷³ elle fait valoir qu'« *en réalité, la reconnaissance nous oblige parfois à suspendre le jugement pour mieux appréhender l'autre* »²⁷⁴. D'autant que selon elle, « *la scène de jugement moral, lorsqu'on juge des personnes pour ce qu'elles sont, établit invariablement une distance morale entre ceux qui jugent et celui qui est jugé* »²⁷⁵.

²⁶⁹ *Stigmatisme*. Ibid.

²⁷⁰ Judith Butler, *Le récit de soi* – PUF- Pratiques théoriques, Paris, 2007, publié initialement en langue anglaise en 2005.

²⁷¹ Cité dans *Le récit de soi* (Ibid), Michel Foucault, « philosophe masqué », in *Dits et écrits*, Vol III, Paris Gallimard, 1994, p106

²⁷² *Récit de soi*, Ibid

²⁷³ *Récit de soi*, Ibid

²⁷⁴ *Récit de soi*, Ibid

²⁷⁵ *Récit de soi*, Ibid

Elle rappelle que la condamnation est un « *moyen d'établir que l'autre n'est pas reconnaissable* » et « *qu'elle purifie le soi en l'extériorisant* »²⁷⁶. Pour reprendre une expression populaire : « *pointer la paille dans l'œil du voisin plutôt que de voir notre poutre* », comme nous avons vu que le faisaient les différents protagonistes dans le processus de stigmatisation, empêche « *une reconnaissance réciproque entre les êtres humains* ». Être humain qu'elle définit « *comme opaques à eux-mêmes, partiellement aveugles, limités de façon constitutive* »²⁷⁷.

Ainsi, selon ces deux philosophes une démarche de non jugement permet au sujet de retrouver sa place de « *sujet d'énonciation : je porte-parole du Moi* »²⁷⁸ et s'affranchir du rôle d'objet de la stigmatisation. J. Barus-Michel précise que les sujets sont souvent traités en objet par les pouvoirs alors que l'humain a besoin d'être reconnu comme acteur de sa vie, vu, connu et aimé.

C'est en ce sens que Aides adopte le « non-jugement » comme règle éthique fondamentale. Les fondateurs ne nient pas que chacun d'entre nous juge tout le temps car c'est un moyen de constitution (par comparaison, imitation, rejet, prise de position dans un collectif...) mais ils demandent aux intervenants dans leur relations aux utilisateurs de l'association et vis-à-vis des autres intervenants : « *de faire en sorte que leurs jugements n'interfèrent pas dans leur relation à l'autre, ne les empêchent pas d'exprimer leurs différences, n'obèrent pas l'écoute...* »²⁷⁹.

L'aspect fondamental de cette attitude est relevé par les intervenants entretenus : « *Pour moi le non-jugement c'est mon point d'honneur. Le respect de l'autre passe par le non jugement. C'est nécessaire pour la communication. C'est la base. Quand le non jugement et le manque de respect commence à se faire sentir dans le CAARUD, là j'interviens de suite, c'est catégorique. Pour cela je reformule ce que dit la personne, je reformule de suite et cela permet à la personne de prendre conscience de ses propos. Des fois j'argumente, je fais des comparaisons avec des personnes proches, voire moi.* »²⁸⁰

Ce qui d'après les entretiens semble fonctionner, puisque tous et toutes s'appesantissent quant au bien être ressenti par le fait de ne pas se sentir jugés à l'intérieur des murs des associations.

²⁷⁶ Récit de soi, Ibid

²⁷⁷ Récit de soi, Ibid

²⁷⁸ Jacqueline Barus-Michel, psychologue et historienne des émotions, issu d'une intervention à une rencontre du réseau CREFAD, intitulé « Mille radicalités sur un plateau », Bugeat, 14 novembre 2013.

²⁷⁹ AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid.

²⁸⁰ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

En dehors du cadre d'accueil individuel, dépeint ci-dessus, un autre facteur, lié au collectif, va favoriser le libre-échange : le fait de partager une problématique commune. Cette réalité est manifestée par toutes les personnes entretenues qui décrivent les groupes d'entraide.

Par exemple, ceux qui réunissent les femmes consommatrices, comme le décrit l'entretien 13, « *Les sujets ne sont pas prédéfinis, c'est vraiment des discussions et c'est ça qui et bien. Ça venait naturellement. Et tu pouvais sortir des choses, que je ne pouvais pas sortir dehors, avec les gens avec qui je traînais. Là tu peux vraiment sortir des choses intimes mais pas dans le dramatique ou le fait divers. Des choses intimes que tu peux déposer là et être écoutée par un ou plusieurs interlocuteurs, et d'autres nanas qui vont dire « oui, moi aussi » et alors que tu pensais que t'étais seule avoir ce problème-là. Du coup tu te sens rassurée. Tu te sens moins seule, déjà. Et après tu vas parler avec cette nana qui t'a dit ça, et ça va aller un peu plus loin, tu vas échanger sur comment tu fais pour pallier à ce truc, cet échange de conseils, quoi. Ou si y'a pas de solutions, tu sais que y'a une autre nana qui le vit aussi. Le truc de pas être seule à avoir un problème, galère. Et t'en n'aurais pas parlé dehors comme ça dans une discussion avec une nana : « ah ouais toi aussi, t'as souci pour jouir ». Et là c'est sorti parce que tout faisait en sorte que ça sorte. Parce qu'on était dans un climat de confiance, t'es enrobé presque (gestualisé et traduit en parti) par les intervenants qui sont en recul, qui ne jouent pas le rôle des animatrices. Elles sont en recul, mais permettent le sentiment de confiance, qui t'enrobe, quoi, qui permet que ça sorte ! Du coup, t'es en confiance et pas sur tes gardes comme avec les gens de ton environnement ou autre ».*

Cela se réalise aussi dans une expérience de la non-mixité plus large, comme celle vécue dans une radio associative qui accueille des femmes avec des profils très différents : « *La première chose auquel j'ai participé, c'est la radio... C'est un lieu extraordinaire où l'on peut dire ce qu'on envie dire, dire ce qu'on pense sans prendre le risque d'être visibilisée. On se sent libre de prendre la parole, d'autant qu'on est entouré de nanas bienveillantes, qui n'ont pas un regard... Voilà. Je pense que y'avait des nanas qui n'avaient pas forcément d'avis sur la question, mais toutes étaient pour la liberté de toutes les femmes, en fait. Et c'est ça que j'ai aimé dans ce groupe de nanas. Certaines se disaient féministes, et moi je n'y connaissais rien ... C'est là, que j'ai commencé à prendre conscience du point commun entre toutes les femmes, même celles qui n'étaient pas putes : avant d'être pute on a peur d'être traitée de pute, quand on est pute et bé on a encore peur de se faire traiter de pute. Et qu'on est toute potentiellement des putes parce qu'on a un rapport aux hommes qui peuvent faire que l'on peut être traité de pute. Dès qu'on est en dehors de la norme, si elle existe et ben on peut être traitée de pute, donc on est toutes des putes. Donc, là, j'ai trouvé un terreau qui m'a aidé à prendre la parole au milieu de d'autres femmes, qui n'étaient pas putes officielles. »²⁸¹*

Dans l'ensemble des entretiens, les exemples de non mixité ou de coexistence de plusieurs personnes avec une problématique commune s'avèrent favoriser la prise parole, un « je » dans

²⁸¹ Entretien 7, femme, 30/35 ans

le « nous » et une entraide. Mais ceci n'est pas seulement lié aux pairs composants le groupe. En effet, l'observation participante faite dans un atelier de préparation à l'accouchement auquel participaient plusieurs couples en attente d'un enfant, avait mis en exergue qu'il ne suffit pas d'être une somme d'individus pour établir un groupe, et il ne suffit pas d'être une somme de pairs pour établir une « démarche communautaire ». Ce terme étant défini dans l'ouvrage de C. Caldéron et O. Maguet comme : « *une démarche dans laquelle des personnes à un moment donné et dans un contexte donné, identifient qu'elles partagent une même problématique et décident de former ou de rejoindre un groupe pour agir collectivement, afin de surmonter les obstacles générés par cette problématique*²⁸².

En effet comme l'illustre les témoignages ci-dessus, c'est autant le cadre d'animation qui va générer un espace où les personnes vont pouvoir s'autoriser à... (Oser parler, dire sans avoir peur du regard de l'autre).

Les entretiens précisent d'autres modalités qui vont y concourir, tant au niveau de l'animation qui laisse de la place aux personnes réunies (ne détermine pas les sujets abordés, laisse parler et écoute, garant du cadre éthique etc.) que du climat nécessaire à son bon déroulement (confiance, bienveillance, solidarité etc.)

Selon les entretiens, ces conditions permettent aux personnes affligées, de ne plus être obnubilées par la peur du regard de l'autre, d'être en confiance avec soi et les autres, de se sentir libre de parler y compris de choses intimes, de tisser des liens avec d'autres sur du « vrais » et non des « faux-semblants », de dépasser sa problématique personnelle, en s'associant à d'autres pour dénoncer les difficultés rencontrées, voire ce qui est véhiculé par le stigmate. Cet aspect est vécu comme « *extraordinaire* » ou « *magique* » par beaucoup de personnes entretenues.

De plus, le fait que ces associations soient composées de personnes qui peuvent être elles aussi concernées, facilite la prise de contact et ce phénomène, comme l'expose par exemple l'entretien 10 : « *le fait d'être dans une association et de se retrouver entre personnes avec la même problématique. C'est peut être une des raisons comme le fait que les intervenants soient aussi des personnes qui ont connu ces problématiques. Le contact est du coup plus facile. Et ça joue sur ce que les gens nous livrent* ». En effet, le fait que les accueillants puissent être assimilés aux accueillis concoure selon plusieurs entretiens à cette liberté de parole et conférer à ces associations un caractère « *unique en son genre* ».

Quelques-uns apprécient de ne pas pouvoir faire les différences entre accueillis et accueillants, de retrouver comme intervenant des gens « comme soi ». Pour eux, cela facilite un échange où la personne accueillie n'est plus obligée d'être dans les faux semblants, comme le suggère une travailleuse paire : « *Je fais comprendre aux gens que je comprends les choses sans qu'elles se disent ou que j'y fasse allusion. Alors que beaucoup de travailleurs sociaux*

²⁸² Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid.

*c'est : « qu'est-ce que t'as aux mains » et c'est relou, le mec est obligé de s'expliquer, de baratiner un truc. Ça crée un malaise. Je le sais moi j'ai les mains comme ça ».*²⁸³

Le fait d'être accueilli par un pair peut engendrer un rapport « d'égal à égal ». Et cela participe à rendre les actions plus pertinentes : *« C'était aussi un public avec qui on partageait les codes, une communauté dont on faisait partie donc ça facilitait l'action ».*²⁸⁴ Comme le soulève une autre entretien, les pairs ont une expertise du fait de leur parcours : *« On a l'avantage de connaître ce milieu, savoir ce qui manque, ce qu'il faudrait pour faire avancer le schmilblick, réduire les risques de contamination, de savoir comment les remettre en contact avec la société. »*²⁸⁵

Cependant aucune personne entretenue ne présente cette proximité comme une condition nécessaire à la rencontre et la relation à l'intervenant *« on n'est pas forcé d'être de la communauté pour faciliter la parole ».*²⁸⁶

Le fait d'être un intervenant concerné peut faciliter la prise de contact et favoriser l'entraide : *« Cela peut être facilitant de parler à quelqu'un qui a vécu des choses similaires, qui en parle en connaissance de cause quoi. On sait qu'on ne sera pas jugé quoi. On peut se livrer aussi ».*²⁸⁷ Une autre relate comment l'appartenance à la même communauté peut favoriser : *« un lien de malade, parce que y'a plus les barrières de la langue. Elles les connaissent, elles sont salariées depuis un moment, y'a un lien de confiance. Et puis elles ont leur vécu de putes, ce qui fait qu'au niveau de la communication ça se passe plus vite ».*²⁸⁸

Mais, comme l'expose un entretien, ne pas pouvoir identifier les personnes accueillies des intervenants, peut générer un certain flou, même s'il n'est pas forcément mal vécu : *« y'a un brassage comme ça qui se fait. Parfois je me dis que je ne sais même pas qui sont ces personnes : des intervenants, des bénévoles... Tout d'un coup je me dis tu sais même pas qui sont ces personnes ».*

De plus, une intervenante « paire » rappelle *« qu'on n'est pas forcé d'être de la communauté pour faciliter la parole »*²⁸⁹, cela *« peut freiner aussi »*. Pour elle, cette position a des

²⁸³ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

²⁸⁴ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

²⁸⁵ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

²⁸⁶ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

²⁸⁷ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

²⁸⁸ Entretien 7, femme, 30/35 ans

²⁸⁹ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

avantages et des inconvénients : « *je me sens plus militante, j'ai la niaque, parce que j'ai vécu aussi des choses. Mais du coup, des fois, ça peut être freinant d'être trop à fond dedans parce que du coup tu ne laisses pas forcément la place aux autres de s'exprimer. C'est comme ça, que je le ressens, un petit peu. Cela nous demande d'être vigilants à être dans une posture, juste de faciliter la parole de tous, en fait. A l'inverse cela peut être facilitant de parler à quelqu'un qui a vécu des choses similaires, qui en parle en connaissance de cause, quoi. On sait qu'on ne sera pas jugé, quoi. On peut se livrer aussi enfin, je ne sais pas comment dire ça !?* »²⁹⁰ La personne concernée peut aussi être perçue comme connaissant « *trop bien son sujet* ». ²⁹¹

Par ailleurs, comme l'expose un autre entretien, cela peut aussi susciter des jalousies : « *Et après c'est compliqué parce que j'ai été accueillie avant. C'est compliqué parce que ça commence à faire chier certaines nanas parce que je suis payée maintenant alors qu'elles sont volontaires. Et il y a des espèces de petites merdes et saloperies qui se font par derrière pour essayer de me niquer. Moi je suis honnête, je dis quand je me sens fatiguée et certaines s'infiltrant dans mes failles pour récupérer ma place. Je pensais que cela pouvait poser problèmes, parce que je me méfie en général, mais pas comme ça ! J'avais essayé de poser les choses dès le départ, car je savais que ça allait pouvoir être compliqué de me voir, comme salariée. Ces trucs tout pourris, malheureusement, ça bousille le travail qu'on fait, à un moment, toutes ensemble, et moi en tant qu'accueillie. Cette espèce de jalousie, de concurrence, de truc à la con, que je n'ai pas envie d'avoir et qui se font parce que l'humain est l'humain* ». ²⁹²

Jalousies qui peuvent être liées à la détention d'un nouveau statut, la perception d'un salaire. Et selon le même entretien, l'intervenant pair peut être perturbé, par le fait qu'en tant qu'aidant il se sent moins légitime à être aidé : « *Par contre, les bagages avec lesquels j'étais arrivé, en tant qu'accueillie, je les ai toujours et cette semaine, comme il m'est arrivé des trucs à côté, ils sont ressorties. Je suis venue à Aides pour certaines raisons qui ne sont pas effacées et je suis obligée de les mettre de côté, parce que je suis salariée. Je suis animatrice maintenant, donc c'est, à moi de recevoir les bagages des gens. Et ça c'est un peu compliqué, parce que t'es fragile et des fois ça ressort. Toutes les raisons pour lesquelles je suis passée à Aides ressortent d'autant que les gens que j'accueille peuvent me faire ressortir ça. C'est compliqué à gérer* ». ²⁹³

²⁹⁰ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

²⁹¹ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

²⁹² Entretien 13, femme, 30/35 ans.

²⁹³ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

Enfin, cette même intervenante exprime que son statut de pair implique qu'elle « *n'ai pas envie de les décevoir, quand ils sont en demande, dans ma façon de répondre* ». D'autant qu'« *on connaît les difficultés car on partage les mêmes* », ²⁹⁴ comme le soulève un autre entretien.

En conclusion d'après ces témoignages, et ceux non exposés, tous et toutes se sentent, dans les espaces de santé communautaire et d'auto-support, en confiance pour libérer leur parole, sortir des tabous et non-dits. Les intervenants qui sont ou ont été confrontés au stigmatisme trouvent, eux aussi, très important d'offrir des espaces où les personnes peuvent se décharger, parler librement, sans être jugées. Tout cela semble facilité par le cadre (l'aspect convivial, souple et chaleureux de l'accueil proposé), et l'éthique d'accueil (dans le non jugement, la non morale etc.), par le rapport d'égal à égal, et l'approche « du faire avec » et « par » les personnes accueillies permettent aux personnes reçues de percevoir les accueils comme des lieux de connaissance mutuelle où ils peuvent échanger librement y compris de choses de l'ordre de l'intime ou du tabou. La parole libérée à l'interne permet pour certaines personnes interrogées d'amoindrir l'effet du stigmatisme et de prendre la parole à l'extérieur comme en témoigne, entre autre, l'entretien 7 : « *L'asso a changé dans ma vie que maintenant j'ose de plus en plus dire mon activité, à des gens à qui je ne l'aurais jamais dit avant. Ça m'a enlevé ce poids de la culpabilité, et ça m'a enlevé le poids de la stigmatisation, me dire que je n'étais pas si différente des autres femmes...* » ²⁹⁵. E. Goffman dans son ouvrage *Stigmatisme* ²⁹⁶, décrit ce phénomène comme un « *alignement sur le groupe* ». Il rajoute : « *Si le groupe pair est militant, l'individu stigmatisé célèbre les mérites et les contributions de ceux de sa sorte, il s'affiche* ».

A ce propos, après avoir mis en exergue combien l'intérieur des associations peut être vécu comme un espace de liberté de parole qui permet de lever les tabous et les non-dits, les personnes stigmatisées vont pouvoir mettre en « jeu » leur « je ». Comme le dit une intervenante entretenue, ça va « *plus loin que la liberté de parole* ». Elle parle de « *liberté d'être* ». Les interactions vont leur permettre de se rendre compte qu'elles ne sont pas seules à vivre telle ou telle situation et de s'affranchir de la peur et l'isolement et pour certaines de sortir de l'ombre, ne plus avoir honte, comme le paragraphe suivant va le détailler.

10.2. Sortir de l'isolement,

²⁹⁴ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

²⁹⁵ Entretien 7, femme, 30/35 ans

²⁹⁶ *Stigmatisme*. Ibid

Si la question de liberté de parole est partagée dans les entretiens autant par les femmes que les hommes, l'isolement (solitude et/ou enfermement à l'intérieur du clan des consommateurs de drogues), et le poids ou la peur du regard social, se conjuguent au féminin dans les entretiens. Nous allons voir combien l'approche des associations communautaires (et d'auto-support) permet aux femmes d'en sortir ou de s'en défaire, pour partie.

D'après le rapport de L. Rivasseau, les femmes consommatrices disposeraient « *souvent de réseaux de soutien moindres que les femmes en général du fait de leur stigmatisation* ». ²⁹⁷

Ce constat justifie l'importance qu'elles accordent au fait que la fréquentation des accueils de l'association les aide à sortir de la solitude, comme l'illustre une personne entretenue : « *Je ne connaissais pas avant* ²⁹⁸, *car quand j'étais toxico. J'étais troglodyte un peu, je cherchais après la défonce et je n'agrandissais pas mon cercle, celui des dealers, mais pas le reste. Je n'allais pas à la recherche de nouvelles personnes, je n'en avais rien à foutre. Et XY m'a ouvert à un autre cercle en me faisant connaître Aides. Sans lui je ne serais pas allée chercher plus loin que à la pharmacie du coin de la rue. Plus c'était prêt mieux c'était en plus !...* » ²⁹⁹.

Cette consommatrice stipule que l'association a changé sa vie car elle « *m'a ouvert les yeux sur ma situation. Ben voilà, quoi, que les toxicos y'en a plein, qu'on n'est pas tout seul à avoir le même fonctionnement (...) Sinon ce que ça a changé, des amis en plus euh ! Quoiqu'à la base ça m'a vachement aidée sur le fait que ça m'a sortie de ma solitude.* »

Aides lui a permis de se remettre en lien avec la société : « *C'est important que les gens sachent, qu'à Aides, ils seront reçus, pas regardés comme à la pharmacie. Vous pourrez faire avec eux le boulot que vous avez fait avec moi, les resocialiser, les remettre en connexion avec des gens normaux. Ça pourra leur donner envie de faire des choses, car seul avec ta toxicomanie, tu n'as plus envie de faire des choses. Et là ça te donne envie. Regarde XY(s), tous ceux-là, y'en a plein, à qui vous avez bien servis, ils ont pu s'impliquer. Ils ont pu, grâce à vous, faire des choses. Ça donne un équilibre. Il faut ça !* ».

Une autre femme exprime que c'est lorsqu'elle souhaitait s'éloigner de la rue et arrêter la méthadone qu'elle s'est « *trouvée à quitter un monde et être sans ami, sans plus rien. On se dit mais comment je fais je n'ai plus envie de les voir, et mais je suis tout seule* » ³⁰⁰.

Ne plus se sentir seule, sécurise en quelque sorte : « *Tu te sens en sécurité parce que tu te dis tout d'un coup y'a pas que toi, y'a cette sécurité-là ! Tu te dis ah ben finalement je ne suis pas*

²⁹⁷ Rapport de stage présenté par : Lisa Rivasseau, Analyse des actions entreprises par les CAARUD de AIDES en direction des femmes consommatrices de produits psycho-actifs, Ibid.

²⁹⁸ L'association Aides

²⁹⁹ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

³⁰⁰ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

*la seule ».*³⁰¹ Plus loin, cette femme consommatrice exprime comme d'autres, que c'est entre autre sur point que Aides a changé sa vie : *« ça a été un point d'ancrage pour moi, euh une nouvelle porte qui s'ouvre pour aller à la rencontre de... Un endroit où je me sens vraiment bien. D'autant que dans cette société c'est vrai qu'on est vachement seul. Moi je suis seule, je suis célibataire mais maintenant, je sais que y'a Aides, qui n'est pas loin de chez moi, et où je sais que je suis toujours la bienvenue. »*

Cette sortie de l'isolement et la possibilité de se mettre en lien avec d'autres, de se reconnecter socialement leur apparaît donc nécessaire.

D'autant que, comme les femmes entretenues l'expriment, ces espaces leur permettent de prendre conscience de points de concordance dans leur vécu, et de se soutenir mutuellement. Et cela les renforce, leur donne un certain pouvoir sur leur vie, à différents niveaux :

D'une part, ne pas être seule à partager une oppression donne de la force : *« Voilà moi c'est ça que j'y trouve ! J'y trouve le fait de ne pas être toute seule. J'y trouve le fait de ne pas être qu'une pute à (ville), et de voir que dans le monde entier on vit la même oppression et de partager comment on lutte chacune dans nos pays, chacune dans nos régions. Et ça, ça donne une force incroyable. »*³⁰² Les difficultés ne sont plus envisagées de manière isolée, liées à un individu, à soi et cela permet à certaines de ne plus se sentir coupable, de ne plus avoir honte et de pouvoir s'affirmer, de retrouver une certaine légitimité, d'asseoir son statut de « putes » ou de « tox » : *« Ça m'a permis de rencontrer des personnes avec qui je suis toujours en lien. Ces personnes m'ont permis d'être plus sûre, de confirmer mes idées. A savoir, que ce que je pense je ne suis pas seule à le penser. Et surtout ne plus avoir honte de consommer. »*³⁰³.

D'autre part, cela leur donne envie de sortir de leur clandestinité : *« Je me cache moins. Je n'ai jamais eu honte d'être toxicomane, mais je crois que j'ai pu m'affirmer encore plus en tant que tel. Quand je dis j'ai jamais eu honte, ce n'est pas une fierté, pas du tout. C'est même une misère, mais en même temps je n'aurais pas pu faire autrement : je suis tellement curieuse ! »*³⁰⁴

Ces apports dont toutes les femmes témoignent seraient, eux aussi, liés au cadre d'accueil, collectif et d'entraide. Une intervenante témoigne : *« Moi, ce que je trouve indispensable au collectif c'est l'idée de confrontation à l'autre, et de voir que les personnes se rendent compte par elles-mêmes en discutant, en échangeant, en étant parfois pas d'accord que ce n'est pas une situation dans laquelle elles sont isolées ou seules et que ce n'est pas que c'est valorisant*

³⁰¹ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

³⁰² Entretien 7, femme, 30/35 ans

³⁰³ Entretien 17, femme, 40/45 ans

³⁰⁴ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

*mais tu dis « mais merde je ne suis pas... Ça déculpabilise beaucoup et ça permet aussi de se filer... Et puis ça travaille sur les représentations de soi et de l'autre. Ça permet d'avancer. »*³⁰⁵

Elle donne l'exemple de rencontres faites avec des personnes qui vivent avec l'hépatite C et précise que ces dernières « *avaient des profils tellement variés que eux-mêmes disaient que dans la rue ils ne seraient jamais rencontrés malgré leur point commun, d'avoir l'hépatite C. Ils n'auraient jamais discuté. Ils avaient des discours vraiment différents selon leurs catégories sociales, je dirais, leurs parcours de vie, les tox, les pas tox, leurs modes de contamination etc. Enfin, bref différentes représentations qui ressortaient aussi.* »

Pourtant, elle rapporte : « *après 3 jours, j'ai pu voir un changement dans le rapport entre les personnes et la manière dont elles étaient solidaires les unes les autres, qu'était absolument extraordinaire. Des personnes qui disaient dans le groupe je pensais ça et aujourd'hui je pense ça. Et en fait, le combat il est ensemble, il n'est pas vous, mais nous. Ensemble, parce qu'on a vraiment un point commun, en l'occurrence ici, l'hépatite C. Mais il n'y avait plus ce stigmatisme ou les discriminations que l'on peut, nous, vivre dans notre société. C'était de la confiance, du confort et un discours collectif. C'était puissant. Nous, on a garanti le cadre mais le contenu ne nous appartenait pas.* »³⁰⁶

Une consommatrice accueillie expose que ce cadre collectif lui a donné la force de sortir de l'ombre et de s'afficher : « *On a créé un poster pour affirmer que nous les consommatrices de produits ont été là, que les CAARUD étaient des endroits qui nous appartenaient, qu'on pouvait y discuter, qu'on y était. Sur ce poster y'avait des photos de certaines consommatrices de l'accueil, on se rendait visible, pour une fois, mais pas négativement, voilà ! C'était presque une force parce qu'on était plusieurs. Et à plusieurs, on pouvait créer quelque chose quoi.* »³⁰⁷

Pouvoir oser dire son « je » et son « jeu », échanger, rencontrer l'autre, sortir de l'isolement, amènent la totalité des personnes interrogées à affirmer que la rencontre avec une association communautaire ou d'auto-support a changé leur vie. Certaines expriment que cette expérience leur a permis de « *reprendre leur vie en main* ». Cela leur a donné l'impression d'être eux-mêmes, d'être quelqu'un. C'est ce dernier atout qui sera précisé dans le prochain chapitre.

10.3. D'une autre représentation de soi à une reconnaissance sociale

Avant de détailler comment le regard et la place donnée par les associations vont permettre aux personnes stigmatisées de trouver une autre représentation de soi et une reconnaissance

³⁰⁵ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁰⁶ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁰⁷ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

sociale, le premier paragraphe de ce chapitre aborde rapidement la thématique de la honte, évoquée dans les entretiens cités précédemment et son pendant, la fierté.

10.3.1/ Dépasser le sentiment de honte

Afin d'approfondir cette notion évoquée, seulement dans quelques entretiens, ce prochain paragraphe aborde tout d'abord, les références théoriques issus des ouvrages de E. Goffman et V. de Gauléjac.³⁰⁸ Puis, elles sont mises en lien avec les propos des entretiens. Ainsi, il va être mis en exergue qu'être plusieurs à partager la même problématique et le regard porté dans les associations rassurent la personne, lui permet de se dégager d'un éventuel sentiment de honte.

D'après E. Goffman, la honte surgit dès lors qu'un individu perçoit « *l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder, une chose qu'il se verrait bien ne pas posséder. La présence alentour de normaux ne peut en général que renforcer cette cassure entre soi et ce qu'on exige de soi, mais en fait la haine et le mépris de soi-même peuvent aussi bien se manifester lorsque seuls l'individu et son miroir sont en jeu* »³⁰⁹.

Pour V. de Gauléjac,³¹⁰ la honte suppose que la personne prenne à son compte la responsabilité de son état et dédouane le système social. Pour lui, si la honte est avouée, l'individu se soumet donc à l'ordre des choses et devient digne d'être aidé.

Or, ce n'est pas le propos des personnes entretenues. Aucune ne situe son stigmate comme quelque chose d'avilissant dont elle souhaite être secourue à tout prix. Les entretiens ne nient pas l'impact du contexte social et juridique dans leur situation comme en témoigne l'entretien d'une personne qui souhaite lutter contre la prohibition : « *pour ne plus avoir honte de consommer. Parce que la honte provient du gros tabou véhiculé par les médias, la justice, la société, la politique.* »³¹¹. Dans un propos militant elle fait plutôt valoir son souhait que la honte ne ternisse plus la vie des consommateurs.

Les seuls entretiens³¹² qui verbalisent cette « honte » sont ceux de femmes qui stipulent ne plus la ressentir. Cela peut s'expliquer par un autre propos de V. de Gauléjac : « *La honte est par nature un sentiment dont on ne parle pas, sauf à vouloir s'en dégager en témoignant des violences humiliantes que l'on a pu subir* »³¹³. Ce sentiment est donc peu dicible.

³⁰⁸ Stigmate, Ibid et les sources de la honte, Ibid

³⁰⁹ *Stigmate*. Ibid

³¹⁰ Les sources de la honte. Ibid

³¹¹ Entretien 17, femme, 40/45 ans

³¹² Extrait de l'Entretien 6, femme, 30/35 ans. cité précédemment et de l'Entretien 17, femme, 40/45 ans cité précédemment.

³¹³ Les sources de la honte. Ibid

La fierté n'est pas non plus un terme emprunté par les personnes entretenues. Une personne s'avoue fière de pouvoir dire qu'elle relaye l'action de Aides : « *dès que je fais la fête ou que je vais dans des endroits, euh nananana... Je dis toujours que j'interviens avec Aides et je suis assez fière de ça* ». ³¹⁴ C'est le seul type de référence à ce terme car comme l'indique l'autre entretien, cité ci-dessus, les personnes n'ont pas un parcours qui les rend particulièrement fière. Ce n'est donc pas non plus leur propos. L'enjeu serait, pour elles, de faire connaître leurs qualités et d'être moins enfermées dans une image négative. C'est ce dont témoigne notamment un SDF consommateur : « *enfin on n'a pas été tous dans la rue par choix* », mais il souhaite en faire valoir le positif : « *montrer aux gens qu'on peut vivre heureux, qu'on est heureux, qu'on savait se débrouiller, faire de la musique, la jonglerie, des petits spectacles, on ne manquait pas trop de tunes à l'époque, la manche marchait. Donc, on voulait montrer aux gens qu'on pouvait vivre autrement et bien. Et malgré qu'on soit tous des gros drogués machin, on avait toute cette éthique, la drogue et l'héroïne n'ont jamais pensé pour nous. Tu sais comme moi, que t'es con si tu drogues par mais euh, un enculé reste un enculé, et quelqu'un de bien restera quelqu'un de bien au final, même si ça peut exacerber certains comportements, voilà ! Et nous on était une petite équipe de gens bien, entre guillemets, si y'en avait un qu'était malade les autres subvenaient à ces besoins, on s'est jamais lâchés.* » ³¹⁵

Ces deux sentiments « honte » et « fierté » sont donc peu nommés dans les entretiens. Les personnes impliquées dans les associations sont plutôt dans une démarche d'assumer leur vécu et de vouloir faire valoir une autre image d'elles-mêmes.

Selon les propos de V. de Gauléjac, qui s'appuie sur les théories d'E. Goffman, si la honte surgit, c'est parce que « *La personne stigmatisée intériorise le regard porté sur elle : « les critiques que la société lui a fait intérioriser sont autant d'instrument qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience et qui, inévitablement, l'amène, ne serait-ce qu'un instant à admettre qu'en effet il n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être.* » ³¹⁶

Selon ces deux auteurs, la représentation de soi-même est au cœur de ce processus : lorsqu'un individu ou groupe intériorisent une vision d'eux-mêmes qui les disqualifient à leurs propres yeux. Cette vision détruit toute capacité de s'en sortir : ils sont pris dans un système paradoxal puisque pour changer, il leur faut autre chose que ce qu'ils sont et que ce qu'ils sont démontré justement leur incapacité à être « comme il faut ». L'autonomie réside dans le pouvoir de résister aux définitions imposées à l'extérieur, surtout quand elles sont défavorables.

³¹⁴ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

³¹⁵ Entretien 12, homme, 35/40 ans

³¹⁶ E. Goffman. *La mise en scène de la vie quotidienne*, présentation de soi, Paris, minuit, 1973.

C'est sûrement ce qui est l'œuvre dans les associations de santé communautaire et d'auto-support, où la fréquentation de personnes dans une situation similaire les rassure quant à ce qu'elles-mêmes vivent, et permette à certaines de sortir du sentiment de honte. Le prochain chapitre expose de plus, combien ce vecteur et d'autres vont leur permettre de se sentir à leur place et de reprendre une assise.

10.3.2/ Un regard qui donne de la place

Le paragraphe précédent met en lumière combien le regard porté dans les associations, parce qu'il était différent de celui de l'extérieur (stigmatisant) permet aux personnes affligées de ne plus se sentir ni particulièrement honteuses, ni particulièrement fières. Les prochains paragraphes mettent en exergue combien ce type de regard peut les accompagner à prendre place, au sein d'un accueil, qui fait office de sas, de mise en lien avec des pairs et la société, et de mise en action dans sa vie et/ou au sein des associations où l'expertise des personnes affligées est reconnue.

Tout d'abord, plusieurs personnes entretenues semblent trouver dans les accueils de ces associations un endroit assez confortable pour se poser et s'envisager.

D'une part, parce qu'il est perçu comme confortable, sous tous ses aspects. Cela va leur permettre de sentir à l'aise, voire à l'abri, comme le relève une personne entretenue : « *Je m'y suis sentie vraiment bien, bien accueillie là, pour le coup. Y'avait un espace vraiment pour les gens qui viennent, on te propose un café, enfin on sent que... On se sent bien voilà ! Y'a un canapé où on peut se poser. On peut discuter. On est bien accueillie. Y'a pas de jugement. Puis tout d'un coup on ne se sent plus en marge. On sent qu'on est dans un endroit où... On se sent presque en sécurité (...)* Ce qui a aussi facilité, ah ben voilà quelqu'un qui connaît. Voilà que dire de plus ? Et ben la première fois ben c'est ça euh, on a pris un café, euh... On s'est assis sur le canapé. Et puis voilà sinon les gens passent, les gens prennent parti dans la discussion ou pas. Et moi je me souviens qu'à cette époque, j'étais en début de traitement de substitution. J'étais sous Subutex et je voulais passer à la méthadone et j'avais pas mal de questions et voilà et on a répondu à ces questions.»³¹⁷. C'est aussi un sas, vis-à-vis des nombreuses violences (d'ordre morales ou physiques) rencontrées au quotidien par les personnes affligées, comme en témoigne concrètement l'entretien 8.

D'autre part, le fait de pouvoir se poser dans un espace et avoir des réponses adaptées à ses besoins peut être un premier palier pour envisager sa vie : « *ce moment qui me permettait de*

³¹⁷ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

*me poser sur moi, de réfléchir, de vivre mieux ma condition de femme prostituée, de mère prostituée. »*³¹⁸

Cela permet à d'autres de lui donner un autre cours : *« Le fait d'avoir un local ça permet aux gens de se poser ben voilà, de discuter et d'envisager des moyens d'améliorer la situation. A l'époque ce lieu nous a permis d'accéder à des papiers, à la sécurité sociale que moi je n'avais pas à l'époque. Beaucoup au niveau papier d'identité avait seulement des déclarations de perte (...) ce que Aides a changé dans ma vie c'est peut être que je ne suis pas mort d'OD*³¹⁹*, je n'ai pas eu 10 000 abcès et que je n'ai pas chopé le Sida. J'en suis même sûr car je n'aurai pas croisé Aides on aurait continué d'avoir des pratiques à risques. Et j'ai commencé à consommer des opiacés j'avais 15 ans. J'ai dû commencer à injecter à 17 ans. Et là j'approche de la quarantaine. Donc ouais effectivement à jouer avec le feu tu te brûles ! Sinon Aides m'a permis de me rendre compte que j'avais l'hépatite, de me rendre compte que les traitements de substitutions existent. Aides a permis que j'ai une sécu et du coup d'avoir accès à ces traitements et que je trouve une substitution qui me convienne, qu'est le sulfate de morphine, qui a fait que j'ai moins besoin de me défoncer (...). Et c'est ça qui a fait que je puisse me stabiliser quelque part car au moins tu te défonces au plus t'es clair et plus tu peux avancer car tu passes moins de temps à chercher des tunes pour la défonce. Et donc tu peux avancer dans la vie et te rendre compte des opportunités qu'on t'offre et les saisir. Et ne pas faire peur aux gens, donc les gens viennent te proposer ces opportunités-là. »*³²⁰

Cet entretien résume, ce à quoi, les personnes accueillies peuvent prétendre en fréquentant une association tel que Aides. Il spécifie que ces espaces satisfont aussi, ceux *« qui n'ont pas envie d'évoluer non plus, qui n'ont pas envie d'avoir un logement mais juste d'être considéré comme un humain à part entière »*.³²¹ Il souligne la volonté des personnes affligées de sortir du carcan que leur inflige le stigmatisme même si toutes n'optent pas pour une des tactiques proposées, pour se faire, par E. Goffman : *« se dépasser »* en *« améliorant directement sa condition »* pour mieux répondre aux normes en vigueur.

De plus, l'entretien 6 rappelle que les personnes reçues *« sont complètement en dehors de la société. Il y en a qui travaillent, mais si on regarde bien même quand ils travaillent, surtout s'ils sont dans un travail où ils ne sont pas avec des gens, qui sont avec le même milieu qu'eux. Ils ont comme un flou. »*³²² A cet égard, la personne entretenue précise qu'elles ont besoin d'être raccordées. Et dans la majorité des entretiens, la rencontre de ces associations va répondre à cette demande de mise en lien. A ce propos, une intervenante déclare : *« Après y'a*

³¹⁸ Entretien 7, femme, 30/35 ans

³¹⁹ Overdose

³²⁰ Entretien 12, homme, 35/40 ans

³²¹ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

³²² Entretien 6, femme, 30/35 ans.

quelque chose que je trouve extraordinaire c'est qu'en terme c'est que sur nos accueils quand les personnes viennent et le fait de rencontrer des gens qui savent de quoi elle parle, où on vécu ça, ça crée un lien qui quand ça fonctionne est direct et super riche dans le sens où y'a beaucoup moins de difficultés à parler de soi. La discussion est directe. C'est très intime très vite. C'est super riche... »³²³

Un des endroits où les personnes entretenues s'accordent à dire qu'elles ont pu prendre particulièrement place, sont les groupes d'entraide : *« Ce qui m'a beaucoup aidée ça été l'échange collectif, on se sent à sa place, sur la même longueur d'onde, partager les mêmes choses. Et ça s'est fort notamment quand on est toxico, enfin ancienne toxico »*.³²⁴

Ces espaces sont en effet, comme le résume l'entretien 6, *« l'occasion de se retrouver »* entre pairs, *« les personnes se connectent, se mettent en relation, plutôt que de murer dans la solitude, se retrouvent, s'entraident »*.

Ainsi, au sein de ses semblables, l'individu affligé va pouvoir trouver un entourage qui compatit et le soutien, comme E. Goffman le soulève. Cela facilite une prise de contact, comme nous l'avons vu précédemment, et autorise l'individu à prendre une place : *« le fait de ne pouvoir reconnaître les accueillis des intervenants : C'était génial. C'était une approche impliquée qui nous a donné envie de nous investir : « C'était une approche différente de ce qu'on avait vu à X, où il y avait les blouses. Il y a ce recul derrière le stand... Là c'était vraiment communautaire, en tout cas c'est ça que l'on a ressenti, les gens étaient chaleureux, on ne savait pas qui était accueilli ou intervenant même si on voyait que y'avait des gens qui venaient recadrer si des discussions portaient sur des préjugés. Mais après tout le monde tenait, personne tenait, c'était géré en même temps, les personnes venaient apporter leurs vécus. L'accueil était convivial et motivant. Il n'y avait pas cette limite qu'on pouvait voir sur d'autres événements couvert par la Croix Rouge ou Médecins du Monde, avec qui il n'y avait pas cette possibilité d'auto-support. Cette approche nous avait vraiment plu ... J'aime bien quand il y a cette dynamique d'implication, ne pas être juste un prestataire de services, ou les petits frères des pauvres. »*³²⁵

En effet, une association où ne peut se reconnaître les accueillis des accueillants suggère aux personnes que chacun peut s'y retrouver, en fonction de ses besoins, attentes ou envies.

D'autant que la démarche des associations de santé communautaire vise à mobiliser les personnes qu'elles accueillent, comme en témoignent plusieurs entretiens. Leur consultation ne se limite pas à *« demander aux usagers c'était la couleur du rideau »* comme l'expose l'entretien 15. Au contraire, comme le soulèvent de nombreux entretiens, l'idée est de faire

³²³ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³²⁴ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

³²⁵ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

ensemble : « *Et on faisait ensemble alors que le travailleur social va souvent montrer à l'autre, alors que l'autre aussi, a son savoir. L'autre aussi sait faire. Mais c'est quel est l'espace que l'on laisse à l'autre pour permettre à l'autre de devenir acteur. Si la place à l'autre fait ressortir que le travailleur social que presque sa place est en danger. On l'a vu, les travailleurs sociaux ont des fois peur que les travailleurs pairs prennent leur place, ce qui n'est pas du tout le cas. C'était plutôt montrer que chacun, y compris les publics de la rue ont une pierre à apporter dans leur prise en charge* ». ³²⁶

Et elle ne dépend pas non plus de leur degré d'implication comme le décrit personne entretenue, qui a accepté de participer à des réunions pour écrire une brochure sur les femmes et consommations de drogues : « *Oui parce que je ne venais pas souvent à Aides. Alors je ne pensais pas que c'était possible lorsqu'on est peu impliqué d'être consulté à Paris, de pouvoir participer, aussi rapidement, à une action d'une telle envergure, parce que y'a un défraiement et toute une organisation par rapport à ça, pour accueillir, je ne sais pas comment dire, la personne. Enfin du coup c'est sérieux. Et j'ai été invité alors qu'on ne me connaissait pas très bien.* » ³²⁷

Cette invitation suggère une reconnaissance du savoir ou de l'expertise de personne concernée par une problématique. D'après les entretiens, celle-ci est portée à l'intérieur et à l'extérieur des associations.

Ainsi, une personne entretenue explique qu'elle met en lien des personnes qui injectent avec une infirmière, afin de favoriser le recours au prélèvement sanguin coopératif, « *C'est que la personne qui voudrait une prise de sang puisse montrer les points de prélèvement où elle voudrait que ce soit fait et éventuellement se piquer soi-même. Ça vient que les usagers nous avaient remontés le fait que parfois, ils n'allaient pas se faire dépister ou soigner parce qu'ils avaient un capital veineux très dégradé et que à chaque fois c'est galère quand ils vont se faire faire une prise de sang. D'autant que les infirmières parfois ne les écoutent pas. Et ça mettait beaucoup de freins et les personnes avaient du mal à se faire dépister ou piquer. C'est d'ailleurs ce qu'on a expliqué à l'infirmière. Et suite aux échanges, l'infirmière était complètement ouverte à pouvoir laisser la personne se piquer elles-mêmes, enfin voilà on a eu de la chance. Enfin, on a porté un peu aussi notre expérience en tant ex-consommateurs. Enfin moi en tout cas, en tant que ex-injectrice, avec des veines pourries* » ³²⁸

Cet exemple s'inscrit dans le « *modèle coopératif* » ³²⁹ qui suppose « *une symétrie du savoir et du pouvoir* ». ³³⁰ Ce modèle « *repose sur deux principes fondamentaux. Tout d'abord, celui de la reconnaissance de deux compétences, différentes certes, mais chacune ayant une*

³²⁶ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

³²⁷ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

³²⁸ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³²⁹ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

³³⁰ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

légitimité particulière, celle du savoir scientifique d'un côté, celle du savoir empirique de l'autre. Le savoir médical général et abstrait doit entrer en dialogue avec le savoir sur soi, individuel et incarné, de la personne concernée. Ensuite, le deuxième principe est celui de l'égalité relationnelle, la différence dans les compétences ne doit pas se traduire par une inégalité dans la capacité d'expression et dans le pouvoir de décision. Chacun des deux acteurs engagés dans la relation doit disposer de droits équivalents à l'expression de ses besoins, de ses buts et à la participation à la décision. Dans un tel modèle, le savoir profane et le savoir professionnel ne sont pas seulement complémentaires »³³¹. Il est dépeint par P. Lascournes qui a écrit un texte intitulé « se dépendre de la parole de pouvoir »³³² qui s'appuie sur les théories de M. Foucault.³³³

Le témoignage ci-dessus atteste d'une « prise de parole des personnes atteintes qui refusent de plus en plus souvent de n'être que des objets de soin et revendiquent un statut de sujet de leur santé ; d'autre part, la constitution d'une compétence profane, susceptible de produire des savoirs spécifiques, d'interpeller les discours et les pratiques des professionnels et de participer à une co-définition de la démarche clinique ». ³³⁴

Plus loin, cet auteur rappelle : « Il est aujourd'hui reconnu que, sans avoir tout inventé les associations de lutte contre le sida, ont joué un rôle de dynamisation et de stimulation dans le changement des rapports entre les personnes directement atteintes et les professionnels et ceci de différentes façons. Tout d'abord, en aidant les personnes atteintes à sortir de leur isolement et de leur culpabilité latente. En les formant et les soutenant, elles ont permis aux personnes malades de poser les problèmes médicaux en dehors du seul colloque singulier traditionnel qui est toujours une relation hiérarchique où le savoir est d'un côté et l'acceptation ou la docilité de l'autre » ³³⁵

Comme le soulève P. Lascournes une autre forme de reconnaissance de l'expertise des personnes concernées se concrétise dans leur accompagnement et notamment par leur possibilité d'accéder au statut d'intervenant. Pour les personnes entretenues qui ont fait ce pas, la valorisation se fait assez rapidement même si au départ, le changement de statut peut chambouler autant elles-mêmes que les autres, comme le mettent en exergue les prochains paragraphes.

³³¹ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

³³² Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

³³³ M. Foucault, « le sujet et le pouvoir » (1982), *Dits et écrits*, IV

³³⁴ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

³³⁵ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

Plusieurs entretiens³³⁶ évoquent la surprise des personnes d'avoir été recrutées alors que leur profil se rapprochait des personnes accueillies par l'association où elles allaient intervenir. L'entretien 6 le glisse comme une boutade : « *c'est marrant, c'est moi qui ai été choisi alors que je n'avais pas le permis* ». L'entretien 14 précise « *pour moi j'avais foiré mon entretien d'embauche et en fait pas du tout.* » En dehors de la personne elle-même, cet étonnement est partagé par d'autres.

Cette réaction est particulièrement dépeinte par les personnes les plus dévalorisées socialement. Les personnes SDF devenues intervenants pointent l'étonnement des autres accueillis : « *elles³³⁷ me demandaient qu'est-ce que je foutais là ?* »³³⁸ La surprise est principalement liée au fait « *de trouver quelqu'un, comme eux, qui ouvre la porte.* »³³⁹

L'une d'elles le souligne longuement : « *Au début, il y avait beaucoup de personnes étonnées... de voir quelqu'un les accueillir, avec mon look, et sachant que j'avais été accueilli ici, avant, que je prenais du matériel et tout. Enfin ça c'était surtout au début, y'avait beaucoup d'étonnements des personnes. En tout cas moi, c'est le ressenti que j'ai eu, ça étonnait quelques personnes qu'un usager, comme moi, puisse s'investir dans l'association. Ce n'était pas de la méfiance mais ils s'étonnaient, ni en bien ni en mal. Ils disaient « Ah bon, tu travailles ici et tout !? ». Je disais je ne travaille pas, je donne un coup demain.* »³⁴⁰ La personne entretenue a un « look », celui d'un « zonard » ou « d'un punk à chien ». Il comprend, et se flatte, que cela puisse surprendre. Il rappelle que ce n'est pas commun de rencontrer un intervenant qui possède les stigmates du consommateur de drogues.

Il décrit sur cette réaction, avec un ton plutôt fier : « *Ce qui m'a le plus marqué, c'est que j'ai vu un de mes potes qui a été surpris de me trouver là³⁴¹... surpris parce qu'il ne s'attendait pas à me voir animer l'accueil.* »³⁴² Il précise que son pote était content pour lui. Il explique ensuite, que cette implication amène les autres personnes à un changement d'attitude : « *Enfin je trouve qu'avec le temps ça les a rendues plus ouvertes. Avec une bonne partie des personnes accueillies, j'ai l'impression que ce n'est pas pareil ici que dehors. Quand ils me voient, ici, j'ai l'impression qu'ils me parlent autrement, avec respect, des fois un peu comme si j'étais un prof, un truc comme ça. Enfin je ne sais pas comment dire... Ils sont plus à*

³³⁶ Entretien 4, femme, 25/30 ans ; Entretien 6, femme, 30/35 ans ; Entretien 14, femme, 25/30 ans.

³³⁷ Les personnes accueillies

³³⁸ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

³³⁹ Entretien 2, homme, 20/25 ans.

³⁴⁰ Entretien 2, homme, 20/25 ans.

³⁴¹ A animer l'accueil

³⁴² Entretien 2, homme, 20/25 ans.

l'écoute depuis que je suis là, que s'ils me rencontreraient dehors. Si je leur dis la même chose dehors ils ne vont pas percuter de la même manière, ils seront moins à l'écoute vu que je suis intervenant. Et pareil pour les personnes qui sont à la rue. Par exemple, je vais dire dehors à quelqu'un « évite de lécher ton aiguille ou lave toi bien les mains », je vais prendre un vent tandis que si je suis ici ils vont dire « bon je vais essayer de prendre en compte le conseil. »

Pour lui, le fait de devenir accueillant le valorise socialement. Il y est d'autant plus sensible, que comme il le signifie par ailleurs, à l'extérieur il est perçu négativement, car injecteur, sans emploi et il vit de la manche. Il énonce que ce changement de regard porté sur lui est une des raisons de son investissement. Et, il précise les compliments qu'il reçoit depuis, *« ils trouvent ça bien, ils me disent que ce n'est pas tout le monde qui est capable de faire ça ! »*³⁴³. Ce type de retours va lui permettre de prendre une certaine assise. L'étonnement va faire place à la conviction de la personne, et des autres, qu'elle est réellement capable de faire.

Les autres personnes accueillies entretenues, adoptant le statut d'accueillant s'avèrent aussi sensibles au nouveau regard posé sur elles. Dans les premiers temps, ceux sont les autres qui sont vecteur de leur légitimité. Et en ce sens, elles appréhendent leurs réactions.

Certaines s'inquiètent de la réaction que vont avoir les personnes accueillies, leurs pairs *« J'avais peur qu'il y ait un peu de jalousie ou de choses comme ça tu sais mais non »*³⁴⁴, *« j'avais peur de ce que les gens pouvaient penser de moi. Et au contraire je me suis rendu compte qu'ils étaient contents pour moi. »*³⁴⁵

Une autre personne entretenue explique, elle, avoir hésité à devenir salariée de l'association parce qu'elle avait peur de ne pas être à la hauteur des responsabilités que cela supposait : *« Au départ je n'avais pas du tout l'intention d'être salariée à Aides. Ça s'est présenté mais vraiment..., au début j'ai dit non, ça ne va pas, trop de responsabilités ! Je ne savais pas si je serai capable d'avoir autant de responsabilités et finalement j'ai dit oui. J'ai eu vachement de mal au début. Et maintenant je commence à prendre mes marques, à accepter les responsabilités, et à voir qu'on me fait confiance donc que ça me motive encore plus, comme la rencontre avec les gens accueillis au CAARUD. »*³⁴⁶

Pour les nouveaux salariés, leur appréhension de leur prise de poste peut être aussi liée au fait que leur expérience de vie est considérée comme une compétence : *« on me prenait (sur le*

³⁴³ Entretien 2, homme, 20/25 ans.

³⁴⁴ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

³⁴⁵ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³⁴⁶ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

poste) pour mon CV de la vie ». ³⁴⁷ Ce mode de recrutement peut engendrer une pression, voire la peur de décevoir : « On part souvent du principe que quand tu fais partie de la communauté tu sais comment faire. Et du coup quand tu fais un pas de travers... Tu as vachement peur de ce qu'on peut te reprocher du coup. Tu as du coup peut être un peu plus de culpabilité. Enfin je ne sais pas. D'un côté c'est super valorisant et d'un autre côté tu te dis si je fais quelque chose de mal. Ça met la pression ! ». A ce propos, cette personne exprime combien le soutien de l'équipe lui a permis d'envisager son poste plus sereinement : « quand tu passes d'accueilli à accueillant, on te balance des fois sur le terrain en te disant tu fais partie de la communauté donc tu sais, tu sais faire. Mais parfois, même si ça se passe bien d'une manière générale sur le terrain, ça n'empêche pas que toi tu te poses pleins de questions et que ce n'est pas si facile que ça ! Mais par contre moi, j'ai eu la chance que quand je pouvais avoir des soucis, je pouvais avoir une équipe soutenante. Je pouvais discuter, parler. Voilà j'avais du soutien ». ³⁴⁸

De plus, le fait de travailler autour d'une question personnelle peut être perçu comme peu professionnel comme le suggère une personne entretenue : « Quand on est professionnel, ça n'empêche pas d'être ce qu'on est, et de faire attention, mais y'a moins de risques pour soi et pour la personne qui y'a en face de soi » ³⁴⁹.

Par exemple, une autre intervenante fait part du temps, qu'elle a mis à trouver la bonne distance : « dans le quartier où je bosse donc je suis identifiée comme une personne ressource sur le quartier. Donc je vais vers les gens mais les gens aussi viennent vers moi de manière très facile, quelque soit l'heure de la journée. Donc y'a eu un moment, un truc de comment me positionner moi. Ce qu'on va appeler la distance professionnelle. Tu vois, est ce que c'est un mètre, deux mètres, trois mètres pff. Du coup, à des moments y'a des moyens de discuter, mais y'a des moments ce n'est pas possible. Je pense que dans le boulot du communautaire, y'a un truc sempiternel de disponibilité ou de réécouter les mêmes histoires pleins de fois avec une cigarette, un café, une discut', entre deux portes ou dans un bureau, enfin tu vois. Autant en travail de rue que dans une pièce et ça c'est tout le temps tu vois. Cette dispo je pense que ça fait partie du truc tu vois. Et vraiment j'ai pu au fil du temps renvoyer vers le collectif aussi. Afin de ne pas me l'approprier genre qu'ils ne soient pas embêtés quand je pars en vacances, tu vois. Ben moi transformer ça, remettre sur une position collective. Dire, vient nous voir à X, pas vient me voir, tu vois. Faire gaffe à des mots. Et ça ne m'empêchera pas d'avoir des gens avec qui j'ai plus de feeling ou pas mais vraiment faire gaffe aux mots que j'emploie. » ³⁵⁰

³⁴⁷ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

³⁴⁸ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³⁴⁹ Entretien 1, femme, 25/40 ans.

³⁵⁰ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

La proximité peut être un atout mais aussi une fragilité. Cela demande un cheminement et du temps comme le suggère une autre personne entretenue : « *Moi la difficulté que je vis en tant qu'intervenante de terrain par rapport à cette implication... Peut-être que la plus grande c'est par rapport à ma soi-même : comment est-ce qu'on arrive à prendre le recul nécessaire pour pas mélanger tous les aspects ? Ça demande vachement de temps.* »³⁵¹

Plus loin, elle dit : « *c'est du quotidien où on doit à la fois accompagner tous les acteurs et à la fois accompagner le groupe. Ça demande de disponibilité qui n'est parfois pas prévue.* »³⁵².

L'organisation des associations ne suppose pas toujours ce temps et les espaces nécessaires à la construction d'un rôle qui suppose plus de savoirs-être que de savoir-faire et l'établissement « d'une cohérence d'équipe ». Elle répond à d'autres contraintes : « *le facteur stress, le facteur de plus en plus prégnant de résultats, de données quantitatives* »³⁵³. Et cela peut amener des dérives comme l'expose cette même personne : « *Il n'y a rien qui est défini, dans le sens, quel sens on donne à nos actions avec les personnes. On vit sur un fonctionnement qui est posé depuis longtemps, qui est confortable pour les acteurs, mais qui ne questionne pas le sens de ce qu'on fait avec les gens. Et c'est exactement pas ça la santé communautaire (Rire).* »³⁵⁴

La difficulté ou la faculté d'exercer une fonction ou un statut impactent sur la personne. Car cette position suppose « *qu'on travaille avec soi. La première matière c'est soi* ».³⁵⁵ L'effet produit par la dévalorisation de la personne ne pourra pas être analysé ici, car dans les entretiens récoltés, les retours sont plutôt positifs. En effet, tous à un moment ou à un autre démontrent qu'à l'intérieur de ces associations, une ou plusieurs personnes leur ont fait confiance et ont cru que leurs vécus et leurs expériences pouvaient leur donner des compétences. Et même si cette appréciation ne fait pas l'unanimité, ce soutien sera suffisant pour que la personne se sente légitime « petit à petit »³⁵⁶ pour prendre une place. Et après un certain temps d'exercice, elles vont donc pouvoir se reconnaître une valeur et des savoir-faire comme nous allons l'exposer ci-dessous.

³⁵¹ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁵² Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁵³ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁵⁴ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁵⁵ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁵⁶ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

10.3.3/ Rehaussement de la confiance en soi

Le paragraphe précédent met en lumière que les personnes entretenues apprécient particulièrement d'être reconnues pour leurs expériences, peu valorisées par ailleurs. Cela va leur permettre de prendre place mais aussi de reprendre confiance en elles, comme cette partie le développe.

Cette confiance provient en bonne partie du nouveau regard, porté sur les personnes stigmatisées à l'intérieur de l'association : « *L'association m'a fait prendre confiance en moi, prendre conscience que ce n'est pas parce que tu drogues, ou des trucs comme ça, que tu vaux rien comme j'en avais l'impression dans notre société où on considère les consommateurs de produits comme des merdes en fait. Et voir qu'on n'est pas vu comme ça partout et qu'on a aussi des compétences pour apporter des choses aux autres* »³⁵⁷.

A l'intérieur des associations, elles ne sont plus confrontées au discrédit profond inhérent à nos sociétés. Les associations essaient de donner du sens et de la valeur, non aux pratiques prohibées, mais à ce que leur expérience a pu amener à la personne. Or par définition, d'après J.C. Croizet et D. Martinot : « *être stigmatisé c'est posséder une identité dévalorisée, jugée négativement par les autres (...) être acculé au bas de l'échelle* ».³⁵⁸ Cette politique associative va à l'encontre du phénomène social lié à la stigmatisation, dénoncé par E. Goffman où : « *Ceux qui sont en rapport avec lui manque à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui ; et il fait écho à ce refus en admettant que certains de ces attribuent ce justifient* ».³⁵⁹

Les entretiens témoignent qu'un nouveau regard posé sur les personnes affligées favorise l'accès à de nouvelles opportunités, qui vont leur permettre de se sentir mieux et de se découvrir de nouvelles qualités. L'entretien 13 l'illustre, par exemple : « *L'opportunité a été bénéfique à tous niveaux : ma santé, j'ai repris confiance en moi, j'ai réussi à me remettre à travailler, à avoir un horaire fixe, à ne plus être renfermé, et j'ai réussi à redevenir ce que j'étais avant !* »³⁶⁰

Ce nouveau regard leur permettent de ne plus se considérer comme « *une merde* », mais de valoir quelque chose, d'être capable de, comme le décrit une autre personne affligée³⁶¹.

Il encourage une personne entretenue à entrer dans une démarche de formation diplômante à laquelle, elle ne pensait plus pouvoir accéder : « *Et une des rencontres qui a été très positive*

³⁵⁷ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³⁵⁸ Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale, Ibid

³⁵⁹ *Stigmaté*. Ibid

³⁶⁰ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

³⁶¹ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

pour moi, ça a été avec F³⁶², aussi. Je lui ai dit que je voulais reprendre les études, comme ça, au passage (...) soit la fac de psycho, soit l'école d'AS, mais je ne savais pas quand, voilà ! Et puis quand t'es pute, ça s'éloigne encore plus. Tu te dis, non je ne pourrais pas reprendre, c'est plus possible je suis vraiment qu'une merde. Et puis F m'a dit « mais bien sûr que tu peux reprendre et tu peux même faire beaucoup mieux que ça ! » Et elle m'a donné un courage énorme. Parce que je lui disais, mais non mais t'imagines, je n'ai pas touché un bouquin depuis des années et tout et elle me dit ça c'est rien t'inquiète pas et tout... Et voilà elle m'a donné ce courage, de m'y remettre. Et c'était génial, parce que du coup je pouvais continuer à tapiner et reprendre mes études. Ça m'a apporté ça aussi. Et maintenant de pouvoir avoir cette double casquette, c'est une richesse énorme, quoi. J'ai eu mon diplôme d'assistante sociale. Et c'est génial. J'y trouve plein de points communs entre mon activité de pute et d'assistante sociale. (Rire). Je taille beaucoup moins de pipes mais j'y trouve beaucoup de points communs. D'être dans cette stratégie de prévenir des violences, d'être dans l'écoute de l'autre, de pas être jugeante, tu vois avec les clients. J'ai évité tout le temps d'être jugeante, être dans l'empathie, dans l'écoute, dans le soutien, euh, dans le développement de solidarités, dans la débrouille, dans la résistance. J'y trouve plein de points communs quoi : dans les capacités de communication... Euh adapté un savoir-faire à des personnes différentes, dans la prostitution c'est pareil (rire) ». ³⁶³

Cette autre façon de voir la personne dotée d'un stigmat est donc vécue comme un encouragement à croire en soi, à réaliser des rêves, à trouver son chemin. La majorité des personnes entretenues ont fait des « pas », connu une petite ascension sociale. Et elles ont encore soif d'avancer et faire valoir les capacités acquises par l'exercice de leur activité au sein des associations de santé communautaire ou d'auto-support. L'entretien 11 l'illustre : « Pour l'instant je vois un besoin de formation qui me paraît évident. Là je me vois reprendre cette confiance et cette richesse auxquels j'ai pu participer et me dire que ouais j'ai de l'énergie à mettre aussi pour ma gueule et la réinvestir après différemment. » ³⁶⁴. Et ainsi, 10 personnes entretenues sur 17 ont fait le pas de valider et enrichir leurs compétences avec un diplôme ou sont dans une démarche d'y accéder. ³⁶⁵

Le regard porté à l'intérieur des associations amène donc les personnes à reprendre suffisamment confiance en elles, pour « se dépasser ». Les avancées dans leur vie ne sont pas liées uniquement à ces associations. Elles sont plutôt perçues comme une forme de tremplin ou de ressort. Elles stimulent. Elles donnent envie à plusieurs de se mettre « au défi de ». Les

³⁶² Une intervenante d'une association de santé communautaire

³⁶³ Entretien 7, femme, 30/35 ans

³⁶⁴ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

³⁶⁵ Entretiens 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17

personnes s'accomplissent, avec du « plaisir », en se « laissant porter », selon « l'envie » et non dans l'effort, la discipline et la rigueur. Une organisation, du temps et des espaces pour accompagner cette mutation fait cependant, parfois défaut.

Car comme le prochain chapitre le soulève le changement de statut amène à un statut d'entre deux (normal et stigmatisés) qui peut isoler.

10.3.4/ Changement de statut

Le paragraphe précédent fait état de la reprise de confiance des personnes affligées en lien avec la reconnaissance de leur expertise et l'acquisition de nouvelles compétences. Celui-ci va mettre en exergue que les changements occasionnés peuvent les distancer de leurs pairs. Cette transition est décrite comme non évidente. Elle peut les isoler et fragiliser leur estime de soi. Car le cap passé, ne leur permet pas d'être considérées comme des « normales ». Il rend le stigmate moins visible mais ne l'élimine pas.

D'après les entretiens l'acquisition de compétences, l'amélioration des conditions de vie, d'un statut, d'un diplôme, devenir des professionnels de la santé communautaire, peut amener les individus à prendre du recul sur leurs pratiques et se distancer de leurs pairs. En effet, ceux qui passent d'accueillis à accueillants, même s'ils se voient comme des relais de l'action, dont ils eux-mêmes bénéficier, ont l'impression de « *passer de l'autre côté du miroir* »³⁶⁶. Une personne entretenue étaye cette expression : « *Dans un sens je restais proche de ma communauté, même si je voyais bien que je passais un cap ou une étape. Je passais à autre chose. Et ce n'est pas évident de passer à autre chose* ». ³⁶⁷

Les avancées obtenues vont avoir un prix, celui de ne plus se reconnaître dans le clan où le discrédit était partagé : « *Mais aujourd'hui par contre j'ai l'impression que ça me freine. J'ai l'impression qu'aujourd'hui je ne ramène plus grand-chose à ces personnes avec qui j'ai zoné. Je ne sais pas si ça vient de moi ou d'eux, mais d'être avec ces personnes ça me ramène toujours au passé et qui fait des fois ça peut m'empêcher d'avancer. Ça a changé* ». ³⁶⁸

Une autre personne entretenue déclare : « *moi je trouve que je me suis vachement éloignée du terrain et que je suis à côté de la plaque* ». ³⁶⁹

La personne n'a plus vraiment sa place nulle part, elle est dans un entre deux, où de part est d'autres, elle peut être rejetée : « *Je me sens quand même un peu comme une extra-terrestre*

³⁶⁶ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³⁶⁷ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

³⁶⁸ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³⁶⁹ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

*des fois dans l'équipe, parce que je pense que je me suis quand même fait formater dans la formation d'assistante sociale pour elles et je me sentais aussi extraterrestre dans l'école d'AS tu vois. Donc je me sentais vraiment à part, et ici, je me sens à part aussi*³⁷⁰».

Ce qui a pu, un temps, améliorer ses conditions de vie, peut l'isoler : « *Le fait d'y trouver ce travail, ça m'a changé beaucoup de choses. Ça et le fait que j'étais en couple. Ça m'a permis une super remise en forme ! Parce que se remettre au boulot après tant d'années de toxicomanie, moi ça m'a redonnée le goût de vivre. Et puis je me sentais utile.* » Dans son entretien elle avoue à ce jour manquer de disponibilités pour s'investir pleinement, du fait de son accès à une nouvelle vie : « *J'observe de plus ou moins loin car moi j'ai ma vie, j'ai mes gosses, j'ai mes problèmes* ».³⁷¹

D'après les travaux de J.C Croizet, J.P Leyens : « *Paradoxalement il semble que ce soit les individus qui portent un stigmat invisible qui aient à souffrir d'une baisse d'estime de soi* », dans la mesure où ils auraient moins de possibilité de « *préserver leur estime de soi en trouvant auprès de leur groupe de référence des ressources évaluatives nécessaire à son maintien* ».³⁷²

Dans ce chapitre le regard porté sur les personnes accueillies semble essentiel. Il peut avoir un impact dans l'appropriation de leur vie et l'accès à une place plus valorisée dans la société. La fréquentation et l'investissement dans des associations de santé communautaire ou d'auto-support vont leur permettre d'avoir une autre image d'eux-mêmes.

La démarche de santé communautaire confère aux associations un statut particulier. En effet, E. Goffman³⁷³ explique que le stigmatisé doit interioriser et distinguer trois types de lieux : « Les lieux interdits » où il serait immédiatement expulsé car son stigmat ne serait pas accepté ; « Les lieux policés », où les normaux connaissent le stigmat et le traitent avec politesse ; et « Les lieux retirés », qui sont ouverts aux stigmatisés et où il peut vivre librement sans avoir besoin de cacher son stigmat. Les associations de santé communautaire ou d'auto-support s'avèrent tellement assimilables à un lieu « *retiré* » parfois, qu'elles finissent par endosser le stigmat vis-à-vis de l'externe, alors qu'à l'interne elles ont réussi à en dissoudre les effets. C'est le propos de la prochaine partie.

³⁷⁰ Entretien 7, femme, 30/35 ans

³⁷¹ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

³⁷² Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale, Ibid

³⁷³ *Stigmat*, Ibid

Chapitre 11 : Le stigmatisme atteint les associations

Le stigmatisme et ses effets, la peur et le malaise évoqués ci-dessus par exemple, s'ils sont atténués à l'intérieur des associations restent malgré tout, présents dans les autres espaces sociaux. En témoignent les difficultés évoquées par les personnes entretenues : la difficulté de passer la porte des associations de santé communautaire ou d'auto-support, la difficulté d'appréhender les associations, qui souffrent d'un manque de reconnaissance et de ne pouvoir développer leurs activités comme elles l'entendent et de la lenteur de la transformation sociale.

11.1. Des associations difficiles d'accès, en particulier pour les femmes.

Dans le chapitre précédent, à partir d'une grille d'analyse d'E. Goffman, nous avons mis en exergue que le terrain de cette recherche s'apparente « *aux lieux retirés* ». Il ressort en effet des entretiens que ces lieux offrent une liberté aux personnes stigmatisées. Cependant, ce titre se justifie parallèlement, par le caractère peu accessible et connu de ces associations.

Paradoxalement, alors que ces associations accueillent « *sans condition les personnes rencontrées* » et se veulent fédératrices, ils s'avèrent que passer leur seuil n'est pas évident pour une partie des personnes qu'elles concernent. En effet, plusieurs personnes entretenues avouent avoir mis un certain temps³⁷⁴ à pouvoir se mettre en relation avec elles, alors qu'elles pouvaient les concerner : « *Au début, j'injectais mais je ne connaissais pas du toutes les assos. Moi j'achetais mon matos.* »³⁷⁵ Le contact se fait par le biais d'ami(es), de personne de confiance ou directement. Le dernier cas est rendu possible par la mise en place d'actions, en dehors des locaux, sur des lieux fréquentés par le public cible.

Selon E. Goffman, le terme de stigmatisme dissimule deux points de vue, celui de « *discrédité* » où « *l'individu stigmatisé suppose que sa différence est déjà connue ou visible sur place* », ou de « *discréditable* » : « *il pense qu'elle n'est ni connue, ni immédiatement perceptible* ».

Peu de personnes de la seconde catégorie ont été interrogées. Cela-dit dans le récit de leurs parcours, certaines font part de leur difficulté à passer la porte de l'association faute de se reconnaître dans la représentation sociale véhiculée, ou par peur d'être identifiées et

³⁷⁴ Entretien 3, homme, 30/35 ans., 4, 6, 10, 13, 16

³⁷⁵ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

cataloguées comme telle. Par exemple, une ex-prostituée témoigne : « *J'étais terrifiée à l'idée de venir dans une assoc où y'a pleins de putes.* »³⁷⁶

Cette appréhension est plus manifeste dans les petites villes où les personnes sont plus identifiables, comme le souligne l'accueillante de l'entretien 9 : « *On n'est pas dans une ville qui brasse du monde. On a des échangeurs en ville donc y'a plein de gens qui passent par les échangeurs et ne viennent pas dans nos permanences. Y'a de gens qui prennent du matos pour leurs potes qui veulent pas venir. Beaucoup ont peur en fait qu'on les juge, en fait. Avant on faisait un travail de rue et c'était souvent comme ça que les gens arrivaient. Et on avait des usagers-relais qui faisaient marcher la boutique quand-même. X par exemple qui a monté le CAARUD a lui tout seul ou presque. Il était plus que motivé parce que ça faisait partie de sa vie. Il allait dans les squats et tout. Et puis c'est quelqu'un du milieu, aussi.* ».

Pour les mêmes raisons, les femmes consommatrices de drogues fréquentent peu les espaces de réduction des risques, surtout si elles ont des enfants. Une intervenante entretenue relève qu'elles préfèrent « *être discrètes, aller en pharmacie... Quand t'as des gosses ce n'est pas évident ! Moi je n'irais pas dans CAARUD chercher du matériel si j'avais des gamins* ». ³⁷⁷ Ce propos est corroboré par le faible nombre de femmes qui fréquentent les CAARUD au niveau national. Ce public représente une personne reçue sur quatre en moyenne.

Ce peu de représentation des femmes au sein des CAARUD de Aides fera l'objet d'un travail de recherche menée par L. Rivasseau³⁷⁸ : « *les travaux de recherche et les politiques gouvernementales touchant la consommation de produits chez les femmes n'ont pas vraiment été axés sur la santé et le bien-être des femmes elles-mêmes mais plutôt sur les risques qu'elles font courir à la société dans son ensemble, à leur famille et surtout, à leurs enfants.* » Comme le dit le docteur Anne Coppel : « *on les enferme exclusivement dans les rôles de maman ou de putain : mères, elles sont dangereuses pour leurs bébés, putains, pour les hommes. On ne s'est jamais occupé des femmes pour elles-mêmes* ».

L. Rivasseau relate qu' « *ainsi, l'identification des spécificités des effets des substances sur les femmes reste encore limitée et en grande partie confinée à la sphère de la reproduction. Le risque que la femme consommatrice de produits psychotropes ferait courir à son enfant devient alors une des accusations les plus stigmatisantes. Par conséquent, les mères sont en général confrontées à des reproches très véhéments et à une pression morale constante. Le droit et la capacité d'avoir des enfants leur sont déniés, parfois même par le personnel des milieux sociaux et médico-sociaux. Une intervenante constate ainsi que « pour les usagères qui sont mères, c'est super compliqué, parce qu'elle vivent pas forcément leur statut de mère*

³⁷⁶ Entretien 17, femme, 40/45 ans

³⁷⁷ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁷⁸ Dans le mémoire qu'elle présente à l'Université Toulouse Le Mirail, l'année 2009-2010, dans le cadre Master 2 Professionnel « *Genre et politiques sociales* ». Ibid

comme la société l'entend. Elles continuent de consommer et arrivent à équilibrer leur consommation, leur vie de femme et de mères, elles allaitent ou sont dans une grossesse. C'est hyper tabou, et du coup elles n'ont pas de réponses à leurs questions, que finalement elles finissent par ne plus poser. « Les mères qui consomment des produits peuvent craindre de perdre la garde de leurs enfants. C'est pourquoi, elles éviteraient de fréquenter les CAARUD qui les rendraient identifiables comme usagères de drogues : « moi, ma grande trouille, c'est de venir ici avec mes enfants, parce que pour moi, c'est une mise en danger. T'imagines, si tu te fais balancer aux services sociaux? La plus grande peur d'une tox, c'est de se faire retirer ses enfants. Moi c'est ma hantise [...] ». Ainsi, certaines femmes interrogées ayant des enfants à charge ont répondu catégoriquement qu'elles ne voudraient pas qu'un partenariat entre le CAARUD et une crèche soit mis en place. »³⁷⁹

Cette appréhension se présenter au sein des associations est aussi décrite par la personne prostituée entretenue : *« J'avais une copine polonaise qui montait dans le bus de temps en temps. Je la voyais monter dans le camping-car, et moi je restais sur le trottoir. Et puis un jour elle me dit vient avec moi voir l'association qui arrive. Je lui demande : « c'est quoi cette association ? ». Et elle me dit, je vais boire un café dans le bus, les filles y sont gentilles. Je lui dis « mais qu'est-ce que j'en ai rien à foutre, moi si j'ai envie de prendre un café je vais dans un bar d'à côté, et même si dans le bus les filles y sont gentilles ». Et je m'interroge, je me dis c'est quoi ce bus, aller voir des nanas pour leur servir du café et c'est quoi ces gens intéressés, c'est des proxénètes ou quoi ? (...) me retrouver à l'endroit où se retrouver toutes les putes toulousaines, ça me faisait vachement flipper. Donc je lui demandais de m'accompagner (à ma copine). Et quand je suis arrivée, j'ai vu des filles qui nous ont frappées dessus, donc j'étais comme ça... (Les gestes accompagnent la parole). Mais j'ai fait comme si de rien n'était (...) Ce que j'ai apprécié c'est que ces nanas même, qui nous tapait dessus quand elles nous voyaient dans la rue et ben elles se tenaient à carreau à l'assoc. Y'avait ce respect, ce respect réciproque. Même si peut être au fond ça bouillonnait, y'avait ce lieu où je savais que je pouvais être reçue dans de bonnes conditions, où je pouvais fréquenter d'autres prostitué(e)s sans qu'il y est des règlements de comptes. Voilà le premier truc ça a été ça »³⁸⁰*

En réalité l'adhésion au cadre établi par les associations, fait que les violences sont rares. De plus, comme l'indiquent les entretiens, la division de l'espace d'accueil (individuel, collectif et groupe non mixte) permet d'éviter aux personnes reçues d'être directement confrontées aux personnes qui les mettent mal à l'aise ou leur font peur.

Par ailleurs, certaines personnes issues d'un milieu plus favorisé, peuvent dissimuler qu'elles fréquentent ce type d'association, comme en témoigne un entretien : *« J'ai rencontré des personnes de mon entourage qui connaissaient cette structure. Pas des personnes très*

³⁷⁹ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁸⁰ Entretien 7, femme, 30/35 ans

*proches mais je connaissais quand même bien. Je ne le savais pas avant, car elles n'avaient jamais osé en parler. C'est marrant ça aussi. (...) »*³⁸¹ Et ceci, par peur d'être reconnues comme stigmatisées et d'être méprisées. Cette appréhension peut les isoler et les rendre plus vulnérables, alors qu'elles appartiennent à une catégorie sociale moins soumise à l'exclusion.

Ainsi, pour les femmes consommatrices ou d'autres individus décrit par E. Goffman comme « discréditables », la porte de l'association est difficile à franchir. Si une partie des personnes concernées par peur d'être discréditées ont du mal à accéder à ces espaces, il n'est pas étonnant qu'une intervenante relève que les gens accueillis « *ne sont pas représentatifs de l'ensemble des publics usagers de drogue. Les gens qu'on accueille, ici, sont avant, tout esquintés de la vie et qu'ont des parcours complètement cabossés. Et par-dessus ça bon il y a l'usage de drogues.* » De plus, la prégnance de la peur du regard de l'autre participe au fait que ces associations semblent si peu connues comme le soulève une personne entretenue : « *C'était hallucinant ... tu te dis comment une structure pareille, qui peut avoir autant de facilités à accueillir, à orienter, à Aider, à être dans le non jugement soit aussi peu connue.* »³⁸² Dans les entretiens, les personnes expliquent s'y être aventurées par le bouche à oreille ou grâce au fait que des intervenants soient allés vers eux. La seule qui dit avoir fréquenté une association par le biais d'une autre, a été orientée par une structure avec une démarche similaire. Ce mode de contact témoigne du manque de reconnaissance de ce type d'associations. Ce sera l'objet du prochain chapitre.

11.2. Des associations en marge et peu reconnues

Précédemment, il a été mis en exergue que ces associations peuvent être difficilement accessibles pour une partie des personnes qu'elles concernent.

Dans ce paragraphe, les propos des entretiens vont illustrer le manque de considération des associations, elles-mêmes polluées par le stigmate qui concerne le public qu'elles accueillent. Elles, et leurs intervenants vont donc être mis en marge. De plus leur démarche et leur mode fonctionnement sont un peu insolites. Tout cela va donc réduire leur marge de manœuvre.

11.2.1/ Manque de légitimité lié aux publics accueillis

Ce paragraphe met en exergue combien ces associations sont contaminées par le stigmate des personnes qu'elles accueillent et connaissent le même discrédit.

³⁸¹ Entretien 4, femme, 25/30 ans., femme, 30/35 ans.

³⁸² Entretien 4, femme, 25/30 ans., femme, 30/35 ans.

D'une part, une militante d'une association d'auto-support relève à quel point il a été dur et long (un an) de trouver un local. A la question, « pourquoi ? », elle répond : *« Parce qu'une association d'auto-support est une association d'usagers de drogues. Donc, qui veut bien accueillir des usagers de drogues ? (rire) qui se revendiquent comme tel ou ex-usagers de drogues ? Donc ça, ce n'est pas évident. Donc heureusement certains avaient des connaissances dans le milieu underground. Cela nous a un peu facilité la chose. Donc on s'est réuni en squat pendant un temps grâce à un réseau de connaissances, car là non plus notre présence n'était pas bienvenue au départ. Au départ ils avaient un discours anti-consommation de drogues mais heureusement certains se sont avérés en adéquation avec les idées de l'asso d'auto-support. Après notre présence n'était pas appréciée de tous. »*³⁸³

D'autre part, les associations comme Aides peuvent elles-aussi être contaminées par ce stigmat. Elles sont parfois présentées comme peu reconnue. L'Entretien 3 les présente comme « grillées », parce que le public qu'elles accueillent fait « peur ». Et oui, les consommateurs de drogues n'ont pas toujours bonne presse. Cela peut conduire à des situations de non soin, voir à de la « non-assistance à personne en danger » comme l'évoque cet entretien : *« J'ai fait un peu d'accueil vendredi dernier. Ça a été un peu compliqué. Car ce jour-là, on a eu un usager qui a fait une grosse crise de sciatique. Donc c'était un peu compliqué, parce qu'il est resté allongé dans la rue toute l'après-midi, à souffrir. Il ne pouvait pas se lever. On n'a pas pu le déplacer. On a dû appeler les pompiers qui n'ont pas voulu venir parce que c'était un usager de drogues. Et qu'on leur a dit c'est Aides, alors tout de suite on a été grillé. Il y a un médecin qui est venu il a parlé au gars comme à du poisson pourri. Lui, a appelé les pompiers qui sont venus (...) les autres personnes accueillies (...) y'en a un ou deux qui sont passés qui sont restés avec moi pour tenir la main au gars. Ils m'ont filé un petit coup de main. Ils allaient lui filer à boire de temps en temps. Ils allaient voir si les pompiers arrivaient. Et ça ne s'est pas trop mal passé à part que j'étais un peu blazé qu'on laisse comme ça un mec souffrir. Je ne me sentais pas inutile mais impuissant. (Souffle) Ça arrive heureusement assez rarement. Par contre que Aides soit grillé, je le rencontre assez souvent. Est-ce que ça vient du fait qu'on soit dans une petite ville et les gens commencent à nous connaître ? Peut-être que dans les grandes villes ça ne se passent pas comme ça ? Je ne peux pas te dire à quoi c'est dû. C'est peut-être la population en soit qui fait peur. Là, le pompier au téléphone il m'a dit cash : « Ah, mais on ne veut pas venir, on n'est pas un taxi. Et puis s'il a quelqu'un qui fait un accident cardiaque pendant qu'on sauve une toxico ça la fout mal. On n'a pas que ça à foutre ! Ça m'a fait chier qu'ils disent ça comme ça. »*³⁸⁴

³⁸³ Entretien 17, femme, 40/45 ans

³⁸⁴ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

Les témoignages ci-dessus ne sont pas les seuls à faire part du manque de légitimité de ce type d'associations. Ce rejet est très mal vécu par les intervenants qui eux aussi témoignent d'une certaine forme de non-reconnaissance comme le développe le prochain paragraphe.

11.2.2/ Manque de légitimité des intervenants

Ce paragraphe met en lumière combien, il ressort des entretiens que les intervenants concernés par un stigmat ne sentent pas « très pro »,³⁸⁵ reconnus et légitimés.

Par exemple une intervenante, avec un diplôme d'éducatrice, expose : « *Je me suis prise la tête avec un mec, un usager parce qu'il a tapé son chien (...) avec une chaine alors que son chien gueulait. Et aucun intervenant n'a réagi ou dit quelque chose. Pourtant on se doit d'intervenir dans ces cas-là. Donc quand je retournais sur l'accueil collectif et quand il a commencé à se lever car un de ses chiens aboyait, je suis intervenue pour lui dire de ne pas taper son chien. Et on s'est un peu engueulé. C'est mon côté très professionnel (rire) (...) parce que ce n'est pas très professionnel de parler franco avec quelqu'un dans le cadre professionnel (rire). Ce n'est pas très professionnel, c'est mon côté un peu direct* »³⁸⁶. Plus loin, dans l'entretien elle stipule : « *c'est dû au fait que je suis rentre-dedans et je ne tourne pas autour du pot. Je pense que je suis quand même dans la bonne distance. Y'a juste des fois j'élève un peu la voix et je sais que ça ne se fait pas trop chez les travailleurs sociaux. Bon après je pense que y'a quelques personnes qui doivent se douter...* ». Elle ne finit pas sa phrase mais elle précise plus tard, qu'elle a été elle-même consommatrice de drogues et que certaines personnes accueillies doivent le ressentir. Cette intervenante rapporte que les accueillies ne semblent pas déprécier cette approche qui est plus en phase avec leurs codes. Ils disent par exemple « *ouais toi au moins tu dis ce que tu penses* »³⁸⁷. Sa proximité de langage favorise un certain lien avec les personnes qu'elles accueillent. Ce talent semble considéré par ces collègues qui vont la chercher pour régler les litiges.

Pourtant, ce savoir-faire n'est pas reconnu comme professionnel en tant que tel, comme l'expose une autre intervenante : « *Travail entre pair riche en parole mais il manque le côté professionnel* ».³⁸⁸ Elle définit ce terme par : « *Pour moi c'est quelqu'un qui se connaît et qui est en capacité de voir ses difficultés et ses limites, très clairement. Ce qui permet de fait, de moins avoir de pouvoir sur l'autre et sinon s'en rendre compte parce qu'on n'est pas dans une recherche de valorisation de soi-même et on n'est pas sur une prise de pouvoir sur*

³⁸⁵ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

³⁸⁶ Entretien 17, femme, 40/45 ans

³⁸⁷ Entretien 17, femme, 40/45 ans

³⁸⁸ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

l'autre. Enfin c'est compliqué et c'est une histoire de distance. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y est pas d'empathie au contraire. Cela ne veut pas dire non plus qu'il n'y est pas quelque chose de personnalisé dans la relation. On peut très bien faire la bise à quelqu'un quand on accueille une personne et être un très bon ou une très bonne professionnel(le). Ca n'empêche pas une implication personnelle dans la relation. Et pour moi, être un bon professionnel ce n'est pas s'isoler dans sa pratique et toujours travailler avec les autres. Ne jamais être dans un fonctionnement isolé, où on porte trop de choses, trop de situations et où on devient nécessaire pour l'action. Donc c'est très compliqué, parce que c'est à la fois avec soi, avec l'autre et en travaillant ensemble. C'est ça pour moi un professionnel. Et c'est toujours se re-questionner». Cela correspond pourtant à la pratique exposée par la plupart des intervenants pairs entretenus.

D'autres disent ne pas se sentir à l'aise au milieu des professionnels car ils n'ont pas de diplôme : *« Par contre en n'étant pas diplômée, en n'étant pas travailleur social, des fois c'est compliqué de se retrouver avec des partenaires, ou dans une réunion, à pas pouvoir se présenter comme les autres. A un moment, je me sentais dévalorisée parce que je n'avais pas une étiquette de professionnelle. Comme si à leurs yeux, du coup, ça a moins de valeurs. »*³⁸⁹

Ce sentiment de ne pas avoir la même valeur que d'autres, est décrit aussi par l'intervenante issue d'une association de santé communautaire des prostituées : *« Ici les putes, elles ont aussi acquis du savoir, du savoir-faire, du savoir être. Elles n'ont peut-être pas passées de diplôme, mais elles ont des compétences professionnelles. Moi j'aimerais qu'elles passent des diplômes parce que c'est ce qui est valorisé dans notre société »*³⁹⁰.

Un autre travailleur pair inscrit dans une équipe pluri-professionnelle raconte : *« je pense que je ne me suis jamais vu euh... Parce que j'ai travaillé avec des médecins et aussi des universitaires. Donc moi je me vois en tant que prol' d'une structure qui se dit alternative, qui se dit associative et qui se dit en autogestion, qui veut réfléchir à ces choses-là quoi. Donc j'avais une place de quelqu'un motivé à faire des trucs, mais pas avec une identité. J'ai, enfin on, a construit un poste. C'est vachement difficile quand t'as à côté de toi des médecins. Imagine l'aura des médecins. Et après un pôle social qui se développe aussi. Et nous on est vraiment embauché sur des profils particuliers je pense, qui est le poste en médiateur santé qu'on a créé. C'est un profil de poste particulier : de comment on va vers l'autre ? De comment on peut créer du lien ? De comment on peut parler un langage que mes collègues parlent pas ? Et ce qui est bien c'est que l'usager il peut dire certaines choses avec tel professionnel et à un moment autre chose, enfin tu vois. Je pense que c'est une équipe vraiment pluridisciplinaire pour le coup. (...) Je pense que j'ai été une des personnes*

³⁸⁹ Entretien14, femme, 20/25 ans.

³⁹⁰ Entretien 7, femme, 30/35 ans.

*ressources pour la structure pour lancer une mobilisation et avoir la niaque pour y passer du temps et que ça marche. Moi j'étais la petite main qui va en parler aux gens, qui va mobiliser, faire en sorte que les gens se croisent, qui va faire des ateliers pour faire des affiches, prendre le temps d'expliquer, apporter pour que les gens ils aient un lieu l'espace la matière».*³⁹¹

Ainsi, certains intervenants des associations de santé communautaire « *ne se sentent pas très vraiment professionnels* »³⁹², à savoir les personnes diplômées et avec tous les attributs du champ sanitaire et social.

Pourtant une intervenante dans un CAARUD, issu du médico-social, où les intervenants s'avèrent être tous diplômés, dépeint comment leur fonctionnement a lui aussi ses limites : « *je travaille dans un CAARUD depuis 10 ans. D'ailleurs à l'époque ça ne s'appelait pas CAARUD, on disait boutique, un lieu d'accueil pour usagers de drogues. Et c'est depuis la loi 2005, où ça y est il y a le label CAARUD. Ce qui selon la direction est une bonne chose dans le sens où ça pérennise les subventions. Mais pour moi, certes c'est une bonne chose au niveau des subventions mais je trouve qu'on perd en termes de militantisme. Y'en a qui pense qu'on ne peut pas être salarié et militant, moi je pense qu'on peut être les deux à la fois, tant qu'à faire (rire). (...) Là où je travaille c'est une volonté de la direction d'avoir à tout prix des personnes diplômées. Donc nous, l'équipe, elle est constituée de moitié infirmiers, moitié travailleurs sociaux, soit éducateurs soit assistants sociaux. Ce qui compte c'est le diplôme coûte que coûte. Et là ben je me rends compte que, ou les gens partent ou là dernièrement, on fonctionne avec beaucoup de CDD, beaucoup de remplacements. Les personnes sont souvent novices. Ils ne connaissent rien à la RDR et lors de son entretien elle disait qu'ils n'avaient rien regardé du tout. Ils avaient besoin d'une infirmière diplômée, pof c'est bon, hop on te met là et voilà ! Heureusement elle est sympa, et elle fait l'affaire. Et ça passe bien avec les usagers, heureusement. Mais ça aurait pu être le contraire. Voilà, il y a pas forcément un désir de recruter des gens qui ont une sensibilité particulière à ce niveau là, l'important est que l'équipe soit au complet, qu'on ouvre et que ça fonctionne. C'est en ça que je trouve que ça se perd.* »³⁹³

Ce manque d'égard semble aussi lié aux attributs, à l'image ou au stigmatisme du « *travailleur social* », relayé par certaines personnes accueillies : « *Et ici t'as le stigmatisme aussi par rapport aux usagers : quand t'es pute t'es moins bien vue que quand t'es professionnelle.* »³⁹⁴

En ce sens, un intervenant pair : « *pense être utile et particulièrement pertinent pour les co-conseils en matière de réduction des risques vis à vis de l'injection. Quand je lui demande de*

³⁹¹ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

³⁹² Entretien 17, femme, 40/45 ans.

³⁹³ Entretien 17, femme, 40/45 ans.

³⁹⁴ Entretien 7, femme, 30/35 ans.

*préciser sa définition des co-conseils. Il définit ce terme issu du vocabulaire d'Aides par « ceux sont les conseils que l'on construit ensemble ».*³⁹⁵

Il se sent reconnu par les accueillis pour ces savoirs en matière d'injection. Il pense par contre, que les personnes accueillies s'adressent moins à lui, quand elles sont dans une démarche de soin le sachant toujours actif dans sa consommation. Il précise que les situations, où il est le moins interpellé, concernent *« l'arrêt d'un produit, le rapport soignant-soigné »*,³⁹⁶ dans la mesure où lui est toujours actif dans sa consommation. D'après lui, les individus accueillis lui reconnaissent des savoirs faire en termes de pratiques de consommation, de pair, et non les attributs nécessaires pour faire un accompagnement, comme tout autre intervenant.

Lorsque les travailleurs pairs sortent de cette fonction cela peut générer un certain malaise, comme en témoigne une intervenante, qui est devenue coordinatrice d'équipe, et qui a l'impression d'être moins proches des personnes accueillies et se sent encore moins légitime. Certains racontent qu'ils ont créé leur propre fonction : *« j'ai un poste de médiateur. C'est un poste que l'on a fabriqué entièrement avec ma collègue »*.³⁹⁷ Selon les associations, les intervenants sont dénommés différemment : *« travailleur pair »*, *« animateur de réduction des risques »*, *« coordinatrice de l'équipe de rue »*, *« chargé de projet »*. Ces statuts n'étant pas référencés en dehors des associations qui les ont fabriqués cela peut générer un flou qui participe au peu de reconnaissance, ressentie par les personnes qui les exercent.

Ces propos font échos à ceux d'H. S. Becker qui précise que ceux qui participent à des activités considérées comme déviantes rencontrent la même difficulté *« leur conception de ce qu'ils font n'est pas partagée par les autres membres de la société. »*³⁹⁸ Cela concernerait autant les publics accueillis, que les intervenants et les associations. Ce sera le sujet du prochain paragraphe : combien le fonctionnement de ces associations, qui se veulent novatrices, pour s'adapter aux besoins et aux attentes des personnes qu'elles accueillent, fait qu'elles se retrouvent en marge car leur organisation devient compliquée à comprendre pour les personnes extérieures.

11.2.3/ Manque de légitimité de leur approche

Les prochaines lignes vont mettre en exergue combien la méthode et le fonctionnement de ces associations sont perçus comme uniques et originaux mais peuvent être compliqués à appréhender par le reste de la société. Puis, les difficultés concrètes exposées seront détaillées.

³⁹⁵ Entretien 2, homme, 20/25 ans.

³⁹⁶ Entretien 2, homme, 20/25 ans.

³⁹⁷ Entretien 10, homme, 30/35 ans.

³⁹⁸ *Outsiders*. Ibid.

L'approche de ces associations est décrite dans les entretiens comme assez « *unique* ». La plupart déplorent que peu de lieux proposent ce type d'accueil. Les actions qui en découlent sont présentées comme originales voire innovantes (accompagnement à l'injection, prélèvement sanguin coopératif etc.). Elles répondent à leurs besoins (le cadre des accueils, la présence de consommateurs de drogues comme accueillants, échanges d'expériences et du vécu entre les personnes, l'intervenant apprend etc.). Ainsi, toutes parlent de manière respectueuse et avec intérêt de leur rencontre avec la santé communautaire. Par contre, un silence a souvent précédé la formulation de la définition de ce terme. Leur débit de paroles est plus hésitant. Il n'est donc pas facile de mettre des mots sur une pratique que certain(e)s exercent au quotidien. Cette méthode s'inscrit plutôt dans un registre empirique que dogmatique, et cela limite sa transmission et son appréhension.

D'après la première phrase de l'ouvrage, *Aides, une réponse communautaire à l'épidémie Sida*,³⁹⁹ « Certains, arrivant à Aides, se demandent s'ils ne sont pas sur une autre planète tant notre singularité est fortement ancrée dans la démarche communautaire ». Ce propos témoigne de l'aspect insolite de ce type d'association. Les auteurs expliquent qu'ils conçoivent cet ouvrage comme un « guide » qui « devrait les aider à parler le communautaire ».

Ils justifient cet écrit par : « parfois la méthode cache l'objectif, qui est pourtant simple. Il part du postulat que Aides n'est pas là pour faire ce que d'autres font très bien : il y a des associations qui agissent sur une base humanitaire, caritative ou sociale. Tel n'est pas notre choix. Nous avons voulu, dès le départ, placer l'autonomie des personnes au centre de notre approche, en pariant sur le regroupement de ces mêmes personnes affectées par une « communauté de destin », pour structurer leur renforcement et mieux lutter collectivement contre le Sida. Ce n'était guère évident tant notre système politique, social, institutionnel français rejette l'idée de regroupement de communautés autour de ce qui leur est singulier, préférant l'universalisme républicain supposé résoudre toutes les difficultés. Nous avons montré au passage que les approches communautaires et universalistes ne sont pas antinomiques. Nous avons montré que l'approche communautaire est meilleure garante de solutions finement adaptées aux besoins des personnes, parce qu'on les écoute et que l'on est capable de transformer une action pour « coller » à de nouveaux besoins. Nous avons aussi montré que l'approche communautaire est bonne garante de la démocratie parce qu'elle accueille et tolère l'expression de tous et autorise la plus grande implication des personnes séropositives dans les actions et les orientations de la lutte contre le Sida. » Plus loin, ils précisent « Mais tout cela, nous l'avons fait dans un relatif isolement, car la santé communautaire est peu pratiquée dans notre pays ».⁴⁰⁰

³⁹⁹ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA. Ibid

⁴⁰⁰ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA. Ibid

Cette façon d'opérer en solitaire peut induire un « *processus d'auto-ségrégation* ». ⁴⁰¹ Ce dernier est identifié par H.S. Becker pour les musiciens de jazz, qui ont leur argot et leurs codes de fonctionnement. Ceux-ci leur permettent de se reconnaître et d'identifier les étrangers.

Ainsi, le fait que les associations et les publics accueillis est leur propre langage, fonctionnement, comme les entretiens le relèvent dans les paragraphes ci-dessus et ci-dessous, peut contribuer à les distancer du reste de la société.

Dans les entretiens, une personne récemment inscrite dans une de ces associations soulèvent que les dispositions ne sont pas toujours assez claires et qu'il n'est pas toujours facile de repérer qui fait quoi : *« par rapport au reste de l'asso y'a des gens que je ne connais pas. Je ne connais pas la plupart des gens, je ne connais pas leur fonction. Pour certains je vois ce qu'ils font tous les jours. Mais je ne sais pas, pour la plupart, ce qu'ils font derrière, qu'elle est la position de chacun. Je connais les gens individuellement mais pas forcément par rapport à leur statut. Moi j'interviens surtout sur le CAARUD et le milieu festif, un peu. Et du coup je ne connais pas trop ceux qui interviennent sur d'autres actions, même s'ils arrivent qu'on se croise. C'est des gens que je croise, mais je ne connais pas leur prénom et, avec qui, je ne discute pas spécialement. (Silence)(...) Ben euh. De l'extérieur ça peut paraître un peu compliqué, voilà, de savoir le poste de chacun, par rapport à la gestion de l'asso tout ça. Ben c'est des trucs, tout ça, que tout le monde ne saisit pas forcément : si y'a truc à qui faut le demander, si y'a une demande spécifique savoir par qui ça passe. C'est quelque chose assez flou en fait. Après je pense que dans la réalité ça doit être clair, que chacun doit avoir son poste, mais vu de l'extérieur, ouais c'est l'impression que ça donne ! Ouais voilà parce quand on vient sur le CAARUD on est en contact avec ceux qui l'animent, avec les gens qui s'investissent vraiment sur le CAARUD mais pas forcément aux autres à part pour des demandes spécifiques ou des réunions particulières. Mais le reste du temps c'est des gens qu'on ne voit pas forcément. (Silence) »* ⁴⁰²

Une autre personne qui ne fréquente pas souvent l'accueil se questionne lors de l'entretien sur le statut des accueillant : *« A Aides, c'est des travailleurs sociaux ? Enfin, non, c'est tout le monde qui t'accueille. (...) y'a un brassage comme ça qui se fait. Parfois je me dis que je ne sais même pas qui sont ces personnes : des intervenants, des bénévoles... ? »* ⁴⁰³

Une personne accueillie, invitée lors d'une réunion nationale de l'ensemble de l'association Aides, déclare qu'il n'a pas pu trouver sa place : *« je m'y suis senti un peu noyé... je me suis senti noyé dans un brouhaha »*. ⁴⁰⁴

⁴⁰¹ *Outsiders*. Ibid

⁴⁰² Entretien 16, femme, 20/25 ans.

⁴⁰³ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

⁴⁰⁴ Entretien 12, homme, 35/40 ans

La complexité de ces associations est aussi liée à la présence de différents statuts, « salarié » ou « volontaire », rattachés à des cadres différents : le droit du travail et règlement intérieur de l'association. Au regard de leur activité, leur rôle peuvent être similaires alors qu'ils sont considérés en terme de droit et de responsabilités différemment. Cela peut engendrer des disparités.

A ce propos, un volontaire entretenu empreinte le « vous » pour se différencier des intervenants salariés, avec qui il travaille. Une autre soulève que cela peut générer des conflits : *« Et j'ai fait un contrat de 6 mois qui n'a pas été renouvelé parce que ça ne passait pas avec l'équipe de bénévoles en place »*.⁴⁰⁵ Elle dira plus loin, que depuis deux ans, elle a opté pour être volontaire ce qui lui conférerait plus de libertés. Même si elle est consciente d'avoir des contraintes similaires liées à la représentation de l'association, elle se sent moins *« soumise à la hiérarchie »*.⁴⁰⁶

Par ailleurs, les associations connaissent des difficultés internes liées au mode de fonctionnement externe : le processus de stigmatisation et de discrimination peut se jouer entre les différentes communautés identitaires reçues à Aides, l'animation d'accueil collectif et une implication des personnes sont perçus comme difficiles à mettre en œuvre.

D'une part, comme l'observent quelques personnes entretenues à l'intérieur d'une association comme Aides les différents publics peuvent avoir du mal à se tolérer, car leur sous culture de personnes stigmatisées peut être très disparate. L'entretien 12 fait plusieurs fois état de cette situation. Dans un des espaces d'accueils de l'association il précise que cela a abouti à la présence de deux entrées, qu'il justifie : *« y'a deux entrées, ils ont essayé plusieurs fois de faire une entrée pour gay et lesbienne, et une entrée pour les toxicos. Mais après le problème des SDF et des toxicos c'est que ce n'est pas des gens super disciplinés donc ils passent des deux côtés et puis les gays et lesbiennes qui se plantent parce que la porte des toxicos et la première sur le coin de rue. (...) Et là, depuis longtemps, ils ont refermé, et recloisonné les deux parties du local, avec chacune une entrée et un escalier qui montent en haut par des côtés différents. Et personne ne se croise et tout le monde est heureux dans le meilleur des mondes ! (sur un ton ironique). »*⁴⁰⁷ Dans ce local, pour ménager les susceptibilités de chacun, ils ont optés pour cloisonner les accueils et les publics qui les fréquentent. Cette stratégie qui permet de réduire des tensions entre les différents types de personnes accueillies peut contribuer à la stigmatisation de part et d'autres, comme le met en valeur la personne entretenue. Elle va aussi à l'encontre des principes fondateurs de l'association *« tous se retrouvent dans Aides et y agissent, à la fois pour eux et pour les autres. Et à faire*

⁴⁰⁵ Entretien 9, femme, 30/35 ans.

⁴⁰⁶ Entretien 9, femme, 30/35 ans.

⁴⁰⁷ Entretien 12, homme, 35/40 ans

ensemble »⁴⁰⁸ et ceux, malgré « *la grande diversité de personnes concernées par la lutte contre le sida* ». ⁴⁰⁹

D'autre part leur démarche, basée sur une approche collective n'est pas toujours simple à appréhender dans une société où l'assistance se conjugue en individuel, comme le soulève une intervenante : « *C'est plus simple et plus confortable pour qui que ce soit d'avoir un rapport individuel avec quelqu'un, que ce soit dans la réduction des méfaits, l'accompagnement des pratiques, que dans l'accès au soin ou l'accès aux droits, que d'avoir une vision beaucoup plus globale ou animer quelque chose de collectif car ça demande plus d'énergies et que c'est plus dur humainement* ». ⁴¹⁰

Enfin, des intervenants entretenus⁴¹¹ disent avoir du mal à investir les usagers dans les projets. Et cette non-implication peut démotiver, comme l'illustre un entretien : « *Il devait y avoir beaucoup de monde, mais y'a pas eu beaucoup de monde finalement mais à Aides c'est comme ça. A Aides, ou ailleurs, y'a souvent beaucoup de monde et puis à la fin on est peu. Ça, ça peut-être frustrant aussi.* » D'autant qu'elles ont l'impression de faire le nécessaire pour mobiliser. Cependant, les personnes qu'elles accueillent sont soumises à d'autres écueils. En effet, le système de prise en charge des personnes considérées comme déviantes a pu les conforter dans un rôle d'« assisté », habituées à ce que l'on fasse pour, plutôt qu'avec elle. Selon E. Goffman, « *L'individu stigmatisé se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. On comprend donc qu'habité par une contradiction aussi fondamentale, il s'efforce de trouver une issue à son dilemme, ne serait-ce que pour rencontrer enfin une doctrine qui donne un sens cohérent à sa situation. La conséquence dans notre société est que l'individu, outre ses tentatives personnelles pour se modeler à un tel code, se voit entouré de professionnels qui viennent lui prêter leur assistance, laquelle se limite parfois à raconter leur vie et comment ils s'en sont sortis* ». ⁴¹²

Dans ce contexte, il peut être décalé, voire perturbant, de proposer un rôle, une participation effective dans ces associations à des personnes conditionnées à avoir peur de l'engagement. Cela est corroboré par plusieurs personnes accueillies qui relatent avoir appréhendé avant de s'investir. Elles ont peur de ne pas être à la hauteur car cela peut paraître « *beaucoup de*

⁴⁰⁸ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA. Ibid

⁴⁰⁹ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA. Ibid

⁴¹⁰ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

⁴¹¹ Entretien 1, 3, 8, 9, 12, 13 16

⁴¹² *Stigmaté*. Ibid

responsabilités »⁴¹³. Cela pose problème aux intervenants, qui s'interrogent : « *au niveau des usagers de drogues, on a un problème c'est qu'on a un peu du mal à les investir ou à ce qu'ils s'investissent. On essaie de leur dire mais si vous voulez l'association vous laisse une pièce, vous nous aidez à monter des projets. Nous on est là pour vous aidez à faire émerger vos idées, ça va marcher un temps et après ça va se tasser, on va laisser tomber. Même en volontaire on a très peu de personnes consommatrices de produits. Je ne sais pas à quoi c'est dû* »⁴¹⁴.

D'autres ont réussi un temps à fédérer des personnes dans des associations mais le peu d'écoute et de résultats a fini par les décourager : « *Au moment de la fermeture*⁴¹⁵, *l'association d'auto-support*⁴¹⁶ *a à peine été entendue. Enfin, le problème de l'association d'auto-support c'est que ça a fonctionné un petit temps, parce qu'on arrivait à fédérer quelques personnes, en plus du noyau dur. On faisait des actions (contre les contrôles policiers abusifs par exemple). Mais c'est très dur de fédérer dans la rue, même si t'en viens, de convaincre que ça peut avoir une action positive. On a eu un problème de crédibilité sur quelques actions au niveau externe. Et effectivement, quand tu milites comme ça, tu n'as pas des résultats concrets tout de suite* ».

Et le manque d'implication dans ce type d'association peut avoir une incidence sur leur légitimité en matière de représentation, à moins qu'elles obéissent au cahier des charges des financeurs.

Cela peut participer à diminuer leurs marges de manœuvre qui peuvent être aussi réduites par les normes en vigueur. Ce sera le sujet du prochain paragraphe.

11.3. Leurs marges de manœuvre sont réduites

Les prochains paragraphes mettent en exergue, à partir des entretiens combien la législation en vigueur réduit les marges de manœuvre associatives. En dehors de ce cadre, il existe d'autres limites comme « *les pressions aux résultats* ».⁴¹⁷ Certains intervenants déplorent le manque de temps d'échange, d'accompagnement induit par un contexte de financement des associations, de plus en plus restreint. Malheureusement cela fragilise les équipes qui ont plus de mal à trouver du sens et de la cohérence nécessaire à l'exercice de leur démarche et leur fonction. De plus, leurs propositions de transformations sociales sont peu prises en compte.

⁴¹³ Entretien 12, homme, 35/40 ans et 13

⁴¹⁴ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

⁴¹⁵ D'un espace d'échange de seringues de Aides

⁴¹⁶ De consommateurs de drogues

⁴¹⁷ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

11.3.1/ A la marge d'un cadre législatif

Tout d'abord, comme le stipule l'ouvrage *« salle de shoot »*⁴¹⁸ : *« En France, les premières mesures de réductions des risques vont être adoptées avec retard et dans la douleur. Dernier des pays européens à mettre en vente libre les seringues (...). Et elle ne le fera que sous la menace que représente pour l'ensemble de la population l'augmentation catastrophique des contaminations au VIH/Sida chez les usagers de drogues. Selon ce livre, des recherches internationales pointent que : « L'implantation des dispositifs de réductions des risques dépend de conditions politiques et économiques mais aussi morales liées à l'acceptation sociale de l'usage de drogues et l'organisation du système de soins ». Or la France sera « un des seuls pays de l'Europe de l'Ouest à pénaliser l'usage de drogues » et que « la création de ce délit va stigmatiser tout un groupe social ».*

D'après les entretiens récoltés, il s'avère que les actions de réduction des risques peuvent être limitées par cette législation et les aprioris sur la consommation de drogues qu'elle a induites.

Par exemple, une intervenante raconte comme une anecdote que lors d'*« action en milieu festif, dans un lieu fermé. Là, du coup, on était plusieurs associations de réduction des risques avec nous. Ça c'est bien passé on était une grosse équipe, c'était une grosse soirée. On a tous travaillé plus ou moins ensemble, c'est ça qu'était plaisant aussi. Du coup on avait des flyers de Techno+, des flyers de réduction des risques sexuels, des capotes, du lubrifiant, des bouchons d'oreille, des alcootests, voilà un peu tout. On avait un petit poste de secours, un endroit pour les gens qui n'étaient pas bien. C'était un truc assez complet. Par contre, sur cette action, on n'avait pas le droit de distribuer des roules ta paille par rapport au gérant de la boîte. Il était contre, il ne voulait pas qu'on en distribue. Donc on a passé un peu le début de soirée à distribuer des roules ta paille sous le manteau, car les gens venaient d'eux-mêmes en chercher. Voilà sinon on a discuté avec les gens. On avait un stand sur la terrasse de la boîte. Après on a fait des petites maraudes sur le parking et dehors. »*⁴¹⁹

Un autre intervenant en réduction des risques en milieu festif corrobore ce point de vue : *« on s'est retrouvé dans la situation de donner du matériel à des gens qui allaient se retrouver à injecter au milieu de la montagne, dans le noir; devoir faire une injection au briquet alors qu'on éclaire un lieu qui peut se fermer et permettre d'injecter posément. Et en même temps il y avait le cadre légal, mais on était au milieu de nulle part. Alors on se disait mais à quel moment on fait la réduction des risques ? »*⁴²⁰

⁴¹⁸ Chappard P. et Coueron J.P., *Salle de shoot*, les empêchements de tourner en rond, La découverte, Paris, 2013

⁴¹⁹ Entretien 16, femme, 20/25 ans.

⁴²⁰ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

Une autre précise que dans le milieu carcéral, les modalités d'action sont limitées alors que les personnes sont soumises aux mêmes risques qu'à l'extérieur. Elle relate le témoignage d'un injecteur emprisonné : *« Il disait que ce n'est pas parce qu'il est incarcéré qu'il avait arrêté de consommer, qu'on ne prend pas assez en compte la problématique injection, qu'il prenait des risques n'ayant pas accès au matériel en prison. C'est la démerde, soit y'a quelqu'un qui peut lui faire passer une seringue par le parloir, soit il chope une seringue à l'infirmerie, dans tous les cas il aura qu'une seule seringue. C'est l'urgence aussi de devoir se shooter dans une cellule avec un codétenu ou plusieurs, qui sont pas forcément ok et au fait de tout ça. Il y a aussi l'urgence de ne pas se faire gauler. Il y a surtout le risque de se contaminer car quand il y a une seringue, elle tourne à tous les étages, car c'est très rare en prison. Ça tournait autour de tout ça et au fait que le mettre en prison parce qu'il est usager de drogues ce n'est pas ça qui va l'aider, l'aider à s'en sortir en gros. Ça a été un plaidoyer fait par notre intermédiaire car on l'a rencontré en maison d'arrêt, à sa demande. Au départ lors des entretiens individuels, il nous a dit être dégoûtée de ne pas pouvoir continuer le protocole AERLI⁴²¹. »⁴²²*

11.3.2/ Le manque de financement limite leurs marges de manœuvre

Ce paragraphe met en exergue que d'après l'exploration pratique, les exigences des financeurs et le contexte de baisse des subventions peuvent contraindre les associations et limiter les marges de manœuvre de leurs acteurs.

Une des chargées de projet de Aides entretenue déplore un contexte de pression aux résultats quantitatifs et le manque de temps et d'échanges collectifs, qui ne sont pas toujours probants à un empowerment⁴²³ collectif comme individuel tel qu'elle l'a vécue dans une association, non financée : *« Ce groupe était davantage communautaire dans le sens où toutes les personnes qui le composait, on était tous au même niveau, y'avait pas de notion de hiérarchie. Et à chaque fois on évoluait dans les échanges et notre pratique. On se connaissait bien. On se donnait le confort d'avoir beaucoup de temps d'échanges et de réunions. On évoluait aussi par rapport au terrain. Et quand on était sur le terrain, on faisait tous ensemble, on préparait, on faisait, on la finalisait et on débrieffait ensemble. Et on faisait très attention les uns aux autres. On avait tous, un parcours qui pouvait être très différents, des positions politiques différentes mais une envie de faire des choses ensemble. On était aussi en colère*

⁴²¹ Accompagnement et Education à la recherche en lien à l'injection

⁴²² Entretien 14, femme, 20/25 ans.

⁴²³ Selon personne entretenue : *« C'est pouvoir être soi-même et à travers et avec les autres se questionner sur soi et pouvoir se rendre compte que beaucoup de soi et qu'on peut impacter dessus même si ce n'est pas évident »*

même si on ne s'arrêtait pas à ça et on avait envie de prendre du plaisir. Et on arrivait à construire quelque chose de concret. On était assez créatifs parce qu'on n'avait pas de contraintes on était assez libres. On n'avait pas de compte à rendre ou très peu et essentiellement à nous-mêmes, les personnes avec lesquelles on faisait l'action ou pour lesquelles on faisait l'action. Et ça c'était vraiment riche en termes de possibles. On n'avait pas d'obligation de résultats. Nos évaluations de qualité on les faisait entre nous. Et on était souple, une réactivité assez importante dans notre façon de fonctionner. Et puis y'a eu une fin comme y'a eu un début. »⁴²⁴

Cette pression serait due aux exigences des financeurs dont la viabilité de ces associations peut dépendre comme le soulève d'autres entretiens : *« des difficultés financières (...) la structure est là en danger »⁴²⁵, « On nous a pas dit le lieu ferme parce que y'a plus de tunes, de subventions. »⁴²⁶, « Alors que quand je suis arrivée on nous parlait souvent de la DDASS, on nous disait qu'il ne fallait pas qu'on se fasse taper sur les doigts »⁴²⁷, « ça fait une grosse part de travail administratif en plus de notre boulot »⁴²⁸*

Ainsi, le poids de l'évaluation quantitative pèse sur la qualité des actions. D'autant que les directions de ces associations sont parfois tentées de répondre à ces exigences afin de jouir d'une reconnaissance. Cela contraint les intervenants en lien avec les demandes du terrain. Ils se sentent parfois peu entendus, notamment les salariés : *« La liberté de parole chez les salariés voire les volontaires est parfois limitée. Quand t'es salarié, t'es un peu plus contraint parce que t'as une hiérarchie ».*

Ils ont l'impression de ne pas avoir les moyens de mettre en place la démarche de santé communautaire dans l'intégralité de ce qu'elle suppose : *« de se poser individuellement et collectivement », « d'être soutenu » et « une certaine cohérence d'équipe et un accompagnement ».*⁴²⁹ Cela demande une organisation, des temps, des espaces, de la confiance et de l'énergie qui font parfois défaut d'après différents entretiens⁴³⁰.

⁴²⁴ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

⁴²⁵ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

⁴²⁶ Entretien 12, homme, 35/40 ans

⁴²⁷ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

⁴²⁸ Entretien 10, homme, 30/35 ans.

⁴²⁹ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

⁴³⁰ Entretien 1, 5, 6, 9, 11, 12, 16, 17

Ce manque d'accompagnement est l'isolement des acteurs peut conduire, d'après les propos de l'entretien 12, à ce qu'un intervenant s'approprie le projet et devienne la personne indispensable pour le réaliser et, « *fasse couler le bébé* » quand il devient trop difficile à porter seul. Il est donc préférable, d'après les entretiens, que les conditions soient réunies pour que ce projet soit conduit par plusieurs, qui se répartissent les responsabilités et les pouvoirs de décision : « *une énergie de groupe qui fait que c'est naturel et ça se développe.* »

De plus, ce manque de travail collectif peut fatiguer certains intervenants : « *Il n'y a rien qui est défini, dans le sens, quel sens on donne à nos actions avec les personnes. On vit sur un fonctionnement qui est posé depuis longtemps, qui est confortable pour les acteurs mais qui ne questionnent pas le sens de ce qu'on fait avec les gens. En sachant qu'on a un fonctionnement qui se fatigue, une routine. Et donc c'est comment questionner ça avec les personnes. J'ai l'impression que sur les accueils faut tout reprendre.* »⁴³¹ Et cela crée une lassitude, une perte de sens : « *Y'a un truc qui ne va pas, y'a un truc qui ne prend pas corps qui fait que moi je m'épuise, je m'ennuie et je n'arrive pas non plus à dégager* ».⁴³²

D'autant que l'adaptation, le faire avec, la souplesse semblent donc être des qualités importantes pour animer cette démarche. Cela demande de l'énergie. En ce sens, la routine est présentée comme une toxine pour l'animation de ces accueils : « *On oublie pourquoi on est là* ».

D'après d'autres intervenants entretenus, les symptômes de fatigue et d'usure peuvent aussi être dus au manque d'écoute des nécessités de transformations sociales, dont font part les associations, suite aux observations remontées par les personnes concernées. Ce constat développé dans le prochain paragraphe peut contribuer au sentiment de manque de considération des acteurs de ces associations.

11.3.3/ Difficile prise en compte des propositions de transformations sociales

Ce paragraphe met en exergue combien les propositions de transformations sociales des associations sont difficilement prises en compte.

Les auteurs de « *salle de shoot* » spécifient que « *la loi de 1970 a vendu la question des drogues comme opposant le bien au mal, la décadence morale à l'ordre social. Elle a vendu la construction d'un mur de protection comme la seule mesure adaptée. A l'idée de démonter*

⁴³¹ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

⁴³² Entretien 1, femme, 35/40 ans.

*le mur, d'abaisser la digue de protection, l'opinion prend peur, se méfie de tout ce qui pourrait apparaître comme laxiste ».*⁴³³

Dans ce contexte, plusieurs entretiens relatent que les avancées sont longues et laborieuses, alors que les besoins des publics sont imminents.

Toutefois, ils sont conscients des changements obtenus au fur et à mesure : *« Aujourd'hui ça s'est démocratisé, dans le sens où il n'y pas plus d'injecteurs mais on sait que les personnes ressentent mieux l'importance de l'échange de seringues. Et puis, il y a tout le grand public sollicité depuis 2 ans sur les salles d'injection. C'est médiatisé et cela fait du débat sur la nécessité de prendre en compte l'injection. Ce n'est pas pareil du tout, pour moi, qu'il y a dix ans. C'est plus facile d'avoir du matériel sans jugement, de pouvoir le faire, c'est plus reconnu par les acteurs de santé et les autres consommateurs. Il y a dix piges certaines personnes que je connaissais frottaient encore leur aiguille sur les rebords d'un paquet d'allumette pour la réguser, aujourd'hui je ne vois plus ça. D'où l'importance de parler de ces pratiques et de permettre de faire bouger les choses. »*⁴³⁴

Pour la plupart, les avancées semblent trop petites au regard des besoins. Les personnes entretenues valident le point de vue énoncé dans l'entretien 10 : *« je trouve que y'a beaucoup de choses qui manquent encore ! »*⁴³⁵

Et comme l'un d'eux l'expose, ce décalage épuise, déprime, énerve : *« J'ai un peu l'impression que tout le monde peut être acteur de changements sociaux. Mais après, je ne sais pas si c'est que je vieillis mais je me fais de moins en moins d'illusions, sur les avancées sociales qui peut y avoir, comme les salles d'injection, le mariage homosexuel. Je sais qu'on en parle en ce moment, mais ce n'est pas gagné. (Soupir) J'ai plus confiance au politique. Je ne sais pas si on peut dire ça comme ça, mais je suis un peu blazzé. (Soupir) (...) Je ne me fais pas trop d'illusions, quoi ! Je vois qu'il y a des avancées mais je trouve que c'est trop long. C'est (Soupir) Après on est là pour ça. On est là pour faire avancer les choses. On a fait ça quand on a mis en place, par exemple, les distributeurs de seringues à ... On a bataillé. 10 ans pour les avoir quand même ! (Soupir) Alors que c'est rien. C'est un outil il devrait y'en avoir dans toutes les villes. Ça ne devrait même pas être pris en charge par Aides, ça devrait être la mairie ou les pharmacies qui les mettent en place. Et là, on a lutté dix ans pour avoir deux pauvres distributeurs, quoi ! Et Aides on a été obligé de les financer, c'est une galère quoi. Donc voilà, il y a quelques petites avancées comme ça, mais quand je vois le temps que cela me prend, pour pas grand-chose, ça me fout un peu la rage, quoi. J'ai encore de*

⁴³³ Salle de shoot. Ibid.

⁴³⁴ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

⁴³⁵ Entretien 6, femme, 30/35 ans.

l'énergie à y mettre mais j'aimerais bien que les jeunes prennent le relais aussi. Je veux bien être à côté, leur filer un coup de main mais je pense qu'on ne peut pas y'arriver tout seul et il faut qu'on fasse bloc. ».

D'autant que comme le précisent d'autres entretiens les personnes concernées sont elles-mêmes vecteur du stigmat : *« je pense que c'est important c'est un vaste chantier quand même de présenter l'auto-support. Car je vois les personnes qu'on accueille, les premiers concernés, c'est les premiers à dire : « ouais non la drogue c'est mal ! C'est de la merde ! ». Ils sont hyper conditionnés avec ce discours complètement culpabilisant etc. C'est fou quoi ! »*⁴³⁶

Un autre fait part de son sentiment d'impuissance d'être le simple témoin d'injustices : *« Les droits des gens sont tellement bien bafoués »*.⁴³⁷

Un dernier précise : *« y'a plus de 10 ans et on demandait déjà de l'ouverture de la palette de la substitution, de l'héroïne médicalisée et de l'ouverture de centre d'injection... donc voilà... Après on allait vers ce qui nous semblait être intéressant et ce qui pouvait améliorer la situation des toxicomanes et compagnie. Sauf que déjà maintenant ça soulève des tollés alors y'a plus de dix ans c'était, enfin t'as connu ça aussi, c'était un peu pire. Rire. On passait pour des drogués qui voulaient avoir accès à la drogue et se défonçaient la gueule et donc il fallait lutter contre cette image, et leur expliquer que ce n'était pas ça. Je pense qu'on arrivait quelque fois à les convaincre, mais je suis sûr qu'ils se disaient qu'on était des cas à part. Ils se disaient que si on ouvre la palette de substitutions, la majorité des gens se défonceront avec la morphine, n'iront pas dans le sens de diminution. Car à l'époque on commençait tout juste à entendre le discours on peut mettre les gens sous substitution à vie, mais juste avec de la méthadone⁴³⁸ mais pas plus. Alors que le discours actuel c'est faut pas trop chercher à faire arrêter les gens. Alors qu'à l'époque le discours médical et qu'il fallait un sevrage même si on entendait que cela pouvait prendre des années. La diminution pouvait prendre des années mais il fallait arriver un jour où il n'y est plus rien. »*.⁴³⁹

Ces propos sont corroborés dans par ceux du livre *salle de shoot*. Ouvrage, où les auteurs indiquent que *« la création du délit d'usage est l'occasion d'un bras de fer entre deux administrations, l'appareil pénal (juges et policiers) et l'appareil médical. Chacun défend une conception radicalement différente et opposée du « toxicomane » : justice et police voient*

⁴³⁶ Entretien 17, femme, 40/45 ans , femme, 40/45 ans

⁴³⁷ Entretien 10, homme, 30/35 ans.

⁴³⁸ Diminutif de « méthadone », premier traitement de substitution agrémenté en France

⁴³⁹ Entretien 12, homme, 35/40 ans

*celui-ci d'abord comme un délinquant qu'il faut punir tandis que l'appareil médical el conçoit comme un malade qu'il faut traiter ».*⁴⁴⁰

Dans ce contexte, il est donc difficile pour les consommateurs de drogues, comme pour les associations qui portent leur parole, de se faire entendre. D'autant qu'il existe des experts, des rapports issus du milieu médical et des politiques pour légiférer sur cette question.

Pourtant, les personnes entretenues souhaitent être actrices de transformation sociale. Indépendamment des raisons matérielles de leur entrée dans les associations, elles disent revenir et s'impliquer pour pouvoir rompre avec leur stigmat, comme le prochain chapitre va le mettre en exergue.

⁴⁴⁰ Salle de shoot. Ibid.

Chapitre 12: Lien entre le stigmatisme et l'implication dans l'association

Ce chapitre va étayer le lien entre de l'investissement dans ces associations et la question du stigmatisme. En effet d'après E. Goffman, il se peut que les stigmatisés cherchent alors un « autre compatissant » qui partage leur stigmatisme. Ils se constituent en groupe, en réseau, pour rechercher un soutien moral, un groupe de référence car : « *Parmi les siens, l'individu stigmatisé peut faire de son désavantage une base d'organisation pour sa vie, à condition de se résigner à la passer dans un monde diminué et ne pas être dans le déni.* »⁴⁴¹ Plus loin, E. Goffman fait valoir « *que l'individu stigmatisé peut donc attendre un certain soutien de ses pairs.* »⁴⁴²

Dans un premier temps, sera analysé combien le « don » en tant qu'acteur de l'association, permet une valorisation de la personne affligée sur différents plans. Dans un second temps, l'envie d'être acteur de transformation sociale sera questionnée.

12.1 Envie de faire un don ou régler une dette qui enrayer la stigmatisation

12.1.1 Un don de soi qui permet d'être acteur de sa vie

Les personnes entretenues se sont toutes mobilisées, à un moment donné ou un autre, dans les associations où certaines ont été accueillies. Il ressort que la principale rétribution de ce don est la valorisation qu'il produit et la réalisation du « je » qu'il permet.

Tout d'abord, dans les entretiens, l'implication des personnes entretenues s'est faite dans un cheminement et dans une forme singulière.

Une personne entretenue fait d'ailleurs, valoir que l'investissement peut se faire de diverses manières, selon le moment et le contexte : « *J'y ai été de pleins de manières : j'y ai été accompagné des gens, pour moi-même et j'y étais sur des actions et après j'y ai été en tant que salariée faisant parti de l'asso. Y'a eu pas mal de portes d'entrées mais le plus important pour moi c'était d'y faire ma porte, rentrer à X et pouvoir s'approprier quelque chose. Je vois le « Je » mais aussi le « je » dans le « nous », comment on fait ensemble.* »⁴⁴³

⁴⁴¹ *Stigmatisme*. Ibid

⁴⁴² *Stigmatisme*. Ibid

⁴⁴³ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

La mobilisation est présentée par les entretiens comme quelque chose de « *personnelle* ». ⁴⁴⁴ L'Entretien 3 en fait part en ces termes : « *C'était mon choix à moi. Je me disais est-ce que ça va leur donner des idées à eux aussi pour s'engager. Mais non, pas spécialement. C'était personnel, ça m'a aidé à sortir un peu de la rue de la merde. Ouais, c'était personnel, j'en avais envie* ».

L'implication est de l'ordre du « don ». D'autant qu'en France, à moins d'être salarié, il n'y a aucune matérialisation financière de l'implication des personnes dans les associations, au contraire de ce que d'autres proposent en Suisse. ⁴⁴⁵

Ce concept mis à lumière par Marcel Mauss dans « *l'Essai sur le don* » ⁴⁴⁶, il y a plus d'un siècle, a jeté les bases de la réflexion sur le don en anthropologie et en sociologie. Sa découverte est que, dans les sociétés archaïques, les hommes sont soumis à la triple obligation de donner, recevoir, et rendre. Il a été par la suite revisité par J.T. Godbout et A Caillé. Selon ces auteurs, le don est « *une des façons de faire circuler les choses entre nous, les humains (...) Le don est un transfert non actualisé* ». ⁴⁴⁷

Une telle approche met en évidence l'importance d'une certaine liberté dans le don : « *Un bienfait est un service rendu par quelqu'un qui eut été libre, tout aussi bien, de ne pas le rendre* ». ⁴⁴⁸ Ce n'est évidemment pas une liberté absolue, puisque le don est inséré dans le lien social. Cette liberté signifie que le don ne pose pas de conditions de retour, ne s'assure pas d'un retour. On abandonne en quelque sorte ce qui circule, aux liens qui se forment entre les partenaires, les acteurs, les agents, les sujets. C'est pourquoi, on peut aussi dire qu'analyser le don, c'est prendre pour objet l'étude de ce qui circule entre les humains comme résultat de la dynamique du lien social, réel ou symbolique.

⁴⁴⁴ Entretien 1, femme, 35/40 ans. et Entretien 3, homme, 30/35 ans.

⁴⁴⁵ Dixit Entretien 1, femme, 35/40 ans : « Par exemple en Suisse a été mis en place dans l'objectif, un projet de pré-insertion des personnes consommatrices qui peuvent avoir été en recul ou en situation de cassure avec le monde du travail ou autre. Donc on est sur une mobilisation des personnes sur des actions de réduction de risques telles que le ramassage de seringues qui a lieu tous les jours. Les personnes participent aux actions voire mènent les actions en étant accompagné par un professionnel. En sachant que c'est une activité qui est rémunérée. Pareil aussi pour le bar, où des personnes sont sollicitées pour s'en occuper ou le manager pendant les temps d'ouverture d'accueils de la structure en sachant que c'est aussi rémunéré. Et il ya une évaluation écrite de ce programme « pôle de valorisation » dans leur rapport ».

⁴⁴⁶ Mauss Marcel, *Essai sur le don, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, présentation de Florence, Weber, Quadrige, PUF, 2ème édition, Paris, 2012.

⁴⁴⁷ Godbout Jacques, en collaboration Alain Caillé, *L'esprit du don*, Paris, 1992/ 2000, La Découverte

⁴⁴⁸ Essai sur le don, Ibid

Ainsi, de fait, comme le « *don* »,⁴⁴⁹ l'investissement va répondre au « *je* » sous son angle d'être social, comme l'expose une intervenante : « *besoin de valorisation, d'être utile, de s'impliquer en tant que citoyen/ne, reprendre du lien social, pour mener des actions, vivre et faire partie d'une structure associative qui peut porter, et faire changer les choses dans un cadre plus large* ». ⁴⁵⁰

D'après les entretiens, s'impliquer, en tant qu'acteur de santé communautaire, répond la plupart du temps, à une envie de participer, de reconnaissance, d'être utile et d'aider les autres. Mais en devenant un acteur social, comme peut l'être tout autre membre de la société, l'individu va pouvoir se défaire du stigmate et se réaliser en tant que sujet ou acteur. C'est ce que souligne un autre entretien : « *L'asso ce qu'elle a changé c'est d'avoir réellement envie de faire des choses. Je ne vais pas te dire c'est grâce à l'asso que j'en suis là. Les gens qui me disent c'est grâce à machin Mumm... Je pense que c'est la vie qui fait qu'on en arrive là. Le souhait de créer ce projet. Je n'aurais pas rencontré l'association, je n'aurais pas une stabilisation avec des gens dans lesquels je me reconnais. J'arrive à avancer. Je me suis sortie de tous ces produits y'a 12 ans. Et ça m'a pris longtemps. Pendant longtemps je me suis posée la question qu'est-ce que je fais ? Là, je me la pose plus.* » ⁴⁵¹

Presque tous les entretiens témoignent que la rencontre, et l'implication, dans ces associations leur ont permis de reprendre « *leur vie en main* » : « *Et bien ça m'a aidé à me sortir de la rue, à m'occuper et à un peu moins me défoncer. C'est déjà un grand pas, que j'ai pu faire, grâce à Aides. Plutôt que de trainer tous les jours, aller faire la manche ou je ne sais quoi. Je venais faire l'accueil. J'aidais les volontaires. Je m'investissais. Et je pense que ça m'a aidé à reprendre ma vie en main, un peu* ». ⁴⁵²

Les personnes vont ainsi se découvrir de nouveaux savoir-faire. C'est ce dont témoigne une jeune femme, récemment investie, lorsqu'elle répond à la question « *qu'est-ce que l'association a changé dans ta vie ?* » : « *Et ouais. En fait quand on voit mon parcours, ça a changé pas mal de choses. Parce que je ne pensais pas pouvoir parler autant dans des accueils et m'investir. Je me suis investie en premier dans l'accueil femmes. Et je sentais une utilité à la chose. Donc je me suis investie de plus en plus, d'autant que c'est une asso qui correspond à ton milieu c'est-à-dire, d'où tu viens. C'est-à-dire tu viens du milieu consommation de produits et autre et tu retrouves dans une structure des gens qui parlent de ça alors que c'est compliqué dans d'autres structures, c'est compliqué. Tu ne vas pas parler*

⁴⁴⁹ Essai sur le don, Ibid

⁴⁵⁰ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

⁴⁵¹ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

⁴⁵² Entretien 3, homme, 30/35 ans.

*de ça si tu vas dans une structure pour prendre une douche. Là⁴⁵³, tu te retrouves avec les problématiques, tu vois, que les autres personnes accueillies et même avec les accueillants. Ils savent donc ils ne sont pas choqués, pas surpris où ils ne vont pas s'apitoyer quand tu racontes des choses de ta vie. Et c'est ça qui m'a fait rester dans cette asso, devenir volontaire et salariée en CDD ».*⁴⁵⁴

Elles vont se remettre en question, développer des savoirs-être. Pour beaucoup l'entrée dans l'association a changé leur façon de voir la vie, leur façon de penser : *« quand on travaille avec les représentations et les préjugés, tu te rends compte que du coup t'es pas parfait et tu te poses des questions sur toi-même. Tu te rends compte que toi aussi t'as des représentations et des préjugés. Et tu te remets en question. Et là, ça te changes tout même ta personne ».*⁴⁵⁵

Par ailleurs ceux,⁴⁵⁶ qui ont arrêté de s'investir, estiment pouvoir se réaliser, avec ce bagage, dans un mode de vie moins contraint par le phénomène de stigmatisation. Selon H. Becker, la déviance peut cantonner l'individu à une destinée, à une manière d'être : *« La dernière étape d'une carrière déviante consiste à entrer dans un groupe déviant organisé. Les démarches précises qu'accomplit une personne pour entrer dans un groupe organisé, ou la prise de conscience de l'acceptation du fait qu'elle y est déjà entrée, influence fortement la conception qu'elle a d'elle-même (...) la conscience de partager un même destin et de rencontrer les mêmes problèmes engendre une sous-culture déviante, c'est-à-dire un ensemble d'idées et de points de vue sur le monde social et la manière de s'y adapter, ainsi qu'un ensemble d'activités routinières fondées sur ce point de vue. L'appartenance à un tel groupe cristallise une identité déviante. »*⁴⁵⁷. Pour ces derniers, l'engagement a joué en quelque sorte un rôle de tremplin ou les a tout simplement soutenus, pour être acteurs de leur vie.

L'implication dans ces associations et le don de soi ont donc permis une valorisation, voire une prise en main de leur vie, aux personnes entretenues. L'analyse des entretiens un à un met en lumière que la plupart des personnes souhaitent à travers cet investissement partager ce qu'elles ont reçues. Ce sera le thème du prochain paragraphe.

12.1.2/ La dette se règle avec plaisir

Ces lignes vont mettre en exergue l'importance pour les personnes de transmettre ce qu'elles ont reçu aux travers de leur implication. Elles vont réunir les conditions pour mettre à mal les

⁴⁵³ À Aides

⁴⁵⁴ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

⁴⁵⁵ Entretien 9, femme, 30/35 ans.

⁴⁵⁶ Entretien 5, homme, 20/25 ans., 12, 10

⁴⁵⁷ *Outsiders* (1963), Ibid

conséquences de la stigmatisation des personnes qu'elles reçoivent très humblement. Elles font « *des choses simples* » mais éprouvent beaucoup de plaisir. Elles s'identifient à un « *maillon de la chaîne* », et prenant « *une place dans un grand tout* ».

Tout d'abord, les entretiens mettent en exergue que les intervenants font une place à l'autre auprès de qui, ils « *relayent l'action* ». L'analyse des entretiens démontre qu'ils souhaitent mettre en œuvre pour autrui ce qu'ils pensent avoir reçu. En ce sens, il est probable que l'investissement dans les associations leur permettent de régler, à travers ce « *don* » probablement leur « *dette* » selon les termes de C. Herfray⁴⁵⁸ et J. Godbout.⁴⁵⁹

Selon ces deux auteurs cette démarche serait favorable à la construction de leur « *je* », en tant que sujet et/ou acteur social.

Pour C. herfray, le « *sens de la Dette* », ⁴⁶⁰ est « *condition essentielle pour que liberté et responsabilité cohabitent. Le « sens de la Dette » est un élément structurant de la vie psychique des membres de l'espèce humaine.* »

Pour J. Godbout⁴⁶¹ : « *Dans la famille ou dans la société, le monde des réseaux fonctionne au don et à la dette, et non pas à l'équivalence (comme dans le marché) ou à l'égalité (comme dans l'État). Quand les réseaux fonctionnent bien, cette dette est positive : elle n'engendre pas angoisse et aliénation, mais confiance et désir de loyauté. Et enfin, c'est à travers la relation de dette (positive ou négative), de don et de contre-don, que se forment ou se déforment les identités* ».

Les intervenants axent leurs conditions d'accueil afin d'atténuer les effets de la stigmatisation des personnes reçues.

⁴⁵⁸ Herfray Charlotte. Altérité et différence. In: Autres Temps. Cahiers d'éthique sociale et politique. N°51, 1996. pp. 72-83 : « *La règle de l'interdit de l'inceste structure le psychisme humain autour d'un renoncement : celui du premier objet investi qui ne saurait être un partenaire sexuel. C'est le langage qui offre un signifiant spécifique permettant de désigner ce premier objet, du ventre duquel nous sommes nés: la mère. Mais elle n'est pas seule à l'origine de notre conception car celle-ci suppose qu'il y a du père. Les liens de l'Enfant à ces deux « objets » spécifiques ne sont pas quelconques. Ils fondent, par le fait du langage, une Dette symbolique qui traverse le biologique et s'impose à lui. C'est cette spécificité qui témoigne de notre humanisation. Elle nous institue dans l'ordre de la culture où le symbolique prime* »

⁴⁵⁹ Jacques T. Godbout [sociologue-chercheur à l'Institut national de la recherche scientifique – INRS-urbanisation culture et société], *Le don, la dette et l'identité*, homo donator versus homo oeconomicus. Paris: Éditions La découverte, Montréal: Éditions du Boréal, 2000,

⁴⁶⁰ Herfray Charlotte, *Vivre avec autrui plutôt que le tuer*, Editeur Eres, Collection Hypothèse, 2009

⁴⁶¹ *Le don, la dette et l'identité*, homo donator versus homo oeconomicus. Ibid.

Ils ne jugent pas ou n'évaluent pas leurs propos : « *Que la personne soit sincère ou pas, ce n'est pas important. L'important, c'est de prendre l'instant, peut-être que je ne le reverrai pas* ». ⁴⁶²

Ils leur font une place : « *Mon rôle est de reprendre le lien avec les SDF pour qu'ils retrouvent une place dans ces accueils*. » ⁴⁶³

Ils se vivent comme vecteurs de lien : « *J'ai mis en contact des gens que je connaissais, nouveaux consommateurs ou injecteurs, qui ne connaissaient pas l'association, avec les intervenants qui bossaient ici, des gens qui avaient un peu plus d'expérience. J'ai mis du lien, entre des gens, des fois des personnes, qui avaient des pratiques différentes, qui partageaient les mêmes choses mais avec un vécu différent, d'époques différentes, des relations différentes avec les virus* ».

Ils souhaitent transmettre leurs savoir-faire et savoir-être, pour permettre aux autres de se réaliser: « *C'est aussi avoir des clés pour les transmettre. Tu vois encore une fois ce n'est pas juste j'ai rencontré des gens intéressants, ou vraiment des gros cons, ou machin c'est tisser des mailles quoi avec des mains visibles, des fils invisibles. C'est mettre des gens en relation. Je le symbolise comme ça, mon travail en santé communautaire, et vraiment travailler sur l'outil et pas que garder une compétence au sein d'un groupe professionnels. Donner des billes pour que les gens puissent se servir de l'outil et puisse se passer de moi et des structures et pas attendre de nous qu'on est la solution quoi ! Parce que ça va...* » ⁴⁶⁴

De même, ils facilitent l'entraide et l'autonomie des personnes reçues : « *C'est important que tout le monde aille vers tout le monde. Elles s'adresseront à moi après. (...) on les fait participer vraiment, on les laisse se débrouiller de tout. (...) Parce qu'on fonctionne avec, on agit avec (...) Actrice, oui, parce qu'on les laisse s'exprimer le plus possible.* » ⁴⁶⁵ Et ils valorisent leurs savoirs et leur expertise : « *On est là justement pour que les gens se conseillent entre eux quoi. Que ce soit des conseils de réduction des risques, de propreté (...) en premier lieu pour ça à Aides, leur donner des conseils sur la consommation, leur filer du matos, leur demander conseils aussi parce que on n'a pas la science infuse. Ils donnent leurs points de vue qu'on partage, qu'on échange. C'est pour ça qu'on a des accueils collectifs, c'est pour que ça discute entre eux (...) Moi j'aime bien ces temps d'accueil collectif parce que je trouve qu'on apprend plein de choses et que les personnes aussi.* » ⁴⁶⁶

⁴⁶² Entretien 15, femme, 50/55 ans.

⁴⁶³ Entretien 15, femme, 50/55 ans.

⁴⁶⁴ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

⁴⁶⁵ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

⁴⁶⁶ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

Pour cela, favoriser le débat ou les échanges autour des pratiques des personnes semble nécessaire, plutôt que d'apporter des réponses préétablies : *« L'idée était de faire réagir et discuter. On s'appuyait sur des pratiques et on n'était pas dans le « tout propre », dans le « tout capote », ou le « tout usage unique ». On était dans la réduction des risques ça voulait dire ce que ça voulait dire. Mais c'était cool comment on l'a réalisé⁴⁶⁷ parce que les gens ont été impliqués, chacun a pu dire ces petits trucs, ses machins, les questions se posaient, ça a créé du débat et de la dynamique »*⁴⁶⁸

Partager leur propre valorisation est primordiale et *« C'est aussi une occasion de valoriser les pratiques des personnes »*.⁴⁶⁹ Maintenir un rapport d'égal à égal est aussi un élément qui paraît important aux personnes entretenues : *« Le médecin et l'infirmière l'animent. Moi j'y suis comme travailleur « pair ». J'essaie de rester comme usager au même titre que les autres, à égalité. Je ne suis pas trop dans le délire d'animation. Je reste à ma place. »*⁴⁷⁰ Dans tous les cas, l'important semble de donner du pouvoir à la personne accueillie et faire en sorte que *« la personne se sente capable de... »*.⁴⁷¹

Plusieurs entretiens spécifient que les accueillis participent au déroulement des accueils et leur animation. C'est ce dont témoigne une personne reçue dans un CAARUD de Aides : *« C'était ouvert à tous les toxicomanes de la ville et tout le monde venait. Du coup parce que Aides a commencé d'être connus au niveau du milieu des consommateurs de drogues. Y'a toutes sortes de gens qui sont venus même si la majorité des gens accueillis étaient quand même des SDF. L'alcool était toujours permis. Y'avait toujours pas de gros problèmes avec l'alcool ou s'il y'en avait s'était automatiquement géré par les autres personnes. Y'avait vraiment une autogestion du lieu. Et s'était sympa parce qu'on avait le groupe d'auto-support et y'avait un lieu qui était entre guillemet autogéré par les usagers en tout cas au niveau de la façon dont les gens sont accueillis, de la paisibilité du lieu. Après le lieu est quand même géré par Aides et par des salariés d'Aides. Y'avait c'te cuisine communautaire et y'avait un accord qui avait été mis avec la banque alimentaire pour avoir un minimum de bouffe à disposition et puis le reste était amené par nous : on faisait les repas et on mangeait tous ensemble. »*

Ils se rejoignent aussi sur leur souhait de favoriser « faire ensemble », « de réfléchir ensemble », comme en témoigne une intervenante *« On a privilégié le fait de construire un*

⁴⁶⁷ Plaquette d'information sur les pratiques de réduction des risques, en cas de réutilisation du matériel d'injection.

⁴⁶⁸ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

⁴⁶⁹ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

⁴⁷⁰ Entretien 10, homme, 30/35 ans.

⁴⁷¹ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

*truc ensemble. (...) ça alimente le débat et ça devient très enrichissant. Nous on cherche à ce que les filles soient actrices de la soirée aussi. Ainsi les personnes sortent très libérées de ces soirées que j'ai trouvées très très très riches en contenu. J'ai entendu des femmes sortir de là en disant : « je me sens plus légère », « c'est la première fois que j'ai pu dire ça ».*⁴⁷²

Au final, comme le stipule cet entretien, ils disent mettre tout en œuvre pour aller à l'encontre de la stigmatisation des personnes qu'ils accueillent et les alléger de ce poids.

Pour cela, ils font valoir toutes les qualités qu'ils essaient de développer : « être là », observer, aller vers, être souple, s'adapter, faire de la place, intervenir à la demande, être à l'écoute, ne pas faire de généralités, être impliqué et être capable de prendre du recul.

Ils ne se dépeignent pas comme des « supers héros », des sauveurs, des intervenants sûrs d'eux. Au contraire, la plupart sont modestes. Ils sont nombreux à dire, qu'au final ils font « des petites choses ».⁴⁷³ Ils n'hésitent pas à faire part de leurs tâtonnements. Et quelques-uns évoquent la nécessité de faire des erreurs pour apprendre et de se remettre en question : « ça se bidouille car on apprend en faisant et c'est aussi en analysant les erreurs qu'on apprend ».⁴⁷⁴ Ils ne sont pas dans la maîtrise : « on essaie de se débrouiller »⁴⁷⁵. Mais ils sont prêts à se laisser transporter : « Quand les gens prennent la place, ça t'emporte à des endroits où tu n'avais pas pensé à aller ».⁴⁷⁶

Leur pratique s'intrique dans la vie à savoir dans une dialectique de simplicité et de complexité : « je vois cette structure comme quelque chose de très vivant où il y a des choses très complexes et très simples qui vont pouvoir se passer. Y'a des personnes qui sont dans des situations complexes, intriquées au niveau soin et social, et en même temps des moments simples comme prendre un café, dire bonjour et ce n'est pas pour autant un rejet de la complexité ».⁴⁷⁷ Ils décrivent l'accueil qu'ils mènent comme quelque chose de simple, naturel : « C'est très simple on ouvre le porte, « bonjour » euh, « vous êtes la bienvenue, comment allez-vous ? Est-ce que vous avez besoin de parler avec quelqu'un dans le bureau ? Ou est-ce que vous voulez rentrer dans le salon boire un café ? Le dernier accueil c'était un accueil sans rendez-vous, que l'on anime en binôme, donc les gens viennent avec leurs

⁴⁷² Entretien 4, femme, 25/30 ans.

⁴⁷³ Entretien 16, femme, 20/25 ans.

⁴⁷⁴ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

⁴⁷⁵ Entretien 4, femme, 25/30 ans.

⁴⁷⁶ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

⁴⁷⁷ Entretien 11, femme, 25/30 ans.

*papiers et tout ça. D'autres viennent juste partager un moment convivial »*⁴⁷⁸ *« les gens ils viennent, ils prennent leur matos, ils discutent un peu avec nous, ils prennent leur café. Donc l'accueil démarre comme ça, les gens arrivent se posent, ça discutent. Par contre si y'a une qui a besoin d'un accueil individuel. Il n'y a pas de souci, il y a assez d'espace pour s'isoler dans un bureau »*.⁴⁷⁹ Mais ils mesurent la richesse de ce que cet accueil produit : *« Et c'est très riche »*.⁴⁸⁰

Par ailleurs, beaucoup éprouvent du plaisir à se sentir utile et à aider les autres⁴⁸¹. Au moment où ils décrivent leur activité les entretiens sont parsemés d'expression et de mots tels que : *« c'est chouette »*, *« ce sont des moments supers forts »*, trouve ça *« magique »* ou que *« c'est passionnant »*. Ils se régaler, voire jouissent : *« C'était une superbe expérience. J'ai pris mon pied »*.⁴⁸² Ils souhaitent partager ce type d'émotions, comme en témoigne un entretien *« Car si je viens à Aides c'est aussi parce que j'aime aider et donner. Je veux donner du plaisir, juste du plaisir. Pas forcément faire la révolution mais se donner du plaisir, s'apprendre des choses. Pour que les rencontres soient intéressantes faut qu'il y est un échange, il faut que l'autre t'apportes quelque chose. »*⁴⁸³

Enfin, comme l'évoque l'entretien ci-après, beaucoup suggèrent que leur investissement leur donne l'occasion d'apporter leur *« pierre à un édifice »*.⁴⁸⁴ Cela fait écho au propos de Mauss,⁴⁸⁵ l'échange par le don constitue *« le roc de la société »*. Ainsi, cet investissement leur permet de trouver une nouvelle place, qui a une valeur sociale et une incidence sur la société : *« Sinon au niveau de l'asso en général je me vois comme un maillon de la chaîne, un petit truc, un petit grain de sable qui participe à un grand tout, qui fait bouger les choses quand même. Donc ça s'est plutôt une bonne chose ! Dans l'association au niveau local, et ben je vois que je suis reconnue dans mon équipe. Dans un sens ça m'étonne toujours. A trop me laisser porter peut être que je ne me rends pas vraiment compte que j'ai une place, et que*

⁴⁷⁸ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

⁴⁷⁹ Entretien 3, homme, 30/35 ans.

⁴⁸⁰ Entretien 1, femme, 35/40 ans.

⁴⁸¹ Ou plutôt à donner à d'autres ce qu'ils pensent avoir reçu

⁴⁸² Entretien 10, homme, 30/35 ans.

⁴⁸³ Entretien 8, femme, 40/45 ans.

⁴⁸⁴ Entretien 4, femme, 25/30 ans., 14, 15

⁴⁸⁵ Essai sur le don. Ibid

*l'on peut compter sur moi. J'ai appris sur moi grâce à tout ça. Ça fait plaisir et j'ai envie d'amener d'autres à prendre une place à ce « grand tout », quoi ! ».*⁴⁸⁶

Ce dernier entretien résume bien le propos de ce paragraphe. Les personnes entretenues qui interviennent dans les actions contribuent à une chaîne où des êtres, des acteurs donnent, reçoivent et rendent, comme l'envisage Mauss.⁴⁸⁷ Appartenir à ce réseau social⁴⁸⁸ va leur permettre de rompre avec le stigmat. Ils vont répondre à leurs désirs, prendre et donner la parole. Ils vont pouvoir enfiler le costume d'acteur de transformation sociale afin de lutter contre ce que véhicule le stigmat.

12.2. Envie d'être acteur de transformation sociale :

En introduction de ce paragraphe la définition du terme « transformation sociale » sera précisée. Et elle sera recoupée avec la théorie d'E. Goffman quant aux plus-values du regroupement de pairs militants.

Sur internet, les moteurs de recherche renvoient sur les pages de l'association Aides pour définir ce terme qui semble lui appartenir : *« Le militantisme au sein de Aides est considéré comme un outil qui a pour vocation de transformer la société dans un sens favorable à plus de solidarité et notamment envers les personnes séropositives et concernées par le VIH/SIDA et les hépatites. Ceci, afin de transformer leurs conditions économiques et sociales souvent caractérisées par une forte précarité et de très nombreuses discriminations (à l'emploi, à l'accès aux soins, dans le cercle familial ou amical, etc.) »*⁴⁸⁹

E. Goffman relève que l'individu stigmatisé peut effectivement s'affilier à *« un groupe de pairs militants »* pour pouvoir s'afficher et *« célébrer les mérites et les contributions de ceux de sa sorte »*. Il précise que *« les personnes affligées d'un stigmat particulier entretiennent le plus souvent des agents ou des comités qui les représentent »* : *« des portes paroles »*.

Seulement les associations de santé communautaire ne se veulent pas des associations de défense de droits identitaires. Selon l'ouvrage de C.Caldéron et O.Maguet, elles s'inscrivent plutôt dans une mobilisation qui repose *« avant tout sur une action de proximité auprès des personnes concernées par le VIH/SIDA, de toutes les personnes, sans distinction liée à un*

⁴⁸⁶ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

⁴⁸⁷ Essai sur le don. Ibid

⁴⁸⁸ Selon J. Godbout, Ibid : *« Dans la famille ou dans la société, le monde des réseaux fonctionne au don et à la dette, et non pas à l'équivalence (comme dans le marché) ou à l'égalité (comme dans l'État) »*

⁴⁸⁹ Cf site Wikipédia

*profil sociodémographique, à une identité ou à la nature du risque pris. Mais cette action ne saurait être conçue comme une collection d'activités de soutien : ces dernières constituent la première étape d'un processus qui doit conduire aux transformations nécessaires des dispositifs existants, ou à la création de dispositifs nouveaux quand rien n'existe. Lors de l'assemblée générale de Aides du 29 avril 1990, Daniel Defert rappelle que « notre identité, c'est un mouvement, pas seulement des services ». Cela suppose que, pour intégrer AIDES, les militants doivent comprendre et partager cet objectif de transformation sociale ».*⁴⁹⁰

Les acteurs de transformations sociales rencontrés dans le cadre des entretiens, s'inscrivent principalement dans cette démarche. Ils envisagent leur rôle sur le même tempo ce que scande C. Carthonnet dans son ouvrage *« J'ai des choses à vous dire »*⁴⁹¹ : *« On a assez parlé à notre place. C'est à nous, aujourd'hui, de prendre la parole et de nous faire entendre »*. Prendre et porter la parole sera l'objet du prochain paragraphe.

12.2.1/ Prendre et porter la parole

Le processus qui permet à Aides de mener un combat de transformation sociale est présenté dans l'ouvrage⁴⁹² élaboré par C. Caldéron et O. Maguet en ces termes : *« des individus, se sentant eux-mêmes concernés et ayant la volonté d'apporter solidarité et soutien aux personnes concernées par le VIH/SIDA, s'engagent dans Aides ; ils mènent collectivement une action de proximité avec ces personnes ; ce faisant, ils recueillent des informations sur toutes les difficultés auxquelles ces dernières sont confrontées ; cette information ainsi constituée, l'association dispose des contenus pour élaborer des analyses et des argumentaires indispensables à une action de sensibilisation de l'opinion publique, et un plaidoyer pour améliorer la place faite aux malades du VIH/Sida dans la société. »*⁴⁹³

Dans les entretiens cette fonction des associations est présentée surtout par les intervenants et non par les participants. Le propos de ce paragraphe sera de mettre en lumière quand, comment et pourquoi prendre et donner la parole, selon eux ?

Les entretiens révèlent que lorsque les personnes affligées assument leur stigmatisme et en connaissent le processus elles peuvent souhaiter s'engager comme acteur de transformation sociale. L'entretien 8 en fait part en ces termes : *« Après quand j'ai commencé à assumer un peu plus ce que j'étais et ce que je faisais et ben j'ai commencé à interroger X sur qu'est-ce qu'on pouvait faire ensemble. Et c'est là, que j'ai commencé à m'impliquer un peu plus dans*

⁴⁹⁰ AIDES, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid

⁴⁹¹ J'ai des choses à vous dire. Ibid

⁴⁹² Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA, Ibid.

⁴⁹³ Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA. Ibid

*l'asso. Je suis devenue militante de l'asso, j'ai participé à des événements, à faire des manifs, à prendre la parole, voilà. »*⁴⁹⁴

Leur combat peut prendre la forme de revendications pour conquérir des droits vis à vis de leur identité affligée : *« j'y suis toujours par rapport à mes convictions et par rapport au fait que j'ai été usagère de drogues »*.⁴⁹⁵

Mais la plupart désirent avant tout, se faire entendre pour se faire accepter lors des contacts mixtes : *« Les actions s'étaient plus de la communication avec les gens pour se faire accepter. On est allé voir par exemple un docteur du réseau médecin généraliste et toxicomanie pour faire un partenariat pour pouvoir participer à la formation des médecins de son réseau et de d'autres professionnels de santé. »*⁴⁹⁶

Comme le proposent V. de Gauléjac⁴⁹⁷ et E. Goffman,⁴⁹⁸ leurs armes sont principalement leur voix et le récit de leurs vécus.

Dans les entretiens, les intervenants se présentent plutôt comme des personnes qui donnent la parole. Ils pensent que la mobilisation de leurs pairs est nécessaire au changement social, comme en témoigne cet entretien : *« Le premier argument que je peux leur donner c'est que ces personnes-là sont actrices de changements. Pour moi c'est pouvoir donner sa voix. Et on a besoin des personnes accueillies pour faire bouger les choses. C'est pour ça qu'on propose d'être acteur »*.⁴⁹⁹

Les associations essaient de relayer la parole des personnes affligées, afin que l'opinion publique ait une réelle idée de leurs conditions de vie et par *« volonté de faire avancer les choses et il a voulu faire un témoignage de son vécu qui va être publié. »*⁵⁰⁰ Leur objectif est donc de faire savoir ce dont elles sont les principaux témoins au quotidien. Ainsi, des individus entretenus ont acquis de la légitimité. Ils ont par exemple pu assister aux réunions qui les concernent, où habituellement ils ne sont pas invités à être entendus, comme l'expose l'entretien 12 : *« ils trouvaient intéressants de nous faire intervenir dans des réunions pour montrer qu'on était quand même des gens qu'avions une certaine culture par exemple, qu'on savait s'exprimer, qu'on avait des idées des points de vue sur les choses et qu'on était loin*

⁴⁹⁴ Entretien 7, femme, 30/35 ans

⁴⁹⁵ Entretien 17, femme, 40/45 ans.

⁴⁹⁶ Entretien 17, femme, 40/45 ans

⁴⁹⁷ Les sources de la honte, Ibid

⁴⁹⁸ *Stigmata*, Ibid

⁴⁹⁹ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

⁵⁰⁰ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

d'être des monstres assoiffés de sang et de drogues. Et c'est ça qu'a fait qu'on assiste à des réunions, qu'on se prenne en main un peu, qu'on prenne la parole sur nous, grâce à eux, c'était important euh quand on parle de nous qu'on puisse dire bé euh c'est sympa qu'on parle des SDF toxicomanes dans des réunions mais si on leur demande jamais leur avis, bon ben tu vois, on peut vite virer dans les fantasmes et cultiver les fantasmes. Donc c'est vrai y'a un côté important que quand tu parles d'un sujet y'est les personnes concernées, pour (qu'ils puissent) donner leur propre avis pour éviter de virer dans le fantasme (...) Oui je me souviens de réunions où on sortait très contents avec XYI parce qu'on avait réussi à exprimer les choses avec des mots clairs, précis, et qu'on voyait ça avait... euh que sur les autres participants et les autres intervenants ça avaient fait mouche, on avait fait naître : une réflexion, un doute, euh... Enfin, voilà où ça avance quoi ! (rire) »⁵⁰¹

Enfin, la transformation sociale se fait aussi par l'implication de ces associations dans des actions novatrices. Ce sera le cas, des premiers accueils de RDR mis en place dans les années 1990, comme en témoigne un entretien : *« ça été le premier lieu où on a pu rentrer avec les chiens et avec de l'alcool aussi, dans une certaine mesure et à condition de pas foutre le bordel. Mais bon on était assez auto-discipliné pour empêcher que le bordel se crée vu qu'on était une équipe soudée. Y'avait des bonnes conditions pour que ça se passe bien et c'était pas mal parce que ça a servi d'exemple après. C'est con, mais petit à petit, les autres accueils sociaux ont vu qu'on pouvait accueillir les chiens sans qu'il y ait de problèmes d'hygiène etc. Et que effectivement en accueillant la personne avec le chien à l'intérieur, surtout l'hiver et compagnie et même l'été t'as pas envie de laisser le chien deux heures sur un trottoir, ça permet que les gens restent plus longtemps sur le lieu et pouvoir commencer un vrai travail avec eux. Comme c'est quand même le but de beaucoup d'accueils, de voir les problèmes des gens et de voir avec eux s'ils le veulent de les résoudre. Et pour ça, il faut que les gens puissent rester sur le lieu donc le fait d'accueillir les chiens ça a été un grand pas en avant ! Et du coup les lieux d'accueil ont commencé à prendre en compte le facteur chien et les ont acceptés et ça a fait effet boule de neige. Ils ont pris en compte que l'animal était super important, que c'était pour beaucoup une deuxième moitié d'eux-mêmes... ça a eu valeur d'exemple ».*⁵⁰²

Et plus récemment, dans des formes d'accompagnement à l'injection en milieu festif : *« Par contre on s'est retrouvé dans la situation de donner du matériel à des gens qui allaient se retrouver à injecter au milieu de la montagne, dans le noir, devoir faire une injection au briquet alors qu'on éclaire un lieu qui peut se fermer et permettre d'injecter posément. Et en même temps, il y avait le cadre légal, mais on était au milieu de nulle part. Alors on se disait mais à quel moment on fait la réduction des risques ? Il y a le cadre légal mais on est des*

⁵⁰¹ Entretien 12, homme, 35/40 ans

⁵⁰² Entretien 12, homme, 35/40 ans

militants. Elle n'était pas couverte mais on pouvait être à l'abri des regards et on récupérait leur matériel usagé. C'était une problématique fréquente en milieu festif où l'injection n'était pas très acceptée par le milieu. Donc, on en parlait lors d'une réunion nationale et ça a permis une réflexion autour de l'accompagnement à l'injection et ça a relancé le débat autour des lieux où on peut injecter. Donc on a pu accompagner à injecter les personnes trop en galère, dans certaines conditions et en rapportant les pratiques, car le but était de faire remonter les besoins.»⁵⁰³

Ce type d'actions sont mises en place parce qu'elles répondent à des besoins imminents des personnes. Elles se conduisent de manière expérimentale. Ces actions présentées comme « innovantes » par les personnes entretenues ont pour objectif de changer les cadres de la loi.

C'est ainsi que l'étude sur l'accompagnement injection AERLI est présentée par une personne entretenue : *« C'est une étude histoire d'amener des chiffres et des billes pour faire évoluer un peu la politique de réduction des risques, de prendre en compte aussi les personnes vis-à-vis de leurs pratiques d'injection. Pour ça on a élaboré un protocole de recherche, en lien avec un institut de recherche et Médecins du Monde. Dans cette recherche, il y a deux bras, un bras témoin et un bras intervention pour montrer la plus-value d'accompagner les personnes dans leur pratique d'injection ou pas. Ça nous permet d'alimenter le débat autour des salles de consommation à moindre risques plutôt que faire ça à l'arrache dans la rue, etc. Ça peut permettre à des personnes de se rapprocher du soin et d'élargir notre palette de réduction des risques en lien avec les pratiques observées et les échanges avec les injecteurs, qu'elles aient les moyens de prendre le moins de risques possibles et d'apporter une parole politique (...) Ça peut aussi permettre de retravailler sur la loi de 70, de parler d'élargir la palette de substitutions etc. Car pendant les séances d'accompagnement certaines personnes prennent consciences qu'elles peuvent apporter leur pierre à l'édifice. Et du coup elles peuvent remonter d'autres besoins d'autres choses. C'est un moyen de porter la parole des consommateurs. Par exemple y'a une personne qu'on a inclut dans le protocole d'accompagnement à l'injection qui est aujourd'hui incarcérée, en lien avec sa consommation, participe à la rédaction d'un plaidoyer, de son témoignage de ce qu'il a peut vivre en prison. Il était rentré dans le protocole aussi pour des raisons militantes, faire évoluer la législation »⁵⁰⁴*

En effet, comme le prochain paragraphe le développe, une des principales motivations à militer dans ces associations, à porter et prendre la parole, est de lutter contre ce qui véhicule le stigmat (les lois et les médias).

⁵⁰³ Entretien 5, homme, 20/25 ans.

⁵⁰⁴ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

12.2.2/ Lutter contre ce qui véhicule le stigmat

La première partie de l'analyse des entretiens a mis en exergue que les lois et les médias sont les principaux vecteurs de la stigmatisation des personnes prostituées, incarcérées, SDF ou consommatrices de drogues. Les prochains paragraphes vont mettre en lumière qu'une des principales raisons de l'investissement des personnes entretenues dans les associations est de remettre en cause les termes de leur stigmatisation.

Les militants des associations se reconnaissent peu dans les attributs qui leur sont conférés. Lutter contre les représentations dont ils font l'objet fait donc partie des raisons de leur investissement dans une association de santé communautaire ou dans des groupes d'auto-support : *« ce n'est pas parce que l'on prend des substances qu'on est des menteurs, qu'on des voleurs ou inconscients... Enfin ce pourquoi l'auto-support existe : du style il faut faire bouger les lois, la prohibition entraîne l'exclusion et la clandestinité. Toutes ces choses-là... Quand on parle de lutter contre la prohibition ça veut dire aussi pouvoir avoir une liberté de parole, ne plus se faire embarquer parce que tu mets un tee-shirt avec une feuille de cannabis tout simplement. Et arrêter de se voiler la face. »*⁵⁰⁵

Une de leur motivation est de lutter contre la loi qui génère ce stigmat : *« Moi mon but c'était de m'engager pour les idéaux à savoir changer les représentations et bouger les lois. »*⁵⁰⁶ Dans l'entretien 2, la personne décrit son récent engagement en lien avec le fait qu'elle partage le souhait de Aides de faire changer les mentalités et de faire évoluer la législation. Une autre, inscrite dans une association de santé communautaire auprès des prostituées, argue que ce qui l'a accrochée ça a été la défense de des droits. Puis elle précise : *« J'y ai trouvé cette solidarité entre les putes : comment on se retrouve ensemble ? Comment on lutte ensemble ? Comment on lutte pour arrêter la criminalisation ? Comment on peut faire en sorte que dans cette société, nous, les femmes putes, on peut faire en sorte d'être traité comme des femmes comme les autres, à égalité en fait ? »*

En effet, la criminalisation induit des inégalités aux droits qui ne sont pas sans conséquences : *« La criminalisation, telle qu'elle a commencé avec le délit de racolage, toutes les asso ont fait le même constat c'est que cela éloigne les personnes, ça leur fait prendre plus de risques au niveau de leur santé, ça favorise les violences faites aux putes, et ça favorise le risque de proxénétisme. Moi sur le tapin, concrètement, depuis la loi sur le racolage passif, j'ai entendu*

⁵⁰⁵ Entretien 17, femme, 40/45 ans

⁵⁰⁶ Entretien 17, femme, 40/45 ans

Entretien 7, femme, 30/35 ans

*dire des clients : « toute façon si je te fais du mal t'auras toujours beau essayer de porter plainte, qui va écouter une pute ! »*⁵⁰⁷

Une intervenante, aujourd'hui en traitement de substitution, stipule « *dans ma vie privé j'ai morflé. Vis-à-vis de loi, j'ai pris beaucoup pour juste quoi : parce que j'ai consommé, parce que j'ai revendu, parce que ramené de la came pour les potes. Je suis persuadée que si la loi était différente je n'aurais peut-être pas vécu tout ça. Et puis j'aimerais faire entendre aux gens qui sont à fond dans la culpabilité que non, non, non ce n'est pas une maladie, y'a moyen de le vivre autrement.* »⁵⁰⁸

La personne prostituée fait état d'avancées car leur parole a été relayée auprès de l'opinion publique : « *on a obtenu et ben d'être entendues par les médias c'est-à-dire même si la majorité des médias avancent le fait qu'on est des victimes ou des délinquantes et bé y'a certains qui commencent à ouvrir le débat : sur les risques de la pénalisation, qui commence à comparer les législations selon les pays d'Europe, que criminaliser ça n'apporte pas que des bonnes choses, que d'interdire ça n'apporte pas que des bonnes choses et que réglementer ça n'apporte pas que des bonnes choses non plus et ça pousse à ouvrir le débat.* »⁵⁰⁹

D'après les entretiens, pour les consommateurs de drogues, la route vers une remise en question des lois qui les stigmatisent semble longue. C'est par exemple ce dont témoigne une militante d'un groupe d'auto-support, qui a arrêté son investissement à ce titre : « *Je crois que j'avais une vision idéaliste au début. A savoir, je me disais je vais rentrer dans une association qui va permettre de faire bouger les choses. Mais voilà, c'est un très très long travail. Ça prend des décennies et des décennies de faire bouger les choses, comme je disais niveau représentations, niveau lois. Là-dessus, je suis revenue un peu à la réalité quand même. Ça permis de me rendre que c'était très compliqué.* »⁵¹⁰

Cependant, leur implication dans une démarche politique est pour eux un moyen de sortir d'un certain isolement dans leurs problématiques de dépendances induites par le contexte social actuel comme l'énonce l'entretien 1 : « *ce qui me paraissait important sur un plan personnel mais aussi du vivre ensemble, je ne pouvais pas limiter ma réflexion à niveau individuel, dans un rapport personne/maladie ou isolé un comportement qui est pour moi explicable dans un système qui induit ou peut induire des comportements dépendants.* »

⁵⁰⁷ Entretien 7, femme, 30/35 ans

⁵⁰⁸ Entretien 17, femme, 40/45 ans

⁵⁰⁹ Entretien 7, femme, 30/35 ans

⁵¹⁰ Entretien 17, femme, 40/45 ans

Ces propos sont proches de ceux énoncés par A. Ehrenberg,⁵¹¹ quant au contexte de culte de performances de notre société. Pour cet auteur : « *Nous avons tendance à croire aujourd'hui qu'être soi-même c'est se construire une personnalité dans la différence avec autrui. Et pour ce faire nous pouvons consommer au point de mener une vie d'intoxiqué, en négligeant les activités qui contribuent à notre développement et notre formation* ».

Il analyse en ce sens le phénomène d'addiction : « *Le recours aux drogues ou aux addictions est le mode d'action de la personne qui ne s'est pas encore conquise ou qui s'est perdue, c'est à dire incapable d'atteindre l'autonomie et la performance attendue, dérive vers une indépendance tant à l'égard de lui-même que de la réalité sociale. Pour autant la représentation des drogues illicites les marginalise des médicaments : se doper n'est pas se droguer. En effet, « se droguer signifie un rejet, un refus du monde réel, une quête suicidaire, une fuite insensée dans les limbes imaginaires de la dépersonnalisation. Se doper dans le monde moderne représente un processus d'intégration parfois indispensable, une arme pour affronter le réel* ». Pourtant, « *le droit au dépassement de soi, permanent et illimité, qu'ils défendent pour chaque individu n'est-il pas le rêve fou de tout toxicomane?* ». C'est donc plutôt la visée d'intégration sous l'argument de la seule performance qui introduit une rupture dans les rapports entre drogues et société.(...) *Le caractère massif de la consommation de médicaments psychotropes, la démarginalisation de l'usage des drogues illicites, et la multiplicité des problèmes auxquels elles sont supposées répondre pour les individus suggèrent qu'une logique de modification d'états de conscience à la fois plus étendue et nouvelle soit à l'œuvre dans notre société. Les psychotropes relèvent d'une auto assistance quand les institutions de l'assistance et de la protection sociale perdent de leur légitimité et de leur efficacité, quand l'image de l'individu qui se gouverne affleure partout et devient une norme de conduite de masse.* »⁵¹²

Dans les entretiens, seule une personne partage l'analyse que la société pousse à la consommation y compris de psychotropes. Cependant, ce n'était pas l'objet des entretiens de cette recherche.

Comme l'illustre aussi l'entretien 1 (ci-dessus), même si les personnes affligées ne réalisent pas leur objectif d'abolition des lois, se réunir les amène à vivre différemment leurs identités affligées. Et comme en témoigne le prochain chapitre la coopération entre pairs et avec les partenaires peuvent être moteur de changements sociaux, petit à petit.

12.3. Coopérer et être moteurs de petits changements

⁵¹¹ Ehrenberg Albert, *Le culte de la performance*, Paris, Octobre 2009, Edition Hachette Littératures, Collection Pluriel.

⁵¹² Le culte de la performance. Ibid

Comme en témoignent les paragraphes précédents la dépénalisation et les grandes avancées en matière de RDR ne sont pas à l'ordre du jour, et cela malgré la ténacité dont font preuve les associations. Les prochains s'attardent donc sur ce que cette lutte peut semer sur son chemin en attendant « le grand soir ». Ils empruntent la pensée de Camus inspirée par le mythe de Sisyphe pour explorer les éléments fertiles, moteurs d'avancées issus des entretiens.

Camus, inspiré par la mythologie grecque⁵¹³, fait le rapprochement entre la vie comme un éternel recommencement obéissant à l'absurde, et Sisyphe, héros de la mythologie grecque. Contrairement au Sisyphe que l'on présente habituellement dans la mythologie, Camus considère qu'« *il faut imaginer Sisyphe heureux* », une formule de Kuki Shuzo. Sisyphe trouve son bonheur dans l'accomplissement de la tâche qu'il entreprend, et non dans la signification de cette tâche : « *Cet univers désormais sans maître ne lui paraît ni stérile, ni fertile. Chacun des grains de cette pierre, chaque éclat minéral de cette montagne pleine de nuit, à lui seul, forme un monde. La lutte elle-même vers les sommets suffit à remplir un cœur d'homme. Il faut imaginer Sisyphe heureux.* » Il fonde son raisonnement sur de nombreux traités philosophiques et l'œuvre de romanciers comme celle de Dostoïevski et de Kafka et que le bonheur revient à vivre sa vie tout en étant conscient de son absurdité, car la conscience nous permet de maîtriser davantage notre existence.

En résumé, notre destin est devant des objectifs difficilement atteignables. Mais faire en sorte que la tâche soit agréable est porteuse de petites satisfactions. Et finalement, c'est ce dont témoignent certains entretiens qui relatent longuement des actions mises en place, dans ce sens, dont quelques-unes vont être détaillées ci-dessous.

D'une part, cela peut s'établir dans la rencontre des personnes affligées avec les professionnels. Un entretien en donne un exemple : « *On a fait venir l'infirmière du CDAG car y'a un moment de ça on avait bossé avec eux sur le TROD, le test rapide à orientation diagnostic, pour un partenariat et le suivi des personnes si on a un positif. Et on avait discuté aussi de l'auto-prélèvement pour faciliter l'accès au CDAG, qui se rend bien compte qu'ils ne voient pas notre public. A moment où on travaillait tout ça on s'est dit ben ça serait bien si l'infirmière du CDAG pouvait venir de temps en temps se présenter, discuter avec les consommateurs, leur expliquer sa démarche etc., prendre un premier contact. Et là les usagers étaient supers contents de pouvoir discuter avec l'infirmière. Des rendez-vous ont été pris pour les prises de sang. Il y a des personnes qui lui ont demandé « ben tiens tu peux me montrer pour trouver une veine et tout ça ». Elle était contente et nous aussi.* »⁵¹⁴

Ainsi comme la rencontre se passe dans un certain cadre (écoute, non jugement), elle génère une communication dans laquelle le stigmatisme interfère peu. Elle favorise une reconnaissance

⁵¹³ Albert Camus, *Le Mythe de Sisyphe*, Gallimard, coll. « Folio Essais »

⁵¹⁴ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

mutuelle et une coopération, moteur de petits changements : « *L'infirmière était à l'écoute, pas jugeante. Elle y connaît pour ainsi dire rien du tout à la consommation de produits, et du coup c'était intéressant car elle posait des questions un peu naïves et les mecs étaient super contents de lui répondre et de lui expliquer. Y'en a un qui lui a fait la démonstration du kit. C'était vraiment sympa. Elle était vraiment à l'écoute et très ouverte. (..) l'auto-prélèvement, c'est que la personne qui voudrait une prise de sang puisse monter les points de prélèvement où elle pourrait que ce soit fait et éventuellement se piquer soi-même. Ça vient que les usagers nous avaient remonté le fait que parfois ils n'allaient pas se faire dépister ou soigner parce qu'ils avaient un capital veineux très dégradé, et que à chaque fois, c'est galère quand ils vont se faire une prise de sang. D'autant que les infirmières parfois ne les écoutent pas. Et ça mettait beaucoup de freins et que les personnes avaient du mal à se faire dépister ou piquer. C'est d'ailleurs ce qu'on a expliqué à l'infirmière. Et suite aux échanges, l'infirmière était complètement ouverte à pouvoir laisser la personne se piquer elle-même enfin voilà on a eu de la chance. Enfin on a porté un peu aussi notre expérience en tant ex-consommateur. Enfin moi en tout cas, en tant que ex-injectrice avec des veines pourries* »⁵¹⁵.

L'intérêt de cette coopération entre soignant et soigné, notamment lors du prélèvement sanguin est soulevé dans un autre entretien « *des prélèvements sanguins coopératifs* ». Cette méthode de dépistage qu'on travaille toute l'année marche très très bien. C'est l'aide au moment du dépistage, enfin un travail coopératif entre l'infirmière et la personne dépistée. Si la personne connaît bien son corps, tout ça, elle peut avoir l'autorisation de mettre l'aiguille, elle-même dans la veine si elle a des difficultés à trouver le point pour pouvoir prendre du sang. En gros voilà. C'est arrivé au fur à mesure de beaucoup d'accueil ou d'ateliers à Aides où beaucoup de personnes se plaignaient des problèmes de prise de sang. Et je pense que des gestes ont du se faire naturellement par les personnes. Je pense que ça a dû venir comme ça. L'idée est venue à force de discuter des problèmes à faire des prises de sang pour les personnes qui ont des problèmes avec leurs veines. Beaucoup d'injecteurs et tous les gens à qui on a du mal à prélever du sang. Et du coup par rapport aux injecteurs qui connaissent leur corps et savent où sont les veines où tirer du sang, parce que savent où injecter. Donc du coup ils peuvent apporter ce savoir et avoir une place au moment de se faire tirer du sang. En plus de ça il y a une relation qui se fait avec l'infirmier. Une relation qui est assez sympa. Après ce type de prélèvement les gens ont plus de facilité à parler de d'autres prises de risques, d'autres problèmes de santé qu'ils ont, de l'injection, de leur consommation de drogues, tout ça. Ça va pas que dans le sens de prélever du sang. Il y a autre chose qui se passe autour. Et c'est grâce à la discussion, au fait que le contact soit plus sympathique qu'un prélèvement habituel. »

⁵¹⁵ Entretien 14, femme, 20/25 ans.

Le prélèvement coopératif est une construction partagée par l'usager et le soignant selon la recherche d'A. Caillaud.⁵¹⁶ Elle insiste sur l'écoute et la reconnaissance mutuelle générée par l'alliance entre les deux acteurs du procédé et de leur coopération.

Elle introduit son travail par un extrait de texte humoristique de 1757⁵¹⁷, qu'elle actualise : *« la seringue, encore aujourd'hui, est la source de soulagement et de plaisirs. Nous pensons notamment à l'anesthésie médicale et à l'injection d'héroïne ou/et de cocaïne. Certes, la visée est différente puisqu'en médecine, il s'agit de soigner alors que pour la drogue, l'individu recherche le bien-être, l'euphorie dans l'optique « d'augmenter les plaisirs ». Elle peut être aussi source de « soulagement des besoins » notamment dans le cadre d'une prise de sang car cette dernière permet de rendre compte de l'état de santé du patient. »*⁵¹⁸

Cette introduction résume comment la différence de points de vue, entre le corps médical et les injecteurs, peut se cristalliser autour d'une seringue. La recherche développe combien cette différence de représentations peut engendrer des conflits de pouvoir et de savoir. Chaque corps faisant valoir sa capacité *« à mieux piquer »*.

Au contraire lorsque cet acte négocié et réalisé communément, il *« bouscule les représentations et surtout des préjugés négatifs »*⁵¹⁹ que possèdent les deux acteurs. Il permet une reconnaissance du savoir profane et du savoir médical, qui, combinés, vont lever une difficulté rencontrée par les deux corps. Cette collaboration permet de dépasser les stigmates mutuels et le vecteur de rétablissement de confiance.

Ainsi, il est possible de réaliser à l'externe, ce qui se produit à l'intérieur des murs. Ce type de va-et-vient génère une remise en question des perceptions établies voire les lois en vigueur.

D'autre part, cette satisfaction est générée par des outils collectifs diffusés auprès des pairs et de d'autres publics. Un entretien évoque l'édition d'un journal: *« Le but c'est de faire un journal par et pour les usagers du CAARUD. Éventuellement les partenaires peuvent être amenés à écrire des articles si les usagers le souhaitent. Le but c'est que chacun, toutes les personnes qui sont intéressées, écrivent des articles, et puis les mettent en forme. Ils peuvent*

⁵¹⁶ La seringue : Entre quête de plaisirs et recherche de soins - Ibid

⁵¹⁷ « Vous dirai-je combien de formes reçoit cette machine admirable pour soulager nos besoins, ou augmenter nos plaisirs. Portant avec fidélité dans les entrailles une liqueur adoucissante, tantôt elle vient calmer la tempête que des vents tumultueux y excitent; tantôt elle vient apaiser les douleurs effroyables que cause un gravier homicide. (...) Tantôt, entre les mains d'un espiègle incorrigible, et qui cache sa trahison sous la candeur de la jeunesse, aussi prompt que l'éclair, elle vient étonner un passant, et troubler la sécurité publique. (...) Toutes les parties du corps, toutes les conditions, tous les âges éprouvent tous les jours son secours bienfaisant. » Extrait issu de l'ouvrage de Lecouvreux, Cognel, Mathieu de Moulon, de Niceville, Pierrot, Éloge burlesque de la seringue son origine son histoire, ses transformations avec un projet nouveau pour la perfectionner in Mémoires de l'Académie de la ville neuve de Nancy, Tome 1, 1757 (?) Consultable dans la collection électronique de la Bibliothèque Municipale de Lisieux.

⁵¹⁸ La seringue : Entre quête de plaisirs et recherche de soins - Ibid

⁵¹⁹ La seringue : Entre quête de plaisirs et recherche de soins - Ibid

faire des articles, des dessins, des BD, enfin voilà tout ce que les gens ont envie de produire, de montrer, de partager. Y'en a qui propose des poèmes, des coups de gueules, des articles spécifiques sur un sujet. On a fait des présentations de structures aussi. Enfin voilà tous ce que les gens ont envie de dire, de montrer, de revendiquer. On fait des réunions ou des ateliers d'écriture. (...) Enfin le but c'est quand même que tout le monde y mette un petit peu son truc et que les gens se sentent pas mal à l'aise par rapport à ça, qu'ils aient envie de le lire après et de le faire lire aux autres aussi, quoi ! »⁵²⁰

D'autres se régalaient dans l'élaboration de saynètes de théâtre où ils peuvent rendre public les petites oppressions qu'ils vivent au quotidien : « *Sinon on a monté un groupe d'usagers qui sont sous substitution. C'est un petit groupe y'a 8 personnes. C'est des gens en traitement depuis un bon moment, qui ont un passif de consommateur de drogues assez important. (...) Les personnes viennent pour se faire renouveler le traitement et on mange des pizzas et discute ensemble de 12h à 14h. On parle beaucoup des pratiques et expérience de chacun, qu'il peut apporter aux autres. Et actuellement on est en train de préparer une petite pièce de théâtre. C'est sous forme de théâtre forum. C'est une pièce que les usagers feront, sur le moment où ils viennent chercher le traitement en pharmacie. Donc pleins de choses se passent. Donc déjà quand un usager de drogue va avec son ordonnance à sa pharmacie, il n'est pas tout le temps bien accueilli. Donc, du coup on est en train d'écrire des petites piécettes pour pouvoir présenter cette pièce dans des associations, partout où il y a des usagers de drogues. On a monté aussi un petit site internet interne au groupe pour le moment, pour discuter entre nous, pour communiquer, échanger nos expériences.* »⁵²¹

Ces outils, comme la réalisation d'une émission de radio, ou l'élaboration d'une plaquette permettent l'expression, l'extériorisation du vécu réel. Son caractère collectif permet un partage, de susciter le rire autant que la bienveillance.

Le témoignage, l'humour, selon V. Gauléjac comme E. Goffman semblent être des moyens libérateurs. Ils peuvent permettre de désamorcer l'intériorisation de la honte et du stigmat. Au-delà de leur caractère libérateur, l'art, comme le rire, se communique. Ils peuvent interroger, sensibiliser, voire bouleverser.

C'est aussi le propos de l'Art contemporain de R. Fillioux, un Happening de M. Hansotte, une pièce de théâtre de N. Itmek,⁵²² par exemple. C'est celui d'une intervenante⁵²³ qui a le projet de s'associer avec des partenaires pour mettre en scène le vécu des personnes concernées par le VIH/Sida, qu'elle rencontre au sein de Aides, « *En ce moment dans ce cadre, je suis en train d'écrire un projet. J'aimerais monter une équipe pluridisciplinaire qui se baserait sur*

⁵²⁰ Entretien 16, femme, 20/25 ans.

⁵²¹ Entretien 10, homme, 30/35 ans.

⁵²² Par exemple Cf annexe texte « *La Joconde est dans l'escalier* »

⁵²³ Entretien 9, femme, 30/35 ans.

l'outil du théâtre forum pour mobiliser les personnes et libérer la parole, enfin l'expression de leurs besoins. Cela supposerait un gros boulot de partenariat. Cela supposerait par exemple un groupe d'entraide de personnes séropos irait jouer des scénettes sur l'espace public, en interpellant la population vis-à-vis de leur représentations. Mais je ne sais pas. L'idée est d'extérioriser la parole des personnes. Cela suppose d'aborder le public sur leurs représentations et après de les convier à forum pour en discuter après. Et à partir de là, le public se trouve engagé dans le truc. Et mobiliser les partenaires parce que je me suis rendu compte durant ma formation que c'est très important d'échanger les pratiques professionnelles et de mutualiser les savoirs et les connaissances. »⁵²⁴

D'après un autre intervenant, les actions collectives auprès du grand public peuvent aussi favoriser le dialogue avec l'opinion publique : *« Les journées de dépistages par exemple. C'est une action mise en place par Aides avec d'autres associations. Des groupes viennent faire des concerts. Ça avait attiré pas mal de monde, donc c'était sympa, très sympa. Et sinon on propose du dépistage dans des camions. Tu peux avoir des dépistages avec auto-prélèvement, ou comment ça s'appelle maintenant « des prélèvement coopératif ». Une innovation, créée plus spécifiquement pour les personnes ayant un système veineux dégradé, va être proposée à tous les publics. Étendre une pratique mise en place dans des « lieux retirés » peut être vecteur d'échanges et d'une sensibilisation de l'opinion publique.*

Par ailleurs, cela passe par une mise en contact des personnes concernées par un problème d'accès au droit avec l'organisme décideur. Cette rencontre peut leur permettre de mieux connaître les conditions d'accès et partager leurs besoins pour les faire évoluer.

Un entretien évoque le projet de personnes séropositives *« d'aller à la MDPH parce que il y avait pas mal de personnes intéressées qui avait du mal à monter leur dossier AAH. Donc on s'est déplacé. (...) Les gens ont eu des réponses à leurs questions, qu'ils se posaient depuis longtemps, car on a eu du mal à voir ce rendez-vous. Ce dernier accueil a été vachement enrichissant. Il y en a qui ont été déçus par la réponse parce qu'ils espéraient que leur dossier serait accepté et ils ont compris que cela risquait d'être compliqué. D'autres étaient au contraire pleins de projets car les réponses qu'ils ont eu leur ont ouverts des portes. Enfin voilà t'avais plusieurs sentiments mais ça avait créé quelque chose, ça avait suscité quelque chose. Ce n'était pas aller voir quelqu'un et repartir. Y'avait un intérêt. Y'avait un plaidoyer de Aides pour les personnes qui souhaitaient l'AAH. »⁵²⁵*

Enfin, cela est produit par la sensibilisation et la formation des partenaires et professionnels. Une intervenante a eu recours à cette pratique pour permettre aux mères d'être moins mises en difficulté par les travailleurs sociaux soumis aux représentations sociales liées à la prostitution. Cette action s'apparente à une forme de médiation collective : *« Je fais des*

⁵²⁴ Entretien 9, femme, 30/35 ans.

⁵²⁵ Entretien 13, femme, 30/35 ans.

actions de sensibilisation. Parce qu'au début les collègues ici, elles ne voulaient pas trop qu'on rencontre les travailleurs sociaux. Et moi je les force et j'insiste pour qu'on rencontre des travailleurs sociaux, faire de la sensibilisation, de la formation, qu'on fasse du lien téléphonique, qu'on rassure les travailleurs sociaux, qui ont ce besoin car ils portent aussi beaucoup de responsabilités. (...) Alors, j'essaie d'avoir ici tous les suivis famille, et quand y'a un suivi dont moi je pense que ça peut faire flipper les travailleurs sociaux par rapport la prévention de l'enfance. Et ben je me mets en lien car j'ai comme atout d'avoir ce langage des AS et de pouvoirs leur donner des éléments rassurants sur la situation des nanas : en disant qu'elle a hébergement fixe, qu'elle ne fait pas de passes dans l'hébergement, qu'elle fait garder le gamin quand elle va faire des passes. Je réponds à tous les items qui pourraient mettre en alerte les travailleurs sociaux sur une situation « enfance en danger », puisque je connais leur évaluation. (...) Et parallèlement je propose régulièrement aux UTAMS avec qui on travaille de les rencontrer pour les sensibiliser sur les questions de représentations : qu'est-ce que c'est qu'une prostituée, les gens sont pas informés, ils ont que des fantasmes, que des idées reçues et c'est normal et c'est les informer que les prostituées la plupart c'est des mamans, la plupart sont de bonnes mères entre guillemets, et voilà les informer sur la réalité des prostitués, sur le côté interculturel, aussi. On y va souvent en binôme avec les sociologues⁵²⁶ qui ont des billes sur ces questions. Par exemple, en Afrique c'est valorisé de taper son enfant, qu'est-ce qu'on en fait en France ? En Europe de l'Est, c'est valorisant de laisser son enfant là-bas et de donner de l'argent pour soutenir les familles, et ici c'est traiter comme de l'abandon tu vois. On explique tout le parcours migratoire des nanas qu'on accompagne ici et des conséquences sur la relation mère enfant. On montre qu'on est dans le soutien dans le suivi par rapport au suivi aussi ça peut aider face à l'UTAMS qui peut se retrouver avec qui il ne parle pas la même langue, avec qui il n'arrivera pas à communiquer. La sensibilisation se fait lors des temps spécifiques durant là-bas ou ici mais aussi à travers tous nos échanges téléphoniques. Et après y'a des situations où y'a vraiment du danger on travaille ça avec la maman, en disant qu'on ne sent pas bien le gamin, que y'a des trucs qui fragilisent l'enfant, qu'on pense qu'elle a besoin d'aide. Et dans ces cas-là on fait un lien avec l'UTAMS dans le cadre de mesure administrative de soutien à la parentalité. On ne va pas attendre que ce soit la voisine qui signale et que ce soit la catastrophe. Et là, on explique que le soutien à la parentalité ça se fait pas ici, pour séparer les choses et si jamais ça devait se dégrader, maintenir le lien confiance avec l'asso. Et ça c'est entendu avec les UTAMS avec lesquelles on travaille. Eux ont leurs missions protection, prévention pour l'enfant et nous on garde une relation conviviale et de confiance avec les mamans. »⁵²⁷

⁵²⁶ Intervenant de l'association

⁵²⁷ Entretien 7, femme, 30/35 ans

Ces différentes formes d'interventions permettent une compréhension du mode de vie des personnes dites « déviantes ». Cette prise en compte semble facilitée par l'intervenante qui adapte son langage afin d'être entendue de son public, ici, les travailleurs sociaux.

Ainsi, sensibiliser les personnes situées en dehors des murs des associations est rendu possible par la médiation d'un intervenant et surtout, par des outils de communication de tout ordre : journal, affiche, plaquette, brochure, théâtre, stand, atelier, réunion, sensibilisation, radio, formation, vidéo etc. Par cette mise en « jeu » du « je », les personnes affligées vont s'autoriser à se dire sans avoir peur de le mettre en péril. Ces formes d'actions semblent permettent de passer outre un stigmat. Cela interroge, permet une prise de recul, permet de se découvrir, une reconnaissance mutuelle, source de plaisir, de coopération et de changement social.

Conclusion

*« La mauvaise herbe n'est pas une catégorie botanique,
Mais relève plutôt d'un jugement formaté à l'égard d'une plante qui n'est pas à sa place. »*
H.S. Becker,

*« Écrire. Je ne peux pas.
Personne ne peut.
Il faut le dire, on ne peut pas.
Et on écrit. »*

*C'est l'inconnu qu'on porte en soi écrire, c'est ça qui est atteint. C'est ça ou rien...
L'écriture c'est l'inconnu. Avant d'écrire, on ne sait rien de ce qu'on va écrire...
Écrire, c'est tenter de savoir ce qu'on écrirait si on écrivait...*

*« L'écrit ça arrive comme le vent, c'est nu, c'est de l'encre, c'est l'écrit,
Et ça passe comme rien d'autre ne passe dans la vie,
Rien de plus, sauf elle, la vie. »*

Marguerite Duras

Vis-à-vis de la question de recherche

L'objet de cette recherche-action est de savoir : quelles conditions permettent aux consommateurs de drogues d'être acteurs de leur vie et de transformation sociale ?

En résumé, il ressort de ce travail que la norme sociale est un frein. Du fait du stigmat, elle offre au « je » et « jeu » des personnes⁵²⁸ peu de marges de manœuvre. Au contraire, les associations réhabilitent le sujet, l'être de parole⁵²⁹ et moteur de changement social⁵³⁰. Elles accordent un regard, une écoute et une place,⁵³¹ qui déjouent la stigmatisation.⁵³²

Cependant, ce processus reste prégnant à l'extérieur de leurs murs. Il est conforté à l'externe par la législation⁵³³ et s'ancore dans les rapports au pouvoir/savoir⁵³⁴. Ce chapitre va regarder de plus près ce phénomène. Puis il proposera des perspectives à cette recherche.

Pour répondre à la question de recherche, 17 entretiens, avec 4 hommes et 13 femmes, sont menés. Les personnes entretenues sont concernées par un comportement « déviant », selon le concept d'H.S. Becker⁵³⁵. Elles sont toutes accueillies et/ou investies dans des associations avec une démarche de santé communautaire ou d'auto-support. Elles avaient une provenance, une situation et des parcours divers. Elles se sont livrées quant à leur rencontre, leur place et leur activité dans ces organisations. Elles ont partagé sur les changements occasionnés. Elles ont aussi donné leur vision de la « santé communautaire ». A ce propos, chacune de leur définition correspond en partie à celle officielle. Mais elles sont déclinées en des termes très personnels. Leur formulation témoigne de leur appropriation de cette démarche.

Leurs propos, en tant que tels, ne permettent pas de répondre à la question de départ. Par contre les différents modes d'analyse ont mis en valeur la prégnance du « stigmat ». Cela a encouragé un croisement des matériaux récoltés avec les théories associées à ce concept. Ainsi, explorés les termes de la problématique et de l'hypothèse ont été confirmés.

⁵²⁸ Selon les termes J. Butler

⁵²⁹ Selon les termes de C. Herfray

⁵³⁰ Selon les termes de C. Carthonnet

⁵³¹ Selon les termes de K. Rogers

⁵³² Selon les termes d'E. Goffman

⁵³³ Selon la théorie d'H.S. Becker

⁵³⁴ Selon les termes de M. Foucault

⁵³⁵ Outsiders, Ibid

D'une part les entretiens illustrent que la norme sociale condamne et stigmatise la consommation de drogues. Ce processus est renforcé par la vision véhiculée par du corps médical et des médias. Cet étiquetage n'est malheureusement pas sans conséquence pour le sujet affligé. Les entretiens illustrent totalement la théorie d'E. Goffman⁵³⁶. Les personnes pointent leur cloisonnement et leurs non-dits, par peur du jugement et du regard des autres. Les situations sociales mixtes sont source d'angoisses et de malentendus. Ce cadre peut réactiver ou confiner un manque d'estime de soi, de la culpabilité voire de la honte. Au regard des termes de J. Butler,⁵³⁷ ils ne peuvent mettre leur « je » qu'en « jeu » ou cacher leur « je ». A la lecture d'E. Goffman,⁵³⁸ ils deviennent aux mieux des acteurs de théâtre, cantonnés à jouer leur rôle, leur texte étant dicté par le stigmate. La principale scène de cette mise en « jeu » se joue au contact des professionnels de santé. Ces derniers, obnubilés par les préjugés et leur peur, s'appliquent à jouer un rôle de personne détenant le savoir et le pouvoir. Leur fonction s'engage alors, dans une non-écoute des personnes, qu'ils sont pourtant censés aider et soutenir. Ce type de relation est conditionné par le stigmate qu'il continue de cultiver. Comme en témoignent certains entretiens, cette mise hors « je » peut aboutir à une mise hors « jeu » de l'accès au soin ou à soutien des personnes affligées. Cela les maintient dans un statut de personne affligée, qui ne leur donne aucune place et ne permet pas au « je » de s'exprimer. Certaines personnes déversent leur discrédit sur d'autres plus affligées : SDF, injecteur, héroïnomanes etc. Les autres ont du mal à trouver une place. Elles encombrant ou se replient sur elles-mêmes. Dans les entretiens, les femmes s'avèrent plus enclines à adopter cette dernière stratégie. La clandestinité et le tabou les protégeant d'un jugement social plus sévère, notamment si elles sont mères. Ainsi, selon ces premiers éléments d'analyse, aucune posture induite par le processus de stigmatisation ne permet aux personnes d'être actrices de leur vie et de transformations sociales.

Pourtant, les entretiens confirment que ces termes sont possibles, notamment au sein des associations avec une démarche de santé communautaire ou d'auto-support. En effet, le regard qu'elles leur portent et la place qu'elles leur confèrent effacent les effets du stigmate. Alors qu'à l'extérieur ils vivent reclus, dans le tabou, le rejet et le discrédit, à l'intérieur de ces espaces ils éprouvent du confort, ont une liberté de parole, se sentent reconnus pour leur expertise. Ils réhabilitent leur « je » tant au niveau social que psychique. Et, selon les théories de C. Herfray⁵³⁹ et J. Godbout⁵⁴⁰, il s'avère qu'en s'investissant comme accueillis ou intervenants, ils s'appliquent à régler leur dette, en rendant à leurs pairs le don reçu. Cette entraide entre pairs favorise une expression et une assurance. Le « je » acquiert un caractère

⁵³⁶ *Stigmate*, Ibid

⁵³⁷ *Le Récit de soi*, Ibid

⁵³⁸ *Mise en scène de la vie quotidienne*, Ibid

⁵³⁹ *Vivre avec autrui ou le tuer*, Ibid.

⁵⁴⁰ *Le don, la dette et l'identité*, Ibid.

plus « ferme », selon la théorie de G. Lerbet⁵⁴¹, favorise « sa congruence » selon C. Rogers. Il peut être une « Personne » et se développer. Les entretiens attestent d'un mieux-être au niveau de leur santé globale, suite à leur passage dans ces associations. De même, la coopération engagée avec des professionnels, par le biais des actions innovantes des associations semblent bousculer les représentations et préjugés négatifs.

Cependant elles ont leurs limites. En effet, les méandres de la stigmatisation cantonnent cette plus-value à l'intérieur de ces espaces, voire uniquement aux programmes voués à la réduction des risques. Leurs marges de manœuvre, comme celles des publics qu'elles accueillent sont étroites.

D'une part il semble qu'elles ont un mode d'organisation, des combats et un langage perçus comme marginal. Leur reconnaissance et leur financement supposent une « pression aux résultats ». La marginalité de leur démarche les incite à la performance. Cette position peut engager les structures dans une dynamique contradictoire avec leurs objectifs. Or, selon les théories de l'influence minoritaire⁵⁴², la congruence est nécessaire pour une écoute de l'externe et un déplacement des marges.

D'autre part à l'interne, l'ajustement aux exigences externes engendre des contraintes. Par exemple, elle réduit les disponibilités des intervenants pour assoir et renforcer leurs compétences individuelles. L'accès à des diplômes a permis à certains de les consolider. Mais l'accompagnement de leur implication semble inégal. Ces témoignages motivent une lecture selon la grille de C. Herfray⁵⁴³ : statut/place, fonction/rôle. La place et le rôle traduisent comment le « je » occupe le statut et la fonction. Il ressort que la place des intervenants s'appuie essentiellement sur un parcours personnel. Leur vécu de personnes affligées est fortement mobilisé. Leur fonction les valorise. Mais compte tenu de la prégnance du stigmate, elle ne leur permet pas se sentir légitimes, de vrais professionnels. De plus, leur rôle les maintient dans un statut d'entre-deux, qui peut être difficile à gérer. Il suppose une proximité avec les personnes accueillies qui peut être compromise par la distance qu'impose leur ascension sociale. Ou au contraire, il peut conduire la personne à ne pas s'autoriser à demander un soutien comme une simple personne accueillie. De plus, ils soulignent n'avoir pas le temps nécessaire pour prendre du recul et construire une pratique collective nécessaire à la conduite d'un projet associatif. Ainsi ces problématiques liées à l'organisation de la structure, à un défaut de formalisation des fonctions et de leur accompagnement, enrayent la réalisation de leurs objectifs. Ce sont des conditions qui ne permettent pas aux personnes d'être actrices de leur vie et de transformation sociale. Approfondir cette exploration serait une des pistes que cette recherche incite à conduire.

⁵⁴¹ Système personne et pédagogie, Ibid

⁵⁴² Moscovisci S, Psychologie des minorités actives, PUF, 1979

⁵⁴³ Herfray Charlotte, *Penser vient de l'inconscient* – Psychanalyse et « entraînement mental », Arcanes, Eres, 2012.

D'autre part, chaque item de ce travail pourrait faire l'objet d'articles. De plus, et surtout, ils pourraient être enrichis du point de vue des intéressés. Leur évaluation, leur feed-back vis-à-vis des propos de cette recherche pourrait l'enrichir, la confirmer. Leurs réflexions et apports permettraient d'avoir un contenu plus fouillé, un vrai savoir, partagé.

Enfin, notons que cette recherche permet de conclure que le stigmatisme et ce qu'il engendre est le principal frein au fait que les personnes affligées puissent être actrices de leur vie et de changement social. Elle se propose de faire quelques recommandations pour déjouer la stigmatisation :

- Abroger les lois qui pénalisent et stigmatisent certains aspects du comportement humains mais nous sommes

l'usage
de
drogues
et
la
prostitution
;

•
encourager
tout
e
forme
d'expression
du
« je »
des
personnes
affligées,
au
niveau
individuel

due
l
c o
m
m e
coll
ecti
f ;
•
inci
ter
l a
c o
m
mu
nic
atio
n
d e
c e
e t
ces
« je
»
ver
s
l'ex
ter
ne ;
•
fav
oris
e r
l a
coo
pér
atio
n à
l'in
ter

n e
c o
m
m e
à
l' e
xte
rne
;
•
sou
teni
r
les
me
sur
e s
d e
d é
mo
crat
i e
san
itai
r e
e t
d e
dro
i t
des
usa
ger
s
pou
r
leu
r
per
met
tre

d e
retr
ouv
e r
tou
t e
leu
r
pla
c e
a u
sei
n
d e
l a
rela
tio
n
d'a
ide
e t
d e
soi
n.

En tant que chercheuse

Pour conclure ce travail de recherche rester en lien avec un fil conducteur et une méthode a été nécessaire, comme je vais le développer dans ce chapitre.

D'une part, le passage par l'écrit m'a permis de composer avec une nouvelle forme d'expression et de réflexion. Mon style d'écriture a évolué dans ce parcours de chercheuse. L'écrit a produit du sens, des traces, une matière supplémentaire pour affiner cette recherche et son propos. L'appropriation de cette nouvelle forme de langage a été un vrai bonheur. Elle reste à parfaire, car elle est dense et maladroite. Je n'ai pas acquis un style simple, léger et fluide qui facilite une réelle structuration, compréhension et transmission. Cet exercice me demande du temps et de nombreuses lectures pour corriger, préciser cet écrit.

D'autre part, les deuils ont été nombreux mais aucun n'a suscité de la douleur. Ils se sont fait naturellement. Ils m'ont permis de désencombrer un vaste thème de recherche, d'aboutir sur des issues qui ont facilité son exploitation. Certains choix ont été aisés : la définition du public et du terrain, même si le coup de projecteur sur les mères consommatrices n'a pu se faire. Par contre, à la vue de ma gloutonnerie de théories en amont de la recherche, opter pour seulement quelques références a été plus complexe. Pour résoudre ce dilemme, j'ai préféré me laisser conduire par le terrain. J'ai donc fait les entretiens avant d'avoir ciblé précisément les ressources qui me permettraient de les exploiter. Une fois les matériaux récoltés, j'ai pillées ces lectures de manière pragmatique.

Cerner une problématique, et identifier les hypothèses, a été plus facile, mais par quels biais les appréhender ? J'avais accumulé une double matière.

D'un côté des éléments autobiographiques qui, étayés, pouvaient être utilisés comme un matériau de recherche, vis-à-vis des théories de J. Butler⁵⁴⁴ et de V. Gauléjac⁵⁴⁵ sur la conjugaison du « je » et des normes, et des questions de non-dits, de tabous, de repli et de honte. Mais j'ai préféré les intégrer dans la présentation de l'actrice de recherche. Ce travail m'a permis de prendre une distance nécessaire mais a induit un phénomène de résonance constant lors de la transcription puis l'analyse des entretiens. D'un autre côté, j'ai pu identifier le fil du stigmaté⁵⁴⁶, non suggéré par la grille d'entretien, et suivre cette piste pour les explorer. J'ai tergiversé avant de retenir cette voie, qui aujourd'hui me semble juste mais je doutais et j'avais peur qu'elle soit fade et « plombante ». J'avais envie de faire de nouvelles découvertes, de trouver des choses magiques ou révolutionnaires. Le deuil de ces enjeux illusoires de recherche m'ont permis de persévérer et finaliser cette recherche. Finalement, l'analyse a permis d'explorer l'ensemble de la matière récoltée sous différents aspects, au-delà de ceux retenus dans la problématique et l'hypothèse.

Le travail d'analyse est dense. Il appréhende les questions du genre, du « je », de la honte, de l'estime de soi, de la reconnaissance, de don et de dette, de la place, du positionnement, du rapport au pouvoir/savoir, les questions d'influence minoritaire et de fonctionnement d'organisation. Par contre, le croisement des grilles de lectures préétablies avec le propos des entretiens n'a donné qu'une masse d'informations peu exploitables. Pourtant, je suis passée par plusieurs formes d'analyses : observation des entretiens uns par uns et analyse thématique. Cette exploration m'a pris un temps considérable, en vain. Mais j'ai pu assimiler et mémoriser, prendre de la distance avec la teneur des propos des personnes entretenues.

Ainsi, tout au long de ce travail il m'a fallu m'appliquer à resserrer et limiter les enjeux de la recherche pour m'engager à les creuser. Avec cette seule exigence, j'ai pu opter pour me

⁵⁴⁴ Butler Judith, *Faire et défaire le genre*, mise en ligne sur le site Multitudes, lundi 4 octobre 2004.

⁵⁴⁵ de Gauléjac Vincent, *Les sources de la honte* - Desclée de Brouwer, Paris, 1996.

⁵⁴⁶ *Stigmaté* - Les usages sociaux des handicaps, Goffman Erving – Edition de Minuit, 1975.

laisser conduire. Et ce laisser-aller a été moins générateur de doutes qu'il n'a été agréable. Le cadre de la formation m'a permis d'assimiler une démarche de recherche. L'écoute et le travail coopératif ont généré de nombreux savoirs et prises de conscience. Les écrits réguliers m'ont permis de laisser des traces, d'avoir de la matière, que j'ai pu mettre en lien avec la thématique de recherche. Par moments j'ai eu l'impression de m'éparpiller et de ne pouvoir venir à bout de la pelote de matériaux récoltés. Mon cerveau avait tellement soif de la démêler que la tentation d'en tirer tous les fils a été grande. Finalement la méthode, le temps, les échanges m'ont permis de faire le tri, et à prendre du recul. Le fait de rester fidèle à moi-même, de partager mes présupposés, mes doutes, mes colères, ma verve ont permis d'affiner ma posture de chercheuse. En étant au plus claire avec moi, de là où je partais, j'ai évité de m'égarer et j'ai pu prendre le chemin de la recherche sans savoir où il allait me mener.

Maintenant que ce travail est finalisé, j'observe avec quelle congruence il s'est mené. Par exemple, la description de l'actrice-chercheuse a mis en lumière ma ferveur à être dans la rencontre et l'échange. Au final, sans aucune préméditation mon mode d'analyse de la thématique de recherche s'appuie sur des théories de l'interaction. De même la rédaction du mémoire m'a permis d'exploiter la plupart du matériel d'écriture produit et récolté.

Je souhaite persévérer dans cette démarche avec de nouveaux apports. Pourquoi pas sous forme d'articles, ou avec la mobilisation de d'autres savoirs par une écriture collective ? En tout cas cette recherche m'a donnée ce goût d'approfondir, de creuser et surtout m'a permis d'emprunter une méthode qui le permet.

La conjugaison de ces connaissances m'a permis de prendre corps dans la peau d'une chercheuse grâce à une méthode et des outils. Elle a suscité du plaisir, des prises de conscience, des doutes, des deuils l'acquisition de nouveaux savoirs qui ont fait évoluer l'acteur de cette recherche. Comme le suggère le prochain chapitre, j'ai pu apprendre autant sur moi, que sur le propos de ma recherche et sur l'appréhension d'une méthode.

En tant qu'actrice

La partie qui concerne mon rôle d'acteur a occupé une place importante dans cette recherche. Mon cheminement de chercheuse m'a conduite à faire des pas vers mon « je ». Ce détour sur ma propre expérience m'a permis de clarifier ma position et d'approfondir une thématique qui me concernait de près.

J'ai mis des mots sur des maux : une culpabilité, un certain isolement, un manque d'estime de soi, un souci de légitimité. J'ai creusé mes peurs et d'autres souffrances plus profondes et intimes ont surgi. Celles qui génèrent une honte, que j'ai sagement mise de côté pendant des années, pour me mettre au défi de construire une vie et une posture professionnelle dont elle est emprunte. Les événements de la vie ont fait que mes failles m'ont rattrapée. Écrire, témoigner, analyser ont été des issues offertes par le cadre de la recherche. La lutte contre ces sentiments m'a donné la verve pour écrire et donner corps à ce travail. Par contre ces ressentis, conjugués à ma situation familiale et au contexte légal, font que je souhaite anonymiser la publication de ce mémoire. Les mots n'ont pas anéanti ma peur du jugement et du regard des autres, qui contribue à mes maux.

Ces derniers ont supposé un besoin d'être rassurée en permanence. Ils ont induit une difficulté à « oser » ou « m'autoriser à ». C'est ainsi que j'ai renoncé à exploiter une matière autobiographique. Je l'ai pourtant produit en parallèle de cette recherche et elle m'a permis de continuer d'oser dire, écrire et analyser. Elle détaille comment la consommation de drogues a sûrement été une tentative d'échappatoire à l'un des pans de ma vie, dévorée par la honte voir la culpabilité. Comme l'expose, le texte « *Brève de conso* »⁵⁴⁷, l'effet des produits permet un temps de ne plus être paralysé par le mal-être et le malaise, de ne plus se sentir encombré et empêtré par ses sentiments. De même, avec d'autres personnes en marge, mon « je » a pu s'affirmer car je me sentais moins en décalage. J'avais ma place. J'appréhendais moins leur jugement...

Place que j'ai perdue en avançant, en changeant de mode de vie. J'ai l'impression d'être une extraterrestre. J'ai régulièrement « le cul entre deux chaises ». Je suis partagée entre un avant et un après. Je suis scindée entre deux formes d'identité sociale : la normale et la déviance. A ce jour, mon « je » nage entre une envie d'oublier et un devoir de mémoire pour ceux qui y sont restés, la peur de replonger tout en ayant de grosses difficultés à faire sans...

Le fait d'être mère me tient, tout comme le fait d'intervenir auprès de pairs. Même si cela ne me coupe pas des tentations, cela me préserve. Cela me permet d'être, de réparer quelque

⁵⁴⁷ Cf Annexe 6

chose de cassé en moi, qui génère de nombreux nœuds et beaucoup d'amertumes (pour ne pas dire souffrances) et dont j'ai peine à me débarrasser malgré mes nombreux efforts.

L'ouvrage de V.de Gauléjac,⁵⁴⁸ m'a éclairée, mais sa lecture m'a fait réaliser combien ce sentiment de honte me colle encore, trop à la peau. Toutes ces prises de conscience en lien avec mon vécu m'ont orientée pour formuler une problématique, des hypothèses de recherche et l'analyse des entretiens. Mais pour pouvoir m'en détacher, j'ai donc préféré l'aborder de manière non frontale dans une première recherche. Et cela m'a soulagée !

Par ailleurs mon parcours de recherche m'a fait réaliser une proximité avec Sisyphe condamné à monter perpétuellement son rocher. Je le porte et le monte parfois avec le sourire aux lèvres, mais le plus souvent avec la rage dans le ventre et les dents serrées. Je suis parfois lasse, fatiguée. Je voudrais prendre le temps de pleurer. Mais il y a une morale, une culture qui m'interdit de m'épancher sur moi-même, d'être égocentrique. Alors je me tourne vers les autres, ceux qui portent aussi leur pierre, cela me rassure, je me sens moins seule d'un coup ! Mon élan coopératif les convie à monter nos pierres. Peut-être que demain, nous pourrions bâtir ensemble un nouvel édifice ? Cette idée me redonne du courage et l'envie de contribuer. Au bout d'un temps l'édifice dégringole ou ne convient plus. Chacun repart avec son caillou, cela a tendance à me décevoir. Avec l'âge, je me rends compte que cela fait partie du jeu, de la vie... Pour cela je remercie Jacqueline Barus-Michel⁵⁴⁹ d'avoir rappelé combien le mythe de Sisyphe dépeignait l'histoire de l'humanité. Je comprends que ces propos ont pu déconcerter certains mais moi cela me rassure car pour une fois je ne suis pas en marge, je partage un même destin, avec mes semblables.

Cette prise de conscience m'a permis de faire un autre deuil nécessaire pour finaliser ce mémoire. J'avais en effet un autre enjeu de taille en tant qu'actrice : cette recherche devait permettre du changement social. Je rêvais de bouleverser les postures des intervenants et de faire entendre la parole et l'expertise des personnes concernées, stigmatisées et leur donner de la place. Cependant il m'a fallu rompre avec cet objectif pour modestement me laisser conduire par une méthode. Délestée, j'ai enfin pu cheminer confiante et légère dans la matière que j'avais à disposition. Je n'avais plus à me poser des questions, juste à me laisser guider : choisir une voie, y renoncer quand elle était sans issue et en emprunter une autre.

Enfin, ce parcours de chercheur m'a surtout enrichie de nouvelles lectures, celles d'ouvrages théoriques mais aussi celles de mes collègues et mes formateurs. Elles m'ont heurtée, m'ont confortée mais surtout m'ont permis d'avoir un autre regard. J'ai pu ainsi clarifier ma relation au « je », « tu », « nous », et celle au « je », « jeu » et « enjeu ». Cela a engendré une prise de recul nécessaire pour me mettre au travail. Ils m'ont aussi permis de trouver une coopération,

⁵⁴⁸ Les sources de la honte, Ibid.

⁵⁴⁹ Psychosociologue, Psychologue clinicienne. Université Paris 7. Laboratoire de Changement Social. Intervention aux rencontres du réseau des CREFAD, le 14 novembre 2013, à Bugeat.

un soutien nécessaire pour appréhender la solitude du chercheur. Ma soif de rencontres, de voyages et d'interactions a été comblée par les différentes sessions et week-ends thématiques proposés dans le cadre de ce séminaire SIAES, support de ma recherche.

Ainsi à partir d'un terrain avec de nombreuses faiblesses et douleurs j'ai conduit une recherche source de plaisir et de force.

Bibliographie

Enquêtes officielles

- ✕ « *Health and mental illness and addiction in Canada: an overview* », 2006, cité dans BEH n°10-11, mars 2009
- ✕ « *Réduction des risques chez les usagers de drogues, synthèse et recommandations* », INSERM, 2010
- ✕ « *Trajectoires de vie et prises de risque chez les femmes usagères de drogues* », InVS-ANRS Coquelicot, France, 2004-2007:
- ✕ « *United Nations Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned* », 2004 dans BEH n°10-11, mars 2009
- ✕ « *Femmes et addictions* » BEH 10-11/mars 2009

Articles, brochures, revues:

- ✕ « *Femmes et addictions* », Revue AlterEgo n°65- Printemps 2010
- ✕ « *Femmes je consomme et alors ?* », Brochure de Aides, Janvier 2013, <http://www.drogues-info-service.fr/?Je-consomme-et-alors>
- ✕ Butler Judith, *Faire et défaire le genre*, mise en ligne sur le site Multitudes, lundi 4 octobre 2004
- ✕ H.S. Becker, *les drogues que sont-elles ?*, 2001, <http://home.earthlink.net/~hsbecker>
- ✕ Herfray Charlotte. Altérité et différence. In: *Autres Temps. Cahiers d'éthique sociale et politique*. N°51, 1996. pp. 72-83.
- ✕ Nadeau L, « *addictions: cherchez la femme* », article tiré du courrier des addictions (6), n°2, 2004
- ✕ *Un lien fondamental*, Sciences humaines n°48, mars 1995.

Sitographie

- ✕ www.aides.org
- ✕ www.a-f-r.org
- ✕ www.ars.sante.fr
- ✕ www.asud.org
- ✕ www.drogues-info-service.fr
- ✕ www.drogues.gouv.fr
- ✕ www.inpes.sante.fr
- ✕ www.inserm.fr
- ✕ www.invs.sante.fr
- ✕ www.larousse.fr
- ✕ www.medecinsdumonde.org
- ✕ www.psyoactif.org

- ✕ www.Sidaparoles.org
- ✕ www.who.int/fr

Vidéos

- ✕ *Moi, Christiane F., 13 ans, droguée, prostituée...* (titre allemand : *Wir Kinder vom Bahnhof Zoo* - « Nous, les enfants du Zoo de la gare ») Un film de Uli Edel, tiré d'une biographie de Christiane Felscherinow, écrite par les journalistes Kai Hermann et Horst Rieck, Gallimard, Folio, numéro 1443, Berlin, Janvier 1983
- ✕ *Requiem for a Dream* est un film américain, réalisé par : Darren Aronofsky. Il s'agit d'une adaptation d'un roman d'Hubert Selby paru au Québec en 1978, Retour à Brooklyn.
- ✕ *Trainspotting* est un film britannique réalisé par Danny Boyle en 1996, adapté d'un roman du même nom publié par Irvine Welsh en 1993.

Documents internes à l'association Aides:

- ✕ Chartes de l'Association AIDES.
- ✕ Plan d'action Auvergne Grand Languedoc, 2009/2011.
- ✕ Projet d'établissement CAARUD Haute Garonne, 2006-2008.
- ✕ Rapports d'activités nationales, régionales et départementales, 2009.
- ✕ Rapport du commissaire aux comptes, 2009.
- ✕ Statuts de l'association, 2010.

Mémoires ou recherches:

- ✕ Caillaud Anaïs, *La seringue : Entre quête de plaisirs et recherche de soins* - Le prélèvement accompagné chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, Directeur de mémoire : Bruno Villalba, Institution : CAARUD Atypik de Lens coordonné par Vincent Croizé Institut d'Etudes Politiques de Lille, Master 1 Métiers de l'Action Publique, Année 2012-2013.
- ✕ Dassieu Lise, thèse sur les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : du dispositif de soin à la consultation, Toulouse Mirail Université, Sociologie, 2013-
- ✕ Espanol Zoé, *Les pratiques professionnelles dans le champ du soin de la toxicomanie* - enquête auprès de deux centres spécialisés toulousains sur les conditions d'admission des usagers d'héroïne en traitement de substitution, Sous la direction de François Sicot, Mémoire master 1 Sociologie, 2009-2010.
- ✕ Godard Fabienne, *VIH/Sida : dimension communautaire de la politique de Réduction des Risques et Programme d'échange de seringues en milieu toxicomane* -Toulouse, Mémoire dans le cadre d'un DEES, RECES, Institut Régional de Formation aux Carrières Educatives et Sociale, Juin 1996.

- ✕ *Rapport d'activité de la 4ème année de la recherche-action « Evaluation des effets des démarches communautaires sur 3 déterminants de santé », Institut Renaudot, publication de l'institut Renaudot, Paris, Mars 2010/2011.*
- ✕ Rivasseau Lisa, Rapport de stage « *Analyse des actions entreprises par les CAARUD de Aides en direction des femmes consommatrices de produits psycho-actifs* », Référente de stage : Monique Menbrado, Structure : Aides, Suivi du stage : Stéphane Giganon, directrice de la région Auvergne-Grand Languedoc, Date de soutenance : 23 septembre 2010.
- ✕ Bruquel P, L'effet papillon, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'assistant social, 2004, Haute école de Mouscron d'enseignement supérieur.

Philosophie, politique, postures d'intervention

- ✕ Ampleman G, Barnabé J, Comeau Y, Doré G, Duhaime R, Gaudreau L, Humbert Lebœuf L, Matte M, *Pratique de la conscientisation*, 1987, Collectif québécois d'éducation populaire.
- ✕ Avenier Marie Josée (Sous la direction de) - *Ingénierie des pratiques collectives*, La cordée et le Quatuor –2000, Collection Ingénium, L'Harmattan.
- ✕ Axelrod Robert, *Donnant donnant* - théorie du comportement coopératif, Paris, 1992, Edition Odile Jacob, Sciences humaines.
- ✕ Baillergeau Evelyne et Bellot Céline (Sous la direction de) - *Les transformations de l'intervention sociale* – Culte, innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités, 2007, Montréal, Edition Universitaire du Québec.
- ✕ Bantuelle, Dehenau, Lahaye, *La pratique communautaire dans la promotion de la santé - quelques réflexions*, Santé conjugée, avril 1998.
- ✕ Baudrit Alain, *L'apprentissage collectif* - Plus qu'une méthode collective?- coll Pédagogies en développement, De Boeck supérieur, 2007.
- ✕ Bury J.A, *Education pour la santé; concepts, enjeux, planification*, De Boeck, 1988
- ✕ Cifali Mireille et Périlleux Thomas (Sous la direction de) - *Les métiers de la relation malmenée*, Paris, 2012, L'Harmattan, collection savoir et formation.
- ✕ Connac Sylvain, *Apprendre avec des pédagogies coopératives* - démarches et outils pour l'école, Paris, 2009, ESF éditeur.
- ✕ Ernoult Annick et Davous Dominique, préface de Christophe Fauré, *Animer un groupe d'entraide pour personnes en deuil*, 2001, Edition L'Harmattan, collection au-delà du témoignage.
- ✕ Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, *Susciter la santé communautaire*, revue de santé conjuguée n°4.
- ✕ Freire Paulo, *Pédagogie des opprimés*, 1974, Edition Maspero.
- ✕ Godbout Jacques T, *Le don, la dette et l'indentité: homo donator versus homo oeconomicus*. Paris: Éditions La découverte, Montréal: Éditions du Boréal, 2000,

- ✕ Godbout Jacques, en collaboration Alain Caillé *L'esprit du don*, Paris, 1992/ 2000, La Découverte.
- ✕ Hansotte Majo, *Les intelligences citoyennes* - Comment se prend et s'invente la parole collective, 1995, 2^{ème} édition, Editions les Intelligences citoyennes.
- ✕ Herfray Charlotte, *Penser vient de l'inconscient* – Psychanalyse et « entraînement mental », Arcanes, Eres, 2012.
- ✕ Herfray Charlotte, *Vivre avec autrui ou le tuer* – La force de la haine dans les échanges humains, coll Hypothèse, Eres, 2009.
- ✕ Kiss Adam (Sous la direction de) - *L'empathie et rencontre interculturelle* –, 2001, Edition L'Harmattan.
- ✕ Lassere Henri, Préface de Hoffman J, *Comprendre la psychiatrie communautaire* – L'expérience de santé mentale et communautés - Travail social et santé mentale, 2008.
- ✕ Lerbet Georges, *Système personne et pédagogie*, 1993, Paris, ESF Editeur, collection Pédagogies.
- ✕ Maguet Olivier et Caldéron Christine, *Aides, une réponse communautaire à l'épidémie de VIH/SIDA*, publication interne remis lors du congrès de Aides, 2007.
- ✕ Mauss Marcel, *Essai sur le don*, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, présentation de Florence, Weber, Quadrige, PUF, 2^{ème} édition, Paris, 2012.
- ✕ Moscovisci Serge, *Psychologie des minorités actives*, PUF, 1979.
- ✕ Petite Ségolène, *Les règles de l'entraide*– Sociologie d'une pratique sociale – Octobre 2005.
- ✕ Pheterson Gail, *Le prisme de la prostitution*, Bibliothèque du féminisme, Sciences Humaines, Edition L'Harmattan, 2001.
- ✕ Prioiv Johan, *Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale* – Le projet de vie et participation sociale, 2007, Edition Dunod.
- ✕ Sainsaulieu Yvan, Salzbrunn Monika et Amiotte Laurent (Sous la direction de) - *Faire communauté en société – Dynamique des appartenances collectives*, – Presse Universitaire de Rennes – 2010.
- ✕ Sala Pala Valérie, Arnaud Lionel, Ollirault Sylvie et Rétif Sophie (Sous la direction de) - *L'action collective face à l'imbrication des rapports sociaux*, Classe, ethnicité et genre, Paris, 2009, L'Harmattan, logique sociale.
- ✕ St Arnaud Yves, *Les petits groupes* – Participation et communication, Québec, 2002, Edition Gaëtan Morin.
- ✕ Wacquant Loïc, *Les prisons de la misère*, 10^{ème} édition, Dijon, 2007 (1^{ère} édition en 1999/Seuil), Raisons.

Drogues

- ✕ Boustany Alain, *Drogues de paix, drogues de guerre* – Hachette Littérature, 1998.

- ✕ Carrier Nicolas, *La politique de stupéfaction* – Pérennité de la prohibition des drogues, Presses Universitaires de Rennes, 2008.
- ✕ Chappard P. et Couteron JP, *Salle de shoot*, les empêcheurs de tourner en rond, La découverte, Paris, 2013.
- ✕ Collectif FTP, *Du chocolat à la morphine*, 1994, Edition du Léopard (traduction française de l'édition paru en 1983 aux Etats-Unis, chez Houghton Mifflin Company, New York).
- ✕ Coppel Anne, *Peut-on civiliser les drogues ?*- La découverte – 2002.
- ✕ Dularcher Julian *La cocaïne*, Julian Dularcher- Edition du Léopard- 2000.
- ✕ Dularcher Julian, *L'héroïne*, - Edition du Léopard- 2000.
- ✕ Escohotado Antoine, *Ivresses dans l'histoire* – Les drogues, des origines à leur interdiction, L'esprit frappeur, Dijon, avril 2000 (1^{ère} édition 1998).
- ✕ Hernandez V., Ould A, Pépita, Papail J, et Phélinas P. (sous la direction de) - *L'action collective à l'épreuve de la globalisation*, L'Harmattan, Paris, 2007.
- ✕ Jauffret-Roustide Marie (sous la direction de), *Les Drogues*, approche sociologique, économique et politique, La documentation Française, Paris, 2004.
- ✕ Lebeau Bertrand, *La drogues, idées reçues*- Le Cavalier Bleu – 2002.
- ✕ Lecouvreur, Cognel, Mathieu de Moulon, de Niceville, Pierrot, *Éloge burlesque de la seringue son origine son histoire, ses transformations avec un projet nouveau pour la perfectionner* in Mémoires de l'Académie de la ville neuve de Nancy, Tome 1, 1757 (?) Consultable dans la collection électronique de la Bibliothèque Municipale de Lisieux.
- ✕ Morel Alain (dir), *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Dunod, septembre 2012.
- ✕ Szasz Thomas, *Le mythe de la drogue*, Thomas, Esprit frappeur, Paris, 1998.
- ✕ Yvoret J Jacques, *Les poisons de l'esprit, drogues et drogué au 19ème siècle* –Quai Voltaire – Histoire, Paris, 1992.

Méthodologie

- ✕ Herfray Charlotte, *Les figures d'autorité* – Un parcours initiatique, Toulouse, Erès, 2006
- ✕ Piette Albert, *Ethnographie de l'action* – L'observation des détails, Paris, 1996.
- ✕ Resweber Jean Paul, *La recherche-action* – PUF, Que sais-je ?, Paris, 1995.
- ✕ Van Campenhoudt Luc, Quivy Raymond, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 4^{ème} édition, Paris, 1995-2011.

Rapport à la norme, à la discrimination et la performance

- ✕ Abric Jean Claude, *Pratique sociale et représentation*, PUF Psychologie Sociale Paris, 1994.

- ✕ Baker Catherine, *Pourquoi faudrait-il punir ?* – sur l’abolition de la peine de mort, Edition Tahin Party, 2004.
- ✕ Becker Howard S, *Outsiders* – Etude socio de la déviance, Edition Métailié, Paris, 1995.
- ✕ Boltanski Luc, *Rendre la réalité inacceptable* – Paris, Edition Démopolis, 2008.
- ✕ Brigère Fabienne et Blanc Guillaume (coordonné par), *Judith Butler, Troubles dans le sujet, troubles dans les normes* – PUF débats philosophiques, Paris, mars 2009.
- ✕ Butler Judith, *Le récit de soi* – PUF- Pratiques théoriques, Paris, 2007, publié initialement en langue anglaise en 2005.
- ✕ Camus Albert, *Le Mythe de Sisyphe*, Gallimard, coll. « Folio Essais ».
- ✕ Carthonnet Claire, *J’ai des choses à vous dire* – Une prostituée témoigne, Edition Robert Laffont, Paris, 2003.
- ✕ Castel Robert, *La discrimination négative* – Citoyens ou Indigènes ?, Dunod, Paris, 1997.
- ✕ Châtel Viviane, Roy Sherley (sous la direction de), *Penser la vulnérabilité - Visages de la fragilisation du social*, Québec, 2008, Presse universitaire du Québec.
- ✕ Croizet Jean Claude et Leyens Jean philippe, *Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*, Edition, Armand Colin, Paris, 2003.
- ✕ de Gauléjac Vincent, *Les sources de la honte* - Desclée de Brouwer, Paris, 1996.
- ✕ Ehrenberg Albert, *Le culte de la performance*, Paris, Edition Hachette Littératures, Collection Pluriel, Octobre 2009.
- ✕ Foucault Michel, *Surveiller ou punir* – la naissance de la prison, Gallimard, Paris, 1993.
- ✕ Goffman Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne* – Présentation de soi - Edition de minuit, Le sens commun, Paris, 1973.
- ✕ Goffman Erving, *Stigmate* - Les usages sociaux des handicaps – Edition de Minuit, 1975.
- ✕ Honneth Axel, *La société du mépris, Vers une nouvelle théorie critique*, Edition La Découverte, Collection Armillaire, Paris, 2006.
- ✕ Karsz Saül (Sous la direction de) avec Autès Michel, Castel Robert, Roche Richard, Sassier Monique – *L’exclusion définir pour en finir*, Dunod, Paris, Février 2004.
- ✕ Bourdieu Pierre, *La distinction* – Critique sociale du jugement, Paris, 1977, Edition de Minuit.
- ✕ Lazzeri Christian et Nour Soraya (Sous la direction de), *Reconnaissance, identité et intégration sociale*, Presse Universitaire de Paris Ouest, Paris, 2009.
- ✕ Legal Jean Batiste, Délouvée Sylvain, *Stéréotypes, Préjugés, et discrimination*, 2008, Les Topos, Paris, 1984.
- ✕ Milgram Stanley, *Soumission à l’autorité*, un point de vue expérimental, Calmann-Lévy

- ✕ Misslin René, *Le comportement Identitaire*, Edition Sciences humaines et sociales, 2007.
- ✕ Morin Edgard, *Ma gauche - Politique*, François Bourin Editeur, Paris, 2010.
- ✕ Morin Edgard, *L'Esprit du temps*, Éditions Grasset Fasquelle, Paris, 1962
- ✕ Paugam Serge, *La discrimination sociale- Essai sur la nouvelle pauvreté* – Préface de Dominique Schnapper, PUF, février 2009.
- ✕ Peretti, Wattel, *La sociologie du risque*, Edition Armand Colin, 2000.
- ✕ Taguieff P-A, *La force du préjugé*, Essai sur le racisme et ses doubles, St Amand édition de 1992 (1^{ère} édition 1987), Gallimard.
- ✕ Wacquant Loïc, *Parias Urbains /Ghettos - banlieues - Etat*, Edition La découverte Paris, 2006.
- ✕ Wieviorka Michel (sous la direction de) avec François Dubet, Françoise Gaspard, Farhah Khosrokhavar, Didier Lapeyronnie, Yvon Le bot, Danilo Martucelli, Simonetta Tabboni, Alain Tourraine et Sylvaine Trinb, *Une société fragmentée ?- le multiculturalisme en débat*, Edition La Découverte Paris, 1996.

Glossaire et lexique des acronymes:

A

AERLI : Accompagnement et Education à Réduire les risques liés à l'injection

Abcès : Dommages fréquents liés à l'injection, un abcès est une accumulation locale de pus après nécrose dans une cavité néoformée. Un abcès superficiel peut présenter des symptômes comme rougeur, douleur et chaleur (composantes de l'inflammation).

AMM : Autorisation de mise sur le marché (des médicaments)

ARS: Agence Régionale de Santé

ANRS : Agence Nationale de Recherche de Santé

B

Basage : Méthode qui consiste à fumer la cocaïne travailler avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate

BES: Bus d'Echange de Seringues

C

CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogues

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CNAM: Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM: Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des conduites Addictives

D

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

G

Groupe d'entraide : rencontre proposée aux personnes pour qu'elles discutent et échangent autour de thèmes qui les intéressent.

I

INPES: Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé

INSERM: Institut National de la Santé et de la recherche Médicale

M

MDM : Médecin du Monde

Méthadone : traitement de substitution aux opiacés proposé en France à partir de 1994 par les centres de soins spécialisés en toxicomanie.

MILDT: Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie.

MDPH : Maison départementale des Personnes Handicapées.

O

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

P

PES: Programme/Point d'Echange de Seringues

Prélèvement sanguin coopératif : un mode alternatif, qui implique la coopération du soignant et du soigné, pour faire une prise de sang aux personnes ayant des veines endommagées.

R

RDR: Réduction des Risques

RDR CPP: Réduction des Risques auprès des Consommateurs de Produits Psycho-Actifs

S

Subutex : traitement de substitution aux opiacés depuis 1996. A la différence de la méthadone. Il peut être prescrit par n'importe quel médecin.

Skénan : c'est un médicament utilisé pour la douleur, à base de morphine. Mais il n'a pas l'AMM pour être un traitement de substitution. Un patient peut avoir une prescription dans ce cadre uniquement avec un accord spécifique du médecin conseil.

T

TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostic

Table des matières

Remerciements :	2
Sommaire	4
Avertissement au lecteur :	5
PARTIE I : L'ACTRICE, d'un récit de vie à un thème de recherche	6
Chapitre 1. Autobiographie raisonnée, les postures professionnelles et personnelles font corps	7
1.1 La coopération transmise par une culture familiale	7
1.1.1/ Valeurs qui bercent l'enfance	7
1.1.2. Valeurs qui s'inscrivent dans une posture professionnelle	9
1.1.3/ Relations au pouvoir, induites par ces valeurs	10
1.2. Postures encrées dans une soif d'aventures, de rencontres et d'interactions.	14
1.3 Origine de cette implication dans l'expérience de la honte et la discrimination	19
1.4 L'incidence du manque d'estime de soi sur la manière d'appréhender la relation d'aide	21
1.5 Engagement et cheminement dans le travail social, en tant que militante	24
Chapitre 2 : Terrain de recherche, démarches et publics en marge	29
2.1. L'association Aides	29
2.1.1/ Histoire de Aides et sa démarche (de santé communautaire)	29
2.1.2/ Place des militants accueillis dans l'action, du statut de sympathisants à celui de personnes agissantes	31
2.1.3/ Commentaire sur à Aides : une théorie (universelle) qui repose sur une pratique (particulière et personnelle) :	32
2.2 L'approche de Réduction des risques auprès des consommateurs de drogues	33
2.2.1 / La démarche de réduction des risques auprès des consommateurs de drogues s'inscrit dans l'histoire de la lutte contre le VIH/Sida et de Aides	33
2.2.2/ Commentaires sur l'approche de la RDR CPP à Aides	37
2.2.3/ Comment les actions de Aides s'articulent-elles? Exemple de la brochure femme, « je consomme et alors !? »	40
Chapitre 3 : motivations	45
3.1. Une pratique professionnelle qui se frotte à un système social	45
3.2. Le prisme de la consommation de drogues	46
PARTIE II : LA RECHERCHE	57
Chapitre 4 : Cheminement dans une méthode de recherche	58
4.1 Cheminement vers une question de recherche	58
4.2. Cheminement dans le choix de références théoriques	59
4.3 Cheminement dans la démarche de recherche-action	62
Chapitre 5 : Les mots clés conjugués à la théorie	65
5.1. La démarche communautaire	65
5.1.1/ Définitions	65
5.1.2/ Sa démarche et son histoire	78
5.1.3/ Son intérêt est confirmé mais la France prend du retard	82
5.1.4/ Les outils de la démarche en santé communautaire	83
5.2. Les consommateurs et consommatrices de drogues	85
5.2.1 La pénalisation des stupéfiants	86
5.2.2/ Les femmes consommatrices de drogues	99
5.3 Un contexte sociétal empreint de préjugés et du culte de performance	100
5.3.1/ Stéréotypes, préjugés, discrimination et identité sociale	100
5.3.2/ Du culte de la performance au culte de la consommation	109
Chapitre 6 : Collecte de Matériaux	122
6.1. Définition du cadre de collecte des sources	122

6.1.1/ Les objectifs.....	122
6.1.2/ Méthode de collectes de sources.....	123
6.2. Préparation de cette collecte de sources.....	123
6.2.1/ Plan du déroulé du premier entretien.....	123
6.2.2/ Grille des entretiens suivants:.....	124
6.3. Méthode et déroulement des entretiens.....	124
6.3.1/ Personnes entretenues.....	125
6.3.2/ Le contenu et postures d'entretiens.....	125
6.4. Déroulement et le plaisir pris à faire les entretiens.....	127
6.5 La retranscription des entretiens.....	128
6.6. Premiers constats.....	129
6.6.1/ Constats généraux.....	129
6.6.2/ Sur la démarche en santé communautaire.....	129
6.6.3/ Des accueillis.....	130
6.6.4/ Des pairs intervenants.....	131
6.6.5/ Des accueillants.....	132
6.6.6/ Du point de vue de l'organisation des associations de santé communautaire et des conditions extérieures.....	133
Chapitre 7 : problématique et hypothèse.....	135
7.1 Problématique.....	135
7.2. Traduction de l'hypothèse en grille de lecture des entretiens.....	139
7.2.1/ Première lecture des entretiens.....	139
7.2.2/ Autres pistes d'hypothèses :.....	142
Chapitre 8 : Méthode et cheminement dans l'analyse.....	144
8.1 Analyse de chaque entretien.....	144
8.1.1/ Méthode.....	144
8.1.2/ Éléments d'observations récoltés par l'analyse individuelle des entretiens.....	144
8.2. Analyse thématique des entretiens.....	146
8.2.1 / Méthode.....	146
8.2.2/ Apports de l'analyse thématique.....	149
8.3 Référence théorique.....	150
8.3.1/ Présentation d'E. Goffman, auteur de l'ouvrage Stigmate.....	150
8.3.2/ Définitions théoriques du stigmate.....	151
Chapitre 9 : Analyse de la prégnance d'un stigmate.....	154
9.1. Stigmate en lien avec public de recherche.....	154
9.2. La déclinaison du stigmate dans le processus relationnel et identitaire.....	159
9.2.1/ Le stigmate, vecteur de non-dits et des faux semblants.....	159
9.2.2 Mise en jeu et mise hors « je » de la relation d'aide.....	162
9.2.3/ Intériorisation de la stigmatisation.....	169
Chapitre 10 : Comment le vécu à l'intérieur des associations permet de dépasser le stigmate.....	176
10.1. Le dépassement des non-dits.....	176
10.2. Sortir de l'isolement.....	185
10.3. D'une autre représentation de soi à une reconnaissance sociale.....	188
10.3.1/ Dépasser le sentiment de honte.....	189
10.3.2/ Un regard qui donne de la place.....	191
10.3.3/ Rehaussement de la confiance en soi.....	200
10.3.4/ Changement de statut.....	202
Chapitre 11 : Le stigmate atteint les associations.....	204
11.1. Des associations difficiles d'accès, en particulier pour les femmes.....	204
11.2. Des associations en marge et peu reconnues.....	207
11.2.1/ Manque de légitimité lié aux publics accueillis.....	207
11.2.2/ Manque de légitimité des intervenants.....	209
11.2.3/ Manque de légitimité de leur approche.....	212
11.3. Leurs marges de manœuvre sont réduites.....	217
11.3.1/ A la marge d'un cadre législatif.....	218
11.3.2/ Le manque de financement limite leurs marges de manœuvre.....	219
11.3.3/ Difficile prise en compte des propositions de transformations sociales.....	221
Chapitre 12: Lien entre le stigmate et l'implication dans l'association.....	225

12.1 Envie de faire un don ou régler une dette qui enraye la stigmatisation	225
12.1.1 Un don de soi qui permet d'être acteur de sa vie	225
12.1.2/ La dette se règle avec plaisir	228
12.2. Envie d'être acteur de transformation sociale :	234
12.2.1/ Prendre et porter la parole.....	235
12.2.2/ Lutter contre ce qui véhicule le stigmat.....	239
12.3. Coopérer et être moteurs de petits changements	241
Conclusion	249
Vis-à-vis de la question de recherche	250
En tant que chercheuse	257
En tant qu'actrice	260
Bibliographie	263
Enquêtes officielles	263
Articles, brochures, revues:	263
Sitographie	263
Vidéos	264
Documents internes à l'association Aides:	264
Mémoires ou recherches:	264
Philosophie, politique, postures d'intervention	265
Drogues	266
Méthodologie.....	267
Rapport à la norme, à la discrimination et la performance	267
Glossaire et lexique des acronymes:	270
Table des matières.....	272