



**HAL**  
open science

# Responsabilisation et usages de drogues : autour du processus d'autonomisation, les exemples de La Rochelle et de Göttingen

Elora Fahlke

## ► To cite this version:

Elora Fahlke. Responsabilisation et usages de drogues : autour du processus d'autonomisation, les exemples de La Rochelle et de Göttingen. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2021. Français. NNT : 2021UBFCC031 . tel-03883265

**HAL Id: tel-03883265**

**<https://theses.hal.science/tel-03883265v1>**

Submitted on 3 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ**  
**ÉCOLE DOCTORALE « SOCIÉTÉS, ESPACE, PRATIQUES, TEMPS »**



Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en

**SOCIOLOGIE**

**RESPONSABILISATION ET USAGES DE DROGUES.**

**AUTOUR DU PROCESSUS D'AUTONOMISATION :  
LES EXEMPLES DE LA ROCHELLE ET GÖTTINGEN**

Présentée et soutenue publiquement par

**Elora FAHLKE**

Le 2 décembre 2021

Sous la direction de M. le Professeur **Gilles FERRÉOL**



Membres du jury :

Gilles FERRÉOL, Professeur à l'Université de Franche-Comté (*directeur*)

Maryse GAIMARD, Professeure à l'Université de Bourgogne (*examinatrice*)

Armel HUET, Professeur émérite à l'Université de Rennes II (*rapporteur*)

Patrick LEGROS, MCF-HDR à l'Université de Tours (*rapporteur*)

François VEDELAGO, premier président de TAPAJ-France, référent "Santé jeunes" auprès de la Fondation de France (*invité*)

|   |     |
|---|-----|
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | 3   |
| <b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....  | 5   |
| <b>PREMIÈRE PARTIE : CONSTRUCTION DE L’OBJET D’ÉTUDE</b> .....  | 19  |
| CHAPITRE 1 : ÉLÉMENTS DE CONSTRUCTION DE LA THÈSE .....   | 21  |
| CHAPITRE 2 : APPARITION DE LA NOTION DE RESPONSABILISATION :<br>INJONCTION OU REVENDICATION ?.....        | 116 |
| CHAPITRE 3 : LA RESPONSABILISATION DANS LE DOMAINE DE<br>L’ADDICTOLOGIE : UNE POLITIQUE, DES ENJEUX ..... | 182 |
| <b>DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE COMPARATIVE</b> .....  | 304 |
| CHAPITRE 4 : MONOGRAPHIE DU TERRAIN FRANÇAIS : LA ROCHELLE.....   | 306 |
| CHAPITRE 5 : MONOGRAPHIE DE GÖTTINGEN .....   | 464 |
| CHAPITRE 6 : "DÉLOCALISATION" DE LA RECHERCHE ET PISTES DE<br>RÉFLEXIONS .....                            | 570 |
| <b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....  | 633 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....  | 657 |
| <b>TABLES DES TABLEAUX, FIGURES, CARTES ET PHOTOS</b> .....   | 693 |
| <b>ANNEXES</b> .....  | 701 |
| <b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....   | 713 |

## Remerciements

Le travail de thèse est un défi aux apparences trompeusement solitaires. Si le ou la candidate peut parfois se sentir très seul(e) dans ce parcours scientifique, il n'en reste pas moins qu'il ou elle est, en réalité, souvent intégré(e) dans une équipe, un savant mélange entre des personnes issues du milieu scientifique, professionnel, amical et familial. C'est pourquoi je tenais à mettre en valeur l'apport de l'ensemble de ces personnes dans mon travail à qui va toute ma gratitude et sans qui cet aboutissement n'aurait pas été possible.

Tout d'abord, mes remerciements les plus vifs à mon directeur de thèse, Gilles Ferréol, d'avoir accepté de me suivre, de la confiance qu'il m'a accordée mais surtout pour sa grande disponibilité, son soutien, sa bienveillance, ses appréciations et ses relectures méticuleuses. Son accompagnement critique et rapproché, dans les orientations théoriques et méthodologiques, a permis l'amélioration de mon étude ainsi qu'une progression scientifique personnelle. Pour tout cela, je veux dire tout le contentement d'avoir pu avancer sous sa direction.

Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance à Patrick Legros, sans qui je n'aurais pas pu m'engager dans cette entreprise intellectuelle. Je le remercie chaleureusement d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagnée depuis les débuts de mon parcours universitaire.

Plusieurs personnes ont corrigé des bribes de cette thèse ou m'ont conseillée lors de ce travail réflexif. Plus particulièrement, je suis profondément reconnaissante à François Vedelago et Cécilia Comelli pour leurs conseils avisés et leur soutien depuis le début de cette expérience.

Je tiens également à remercier les membres du jury, Maryse Gaimard, Arnel Huet, Patrick Legros et François Vedelago, qui ont accepté la responsabilité de l'appréciation de cette thèse, donné du temps et de l'énergie ainsi que pour l'intérêt porté à cette enquête. Merci d'avoir accepté de lire et de discuter ce travail.

Je souhaite également remercier les laboratoires C3S et « PASSAGES » d'avoir permis à mon enquête d'évoluer à travers des échanges formels et informels. Dans cette continuité, je voudrais aussi témoigner ma gratitude à l'ensemble des membres du projet DRUSEC pour m'avoir donné la possibilité de réaliser cette recherche et qui m'ont assurée des moyens matériels et intellectuels précieux.

Ma reconnaissance va aussi aux personnes qui sont au cœur de cette recherche. Pour cela, je remercie particulièrement les membres du CAARUD, Alice, Camille, Cédric, Éric, Marion et Olivier pour leur confiance et leur temps, les membres du CSAPA, l'ensemble des éducateurs spécialisés, des psychologues, des infirmières et des médecins ainsi que les membres de la politique de la ville Gérald Ogé, Danièle Chérifi et Philippe Gaffet. Je traverse le Rhin pour remercier également tous les membres de la *Straso*, du centre *Drobz* et de l'*Opentherapiezentrum*, et spécifiquement Corinna Hilker, Ulrich Oertel, Tim Bührig et Daniel Rainers de m'avoir facilité l'entrée sur le terrain allemand et d'avoir entretenu des liens virtuels malgré la distance et le contexte sanitaire actuel. Je remercie tout autant les usagers des structures qui ont participé à l'enrichissement des données récoltées. Cette thèse n'aurait pas pu voir le jour sans la participation de ces femmes et ces hommes qui ont accepté de contribuer à cette étude. Je leur exprime à toutes et à tous mon infinie gratitude.

Enfin, je ne pouvais pas taire l'importance tant spirituelle que psychologique de mes parents et amis qui m'ont soutenue et supportée durant toute la durée de ce travail. *Vielen dank* à mon papa qui a été d'une aide précieuse pour mon enquête à Göttingen, à ma maman pour son travail de relecture ainsi qu'à mon époux pour les heures passées à écouter les lectures des différentes parties de cette thèse.

Un dernier mot à mon fils. C'est grâce à toi et, malgré le temps que tu m'as pris dans cette phase finale, que j'ai eu la force de finir ce travail et le courage de le rendre tout en sachant qu'il ne sera jamais parfait.

# Introduction générale

S'il est d'usage de procéder dans l'introduction d'une thèse à l'explication de la genèse de la recherche dans l'objectif d'extérioriser les raisons de l'intérêt du chercheur pour son sujet, dans notre cas, il sera tout d'abord question du cadre de l'étude. Évoquer nos réflexions initiales revient à expliquer notre ancrage dans le projet DRUSEC (Drug and Urban Security, « *Use of alcohol and illicit drugs in public and nightlife – challenges and suggestions for solutions for municipalities* »). Cette recherche est issue d'un appel à projet ANR/BMF. DRUSEC est un projet franco-allemand pluridisciplinaire qui associe la sociologie, la géographie, les études urbaines, la criminologie, l'addictologie et la psychologie. L'ensemble des membres de ce projet se trouve réuni autour de deux sites qui sont le « *Center for Drug Research* » à Francfort et le laboratoire CNRS PASSAGES à Bordeaux. Cette coopération a permis le regroupement de deux principales disciplines des membres du projet avec, du côté de l'Allemagne, essentiellement une approche sociologique et, du côté de la France, une approche de géographie sociale. En plus d'experts scientifiques internationaux, le projet allie un grand nombre de partenaires représentant des points de vue différents tels que des travailleurs sociaux, des membres de la politique des drogues ou ceux des forces de l'ordre. Ils seront en appui de la recherche puisqu'ils représentent une partie des bénéficiaires des résultats finaux.

## *Les objectifs du projet DRUSEC*

DRUSEC se consacre à l'étude et à l'évaluation des politiques publiques dans les deux pays d'ancrage du projet, la France et l'Allemagne. La démarche de sciences appliquées dans laquelle il s'inscrit a pour ambition d'identifier les mesures favorisant la réduction des risques pour les usagers de drogues comme pour l'ensemble des citoyens. Le projet vise à chercher les risques relatifs à la sécurité, objectifs et subjectifs, liés à la consommation de drogues spécifiquement dans les lieux publics et semi-publics (scènes ouvertes de drogues, lieux de vie nocturne et autres foyers spatiaux de consommateurs). Pour cela, il se concentre sur l'étude des mesures de réduction comme les salles de consommation à moindre risque et sur l'analyse de la coopération entre les forces de l'ordre et les travailleurs sociaux. L'objectif principal est de contribuer à la constitution de solutions dans le but d'accroître la sécurité des citoyens en milieu urbain ; celui-ci se compose, de manière occasionnelle ou permanente, de centres de vie nocturne ou de scènes ouvertes de drogues. En seconde finalité, le projet souhaite participer au

développement de procédures de sécurité concernant les effets de la consommation publique de drogues et l'évaluation des modèles de « *bonnes pratiques* », en mettant l'accent sur le respect des droits de l'homme et de la liberté de la population cible. Pour développer des stratégies d'amélioration des sécurités, il prend aussi en compte les relations entre les perceptions du public et les risques de sécurité réels afin de faire progresser la collaboration entre les différents acteurs en charge de la sécurité et les membres des services en lien avec les usagers. Au centre des travaux empiriques de ce projet se trouvent trois thématiques principales ainsi que des questionnements centraux :

- Population générale et espace public :
  - Sécurité perçue (subjective)
  - Problèmes de sécurité « *objectifs* » : perturbations de l'espace public, violences, etc.
- Usagers de drogues :
  - Réduction des risques
  - Contrôle des drogues
  - Salles de consommation à moindre risque
- Application de la loi et travail social :
  - Perceptions des problèmes de sécurité
  - Actions concrètes

### *L'inscription dans le projet*

Pour développer ce projet, l'équipe française a souhaité faire participer deux doctorants. Dans l'appel à projet, le candidat avait le choix de s'inscrire dans l'une des deux thématiques proposées : « *Les lieux de la drogue, entre peurs et risques : représentations et savoirs* » et « *Analyse géographique des pratiques de (dé)sécurisation des lieux de consommation de drogues en milieu urbain* ». De par son axe davantage sociologique, nous nous sommes inscrite dans la première thématique concernant les représentations et les savoirs des lieux de drogues. Sans revenir en détail sur le projet de thèse fourni au moment de notre candidature, nous avons décidé de centrer notre réflexion sur les représentations sociales des différents acteurs (citoyens, professionnels de l'addiction, élus locaux, etc.). Par le constat initial que tout objet social, dont l'espace, ne peut se dispenser de structures cognitives, une analyse sociologique des représentations sociales des divers acteurs apparaissait cohérente dans une enquête ayant pour

objectif une remédiation des politiques publiques d'intervention aspirant à une objectivation de la prévention des risques en milieu urbain liés à la drogue. Les usages de drogues au sein de ces espaces, publics ou semi-publics, incitent les acteurs gravitant autour de cette thématique à développer une perception spécifique et subjective de ces espaces hétéronormés. Ces acteurs, institutionnels, résidents ou usagers, façonnent des représentations de ces scènes, à travers des « *modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise du milieu social, matériel et idéal* »<sup>1</sup>. Des actions émergent de ces représentations qui, en retour, les modifient, les transforment ou les façonnent. L'aspiration de notre étude résidait, par conséquent, dans l'analyse des dispositifs de la production sociale des espaces utilisés par ces « *acteurs* » en considérant la diversité des perspectives reliées, directement ou non, à l'usage de la drogue, que l'on soit simple habitant d'un quartier ou intervenant institutionnel. À l'aide d'un partenariat complémentaire, l'objectif était, à terme, d'inventorier une typologie et une méthode permettant aux acteurs de terrain de mieux appréhender, par identification et compréhension, les situations urbaines liées à l'usage afin de les guider dans les choix de mesures de prévention. Le rapport aux drogues doit être pensé dans toute sa complexité comme « *la rencontre entre un produit, un individu et un contexte* »<sup>2</sup>. Ce projet s'inscrivait dans une démarche comparative entre deux villes, l'une allemande et l'autre française. Toutefois, le sujet choisi correspondait à une transcription de l'un des points de questionnement du projet. Nous trouvons ainsi deux limites à cette polarisation : l'appropriation et la réflexion personnelle, la réponse à un seul des points du projet (très vaste).

La démarche de thèse, qu'elle soit – dans le cadre d'un projet – plus libre ou plus cloisonnée, n'est pas linéaire. Rare pourrait être le ou la candidate au doctorat qui assurerait que son sujet de départ est resté en tout point similaire au travail final. Au fur et à mesure du terrain et/ou de la bibliographie, le sujet peut être révisé ou affiné. Dans notre posture, rendre compte des débuts de notre thèse repose sur l'explication de l'appropriation du sujet. Nous avons la possibilité d'avoir plusieurs « *angles d'attaque* », en raison de l'étendue du projet. Pour saisir et faire émerger un sujet à la fois précis et personnel, et malgré une démarche hypothético-déductive due au projet de recherche déposé lors de notre candidature, c'est le

---

<sup>1</sup> JODELET Denise (1984), « Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie », in MOSCOVICI Serge (sous la dir. de), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, p. 365.

<sup>2</sup> OLIEVENSTEIN Claude (1977), *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, Laffont.

terrain et nos différentes lectures qui nous ont amenée à un changement de sujet, qui pourtant traite en partie celui précédant à travers les représentations sociales. Par le terrain, nous avons découvert la réalité de ce qu'est l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues, les représentations dont elles sont victimes, le traitement urbain de ces individus, et nous avons pris contact avec ces lieux stigmatisés. En outre, notre travail bibliographique, important au début de cette recherche, a permis d'appréhender les sujets « *épuisés* » et ceux moins étudiés, tout en comprenant les enjeux conjointement locaux et actuels<sup>3</sup> ; de la sorte, nous nous sommes rendu compte que « *parler des drogues est une entreprise complexe et engageante car le discours sur les drogues est un sujet chargé d'émotion et un puissant facteur d'identification, en tant qu'individu adulte se percevant comme "responsable" de ses choix, ou en tant que parents, se sentant investis de la mission de "protéger" les adolescents "exposés à la tentation" des drogues. Il est donc difficile de mettre à distance ses émotions et positionnements personnels et de produire un discours relativement "objectif" sur les drogues et les comportements addictifs* » (Jaufret-Roustide, 2009, p. 109). C'est ainsi que notre travail de personnalisation du sujet a commencé à voir le jour progressivement.

Cependant, notre intérêt pour ce projet doctoral avait, malgré tout, une origine. Si nous avons postulé pour réaliser ce projet, c'est qu'il se trouvait à la croisée de champs sociologiques déjà explorés auparavant. Notre travail de master portait sur un public précis : les personnes incarcérées. Notre expérience au sein du Centre de détention de Châteaudun nous permettait, tout en ayant des connaissances sur cette population en difficulté, d'utiliser les fils directeurs acquis pour engager un processus de recherche sur ce milieu délicat. Lors de cette enquête, le travail de terrain et les lectures nous avaient déjà familiarisée avec la thématique de l'usage de drogue. D'autant plus que cette recherche était consacrée à la question de la culture, laquelle nous a menée à l'analyse des représentations sociales ; celles-ci sont étudiées de manière récurrente lorsque l'enquête porte sur un public associé aux conduites « *déviantes* ».

Outre ces aspects liés à notre cursus scientifique, le caractère international du projet a attiré notre attention. Nous pensions que notre héritage allemand nous permettrait d'appréhender la culture, bien qu'elle soit proche de celle française, d'intégrer le terrain avec des connaissances préalables et faciliterait les échanges lors des périodes sur ce territoire. Pour

---

<sup>3</sup> Notre cheminement réflexif sera évoqué plus en détail dans la section consacrée à la problématique de notre thèse.

ce projet, l'entretien de contacts réguliers avec les acteurs de terrain, qu'ils soient professionnels, habitants ou usagers de drogues, est important. Il fallait pouvoir nous adapter à ces situations plurielles. Des interactions régulières et une immersion participante permettraient d'établir un cadre de confiance réciproque afin de recueillir des discours fidèles aux représentations et de percevoir, de l'intérieur, les relations et interactions au sein des groupes.

Pour finir, l'Allemagne est un pays qui a été séparé, d'est en ouest, suite aux politiques liées à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, et celle-ci a laissé des traces. Dans ce pays, il coexiste deux cultures ; il s'est construit à travers deux régimes politiques différents durant quelques décennies. Cette caractéristique fait de ce pays, d'une certaine manière, un laboratoire sociétal pour les recherches concernant l'étude des fonctions des institutions sur les représentations et, plus spécifiquement, sur les pratiques et les comportements.

Nos intérêts étaient alors multiples : la comparaison entre deux pays pour lesquels nous avons certaines attaches, l'étude ciblée sur un public « *en difficulté* » ainsi que celle des représentations sociales.

#### *L'entrée dans notre sujet d'étude*

Notre travail de recherche devait porter sur la thématique de l'usage de drogues dans le cadre d'objectifs liés à la sécurité. Les liens existant entre la sécurité urbaine et la drogue se restaurent à partir de deux axes : celui des conséquences du développement de l'économie souterraine, par exemple les violences, et celui du danger pour l'individu

Le problème de la drogue est partout, en tous lieux, depuis que l'humanité existe. Michel Kokoreff et Patrick Mignon constatent que le discours sur l'usage des drogues est construit « *d'un point de vue essentiellement politique et idéologique* » (Kokoreff et Mignon, 1994, p. 25). Pour eux, il serait utilisé pour démontrer de l'efficacité du "pouvoir". Lorsque nous regardons les politiques menées en Europe, la France reste le pays le plus en retard dans le domaine de la politique de réduction des risques. Si auparavant le débat autour de la RDR était divisé entre deux "écoles", l'une réclamant son inscription dans les politiques sociales et l'autre la déclinant, ce dialogue s'est déplacé vers d'autres problématiques. La réduction des risques est maintenant acceptée de tous, malgré les désaccords qui subsistent autour de l'éthique. Bien que pragmatique, elle est appréciée de manière différente au niveau tant national qu'international. Ce terme polysémique possède des sens divers selon les pays et les localités.

Épisodiquement, elle peut contenir, en son sein, la prévention. Quelquefois, elle est restreinte par la législation, ou encore mise en débat autour de nouveaux enjeux. Malgré un large panel, elle est finalement cantonnée dans des impératifs sécuritaires et sanitaires précis. Ce flou notionnel pose plusieurs questionnements. Les nombreux acteurs gravitant autour de cette politique, cette stratégie reste controversée et disparate. Nous souhaitons comprendre les divergences internes de cette stratégie sur le territoire rochelais et, comparativement, en Allemagne (Göttingen).

L'aspect comparatif de notre étude a pour objectif de mettre en lumière les affinités entre la responsabilisation et la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogue. La comparaison permet de prendre en compte les influences culturelles, religieuses, politiques et historiques. Cette méthode sera le moyen d'interroger notre objet de manière différente. Notre inscription dans le projet DRUSEC nous amène à faire des choix en fonction des objectifs de celui-ci. Nous savons que la comparaison permet l'accompagnement d'une politique, son amélioration ou la remédiation à certains manques. Nous partirons de l'histoire de l'addiction sur nos terrains, des réponses qui lui sont apportées, aussi liées à l'insécurité publique, pour étudier les réactions de l'impact de ces stratégies sur l'usager, la politique locale et, plus largement, sur l'environnement urbain.

La question de cette recherche porte sur les stratégies de responsabilisation des usagers de drogues que mettent en place les différents acteurs, professionnels ou non, dans le cadre de la politique de réduction des risques et les réceptions de ces dispositifs par le public ciblé. Il s'agit de voir comment les acteurs, selon différents facteurs tels que la volonté et l'objectif des structures, le domaine de compétence et la profession, le pays ou encore la politique de la ville, s'impliquent dans une stratégie de responsabilisation des usagers et si les méthodes mises en place trouvent une réponse auprès des destinataires. Nous partons du constat que la responsabilisation du patient fait partie du contexte actuel. Pour étudier ce nouvel enjeu, nous avons décidé d'utiliser l'analyse d'un processus inhérent à ce contexte, celui de l'autonomisation. Cette demande est une volonté générale qui s'applique également aux usagers de drogues. Toutefois, la question est de savoir si ce processus est inscrit dans les objectifs des structures qui les accueillent et les accompagnent. Nous chercherons donc à comprendre l'ancrage et le fonctionnement de l'autonomisation dans les enjeux de la prise en charge des consommateurs. Cette analyse pourra nous donner accès aux différentes formes que peuvent prendre ce processus, les raisons de ces multiplicités et ses effets sur les usagers. Si cette volonté

provient d'échelons supérieurs, nous pourrions ainsi comprendre le système de coopération entre acteurs de terrain. Notre objectif sera alors d'appréhender le système de prise en charge des usagers dans le contexte de responsabilisation du patient.

Lors de la phase exploratoire de l'enquête, nous nous sommes rendu compte d'une caractéristique de nos terrains, à savoir le profil des usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogue. Ceux-ci représentaient la partie la plus précaire de consommateurs. Ils avaient ainsi un ancrage fort dans la précarité et l'usage. Ces individus ont, la plupart du temps, un parcours de vie tragique (placement à l'ASE, violences familiales, décrochage scolaire et/ou d'autres) qui conduit à la volonté de former une « *famille fictive* ». Celle-ci est incarnée par les pairs qui créent ainsi un soutien d'identification. Cette famille secondaire renforcerait alors l'imaginaire autour du mythe de l'autonomie naturelle<sup>4</sup>. Toutefois, si elle peut être bénéfique<sup>5</sup> pour le jeune, elle possède également des effets plus néfastes : « *Bien que le groupe puisse procurer un réel sentiment de protection nécessaire à l'adolescence, la projection familialiste opérée inconsciemment par ces jeunes constitue ce que le fondateur de la sociopsychanalyse, Gérard Mendel, appelle une "régression psychofamilialiste" [...]. Si cet imaginaire procure aux jeunes de la rue protection et ressources en brisant l'isolement notamment, il peut aussi, dans une logique paradoxale, contribuer à les enfermer dans ce milieu, alors perçu comme autosuffisant, où s'enracinerait l'histoire de leur nouvelle existence* » (Parazelli, 2000, p. 46-58).

Ce n'est pas le groupe en lui-même mais les projections "familialistes" qui peuvent entraîner la fermeture de l'individu aux rapports sociaux. Si le "passage à la rue" peut être perçu, par la personne, comme un rite de passage initiatique, il pourrait tout autant mener à l'enfermement. En cela, l'expérience de la rue ne peut pas être vue comme constructive ou destructive puisqu'elle dépend de l'individu et des situations. Cependant, de manière plus

---

<sup>4</sup> PARAZELLI Michel (2000), « L'imaginaire familialiste et l'intervention sociale auprès des jeunes de la rue : une piste d'intervention collective à Montréal », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, octobre, pp. 40-66.

<sup>5</sup> PLYMPTON Tia (1997), *Homeless Youth Creating Their Own Street "Families"*, New-York, Garland Publishing. Dans cette recherche doctorale, l'auteure identifie ce que la « *famille fictive* » procure aux jeunes : le sens des responsabilités ; une solidarité face aux adultes ; une capacité d'accepter les différences ; une place où se sentir "normal" ; un cadre social non seulement pour survivre mais pour se reconstruire ; un lieu où apprendre et enseigner à d'autres ; un cadre permettant de se situer dans un rôle et éviter l'isolement ; l'acquisition d'habiletés de communication, de coopération et des compétences relationnelles ; l'apprentissage du respect des règles et des normes internes et externes.

générale, « *le mythe d'une autonomie naturelle à l'abri des adultes constitue pour ces jeunes, le socle de leurs modes de relation aux lieux de socialisation et à l'ensemble de leurs pratiques sociospatiales* » (*ibid.*, p. 53). Dans cette famille, les rapports exclusifs peuvent constituer des freins au développement de l'autonomie sociale. Souvent cernés par des perceptions négatives et « *confinés dans le champ de l'infra-politique, ces jeunes ne peuvent développer une véritable autonomie sociale en accédant au statut de sujet*<sup>6</sup> [car cette famille pourrait] *les piéger dans des rapports fusionnels de dépendance, augmentant ainsi leurs difficultés à réaliser un passage vers la vie adulte ou vers un autre mode de vie* » (*ibid.*, p. 49).

Face aux réflexions précédentes, se pose la question de la possible autonomisation des personnes ayant fait l'expérience de la rue en plus de celle de l'addiction.

Par le biais de la focale « *autonomisation* », nous souhaitons étudier différents aspects de la prise en charge :

- les volontés/les représentations des acteurs selon le champ d'action ;
- les définitions, théoriques et pratiques, données au vocable « *autonomisation* » ;
- les formes de l'autonomisation/les pratiques pour actionner le processus ;
- la compréhension des différentes approches en matière de politiques des drogues ainsi que les effets de leur coprésence ;
- les relations de ces processus par rapport aux enjeux des politiques en matière de drogues et/ou des différents acteurs ;
- les réceptions de ces différentes pratiques.

la compréhension des différentes approches en matière de politiques des drogues ainsi que les effets de leur coprésence ;

L'ensemble de ces points sera étudié dans un cadre comparatif, ce qui nous permettra l'accès aux différences et ressemblances internes et externes (entre nos deux terrains) afin de pouvoir faire émerger des recommandations théoriques et pratiques inhérentes aux ambitions du projet dans lequel nous nous inscrivons.

---

<sup>6</sup> Le sujet est ici défini dans le sens donné par Alain Touraine et renvoie au statut de citoyen.

### *Notre contribution au projet*

Contrairement à notre première ébauche de projet qui répondait à un seul des points questionnés par le projet DRUSEC, notre sujet, affiné et personnel, entre davantage dans un apport d'ensemble ; certes, la contribution sera moins « *chirurgicale* » (pour le projet), dans le sens où la production sera moins détaillée pour chaque point, mais les résultats donneront de la matière à tout un ensemble d'axes de travail.

Pour faciliter la lecture de notre contribution, nous avons listé les mesures auxquelles notre travail apportera des éléments en même temps théoriques et pratiques :

- l'étude des conflits sociaux : nous allons prendre part à l'enquête sur les risques pour la sécurité résultant de l'usage de drogues dans les espaces publics et semi-publics. Notre recherche analysera les relations des différents acteurs entre eux (structures associatives, hospitalières, municipalités) et les rapports avec les consommateurs. L'étude s'ancrera dans le champ de la sociologie urbaine afin de comprendre la construction des espaces, par rapport aux consommations, ainsi que leurs régulations ;

- l'analyse des perceptions des sécurités : celle-ci consistera à mettre en avant la pluralité de sécurité en fonction de l'angle de perception. Cette étude s'appuiera, en partie, sur une méthode cartographique, les cartes mentales, développées par les membres du projet de l'équipe française. Ces cartes nous permettront de mettre en exergue les risques respectifs (subjectifs et objectifs) ainsi que leurs représentations selon le type d'enquêtés, usagers de l'espace public. Elles nous aideront, de plus, à comprendre les objectifs pluriels des sécurités et nous permettront de les mettre en perspective avec les stratégies utilisées sur le terrain ;

- l'évaluation des « *bonnes pratiques* » : dans un objectif de construction de préconisations, plus pragmatique, nous allons inventorier les stratégies associées à la sécurisation. Nous analyserons ensuite les objectifs et les focales utilisées afin de comprendre les buts déclarés et ceux dissimulés. Nous irons plus loin en comparant ces volontés aux effets sur le public ciblé. Nous contribuerons à l'analyse des effets des acteurs dans les politiques en matière de drogues entre les différentes échelles géographiques ainsi que sur les partenariats locaux qui en découlent ;

- la comparaison : cette partie sera plutôt constituée à partir de la mise en perspective des résultats finaux, allemands et français. Toutefois, nous pensons que notre travail comparatif

pourra être utilisé pour la synthèse du projet. Pour infirmer, affirmer ou conjuguer, cette analyse comparative permanente, même si elle s'appuie sur un sujet précis, celui de notre thèse, pourra permettre de comprendre certains phénomènes à une échelle différente, et nos résultats pourront être convertibles. Nous contribuerons, grâce à cette comparaison, au développement des stratégies de sécurisation en confrontant des techniques internationales, tout en tenant compte du contexte d'ancrage.

L'ensemble de ces points est exposé de manière générale. Néanmoins, nous resterons dans notre thématique de recherche, dans le contexte de responsabilisation. Ainsi, notre apport ne sera pas exhaustif puisqu'il répondra qu'à une partie de chaque point mais les résultats seront transférables à d'autres processus et stratégies.

### *Plan de la thèse*

Pour conclure cette introduction, nous avons souhaité présenter le plan de notre travail. L'objectif n'est pas de faire un descriptif complet de l'ensemble des éléments abordés mais de transmettre les clés de construction de notre contribution. Notre plan global s'appuie sur deux parties : l'une théorique et l'autre empirique. Ce type de présentation a des avantages et des inconvénients. Il permet de comprendre le cheminement réflexif du chercheur mais scinde le conceptuel du pragmatique.

La première partie débute par les composantes de la construction de notre objet d'étude :

- pour comprendre précisément l'intérêt de notre recherche, il était primordial de commencer par un chapitre sur l'exposition de notre problématique, de son cadre général à celui circonstancié. Dans l'objectif d'appréhender les sections suivantes, nous avons choisi de développer notre arrière-plan théorique. Nous y énoncerons les utilisations de références et d'écoles, tout en justifiant l'ensemble de ces choix, marqué par le déroulement pragmatique de l'enquête. En continuité de cette problématisation, nous allons exposer l'ensemble de nos hypothèses à partir de questionnements (de l'approche de la question générale à celles plus particulières). Pour les interroger, notre étude reposera sur une méthodologie plurielle que nous allons détailler et justifier. Nous aborderons les méthodes qualitatives et quantitatives comme l'observation, l'entretien ou encore le questionnaire ainsi que les difficultés ressenties pour ce travail (contextuelles et spécifiques à notre objet). Notre étude repose sur une analyse comparative entre deux villes, La Rochelle et Göttingen. Toutefois, elle peut prendre plusieurs

formes selon l'objet d'étude, les objectifs de l'enquête ou encore les contextes. Nous justifierons donc les différents choix entrepris pour cette analyse, à savoir la sélection des terrains et la spécificité de notre démarche comparative ;

- dans un deuxième chapitre, nous nous concentrerons sur l'une des notions principales de notre thèse, la responsabilisation. Nous l'interrogerons sur deux enjeux contradictoires : l'injonction et la revendication. L'amorce de ce chapitre permettra d'entrevoir le premier enjeu. Dans le champ particulier de la santé, nous définirons cette notion tout en questionnant ses buts contemporains. Nous établirons l'étude auprès de populations diverses comme les jeunes ou les usagers de drogues, de façon à comprendre les différents enjeux que peut prendre la responsabilisation. Nous examinerons ensuite cette notion dans le courant néolibéral. Cette section sera critique puisque nous cherchons à mettre en exergue l'enjeu d'injonctions<sup>7</sup>. Nous relativiserons celui-ci par un autre phénomène, la démocratie sanitaire. Celle-ci nous permettra de voir que la responsabilisation peut également posséder des enjeux plus modérés, voire d'incarner une revendication ;

- le dernier chapitre de cette partie s'engage également dans l'analyse théorique de la responsabilisation mais dans un contexte plus précis, le domaine de l'addiction. Nous allons débiter par l'étude d'une politique officiellement assez récente, la réduction des risques. Après avoir cerné son contexte d'apparition ainsi que son ancrage actuel, nous la détaillerons jusqu'aux différentes formes qu'elle peut revêtir. Pour être plus pragmatique, nous allons nous attacher à décrire l'une de ses valeurs, l'*empowerment*. Après l'avoir défini, nous illustrerons nos propos avec quelques exemples. Nous nuancerons avec un retour sur les fondements et les utilisations actuelles de cette notion qui pourraient la détourner de ses valeurs historiques. Nous achèverons ce chapitre sur les représentations des drogues et des usagers dans le contexte de responsabilisation du patient. Après avoir défini le vocable « *drogue* », nous entrerons dans l'analyse des perceptions et des pratiques ; celles-ci seront développées à travers différentes classifications officielles, montrant la pluralité de représentations. Cela nous permettra de mettre en lumière un type d'acteur important dans les orientations de ces perceptions, les « *entrepreneurs de morale* ». Pour comprendre le poids de ces acteurs, nous devons d'abord exposer la construction d'une norme sociale ainsi que définir l'approche par la déviance. Dans

---

<sup>7</sup> Malgré la connotation péjorative du terme « néolibéralisme », nous ne choisissons pas de faire une critique du néolibéralisme en lui-même mais de faire ressortir les objectifs d'imposition que la responsabilisation peut revêtir.

le but d'appuyer cette théorisation, nous choisirons d'introduire des exemples pour appréhender les effets de ces acteurs : celui de la régulation du cannabis et celui de l'implantation d'une salle de consommation à moindre risque. Nous terminerons sur l'exposition des représentations du point de vue des citoyens. Nous verrons, par exemple, les divergences de représentations des citoyens de la drogue et de son usage en fonction du type de consommation ou de l'entourage, ou encore celles des usagers par rapport aux modes de consommation ou aux substances.

Après la théorie, vient l'analyse et la pratique. Cette seconde partie s'appuiera davantage sur les résultats issus de notre enquête de terrain. Elle est scindée en trois parties, deux monographies et une synthèse comparative :

- le premier chapitre sera consacré à l'analyse du terrain rochelais. Cette monographie débutera avec la présentation des caractéristiques de la ville, des structures enquêtées et de leur analyse. Ensuite, nous porterons notre regard sur les différents enjeux pluriels et parfois paradoxaux. Pour les mettre en exergue, nous nous concentrerons sur les savoirs spatiaux de ces protagonistes, sur les différents processus de sécurisation et sur les émotions attachées aux lieux pour justifier l'ensemble de ces savoirs contradictoires. Pour ces trois points, les résultats seront mis en perspective pour comprendre le fonctionnement de ces constructions. Nous finirons cette monographie par l'étude des processus d'autonomisation. Nous verrons les diverses pratiques utilisées par les acteurs pour engager ces démarches mais également leurs réceptions par les bénéficiaires. Après avoir mis en avant des profils d'usagers extraits de nos questionnaires pour appréhender leurs représentations sur la prise en charge, nous nous focaliserons sur les processus d'autonomisation utilisés par les structures enquêtées. Cette façon de procéder nous permettra de voir que l'autonomie est, en réalité, une notion subjectivable. Pour terminer, nous engagerons notre propos sur les effets concrets de la volonté étatique de rapprochement entre le domaine social et celui sanitaire. Nous verrons que les représentations des acteurs et leurs définitions de l'usage, de l'usager et de la réduction des risques sont encore, en pratique, disjointes. Nous interrogerons alors les rapprochements partenariaux actuels en nous demandant si ces derniers proviennent de demandes « *d'en haut* » ou s'ils sont issus de volontés locales et structurelles ;

- le chapitre suivant adopte la même démarche que le précédent. Cette monographie du terrain allemand, Göttingen, commencera par sa présentation avec les caractéristiques de cette ville, celles des structures et la description de la politique de la drogue axée sur un mode

gouvernemental fédéral. La seconde section sera consacrée à la structure de l'accompagnement des personnes accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues. Nous présenterons les profils des usagers issus de nos questionnaires pour comprendre la réception des prises en charge pour ensuite entrer dans l'analyse de ces accompagnements. Nous montrerons les différents types de processus d'autonomisation, plus harmonisés que dans notre terrain précédent. Nous entrerons alors dans l'étude des raisons de cette cohérence à travers les types de dépendance, l'objectif d'abstinence et l'accompagnement différencié. Nous approfondirons ce travail par l'analyse des partenariats et des difficultés locales. Nous terminerons par l'analyse des partenariats locaux entre les structures accompagnantes mais également entre ces dernières et les forces de l'ordre pour finir sur les difficultés rencontrées à Göttingen. Celles-ci, locales, auront pour objectif de montrer la différenciation, ou non, entre nos deux terrains en ce qui concerne, par exemple, le mode gouvernemental ;

- le dernier chapitre est consacré à la "délocalisation" de la recherche et aux pistes de réflexions. Pour débiter, nous apporterons un retour synthétique des différences et des ressemblances entre nos deux terrains par des tableaux récapitulatifs. Une fois ces analogies et ces disparités étudiées (phase transitoire vers l'analyse comparative), nous entrerons dans la construction de typologies issues de l'ensemble de nos résultats. Ces dernières, non exhaustives, parfois binaires, seront des grilles de lectures plus que de réels résultats. Elles nous ont permis d'entrer dans la construction réflexive de recommandations. Pour clore cette thèse, nous apportons des pistes de réflexion autour de la réinsertion de la notion de plaisir dans les différents échelons de la prévention. Nous souhaitons également enclencher cette réflexion avec l'exposition des limites du concept de dépendance, nous amenant à nous interroger sur l'inscription de l'usager dans le système de soin, la coexistence de morales ou encore la responsabilisation cadrée. Nous terminons ces réflexions sur des préconisations davantage pratiques. Pour cela, nous développerons notre pensée par l'intérêt de disposer d'un lieu "hybride" mêlant le social et le sanitaire, et écartant toute idée d'harmonisation des pratiques. Enfin, nous amènerons une seconde idée autour de la sortie des dispositifs par rapport à l'autonomisation des individus. Notre réflexion se focalisera alors sur la réinsertion socio-professionnelle des usagers de drogues.

Ce développement a suivi notre cheminement réflexif. L'objectif de ce travail était ainsi d'entrer dans une démarche scientifique de thèse tout en gardant à l'esprit l'importance du rapport au projet dans lequel nous nous inscrivons. Il fallait alors répondre à certains axes de

recherche tout en contribuant de manière théorique, mais surtout pragmatique, au rapport entre l'usage de drogue et les sécurités associées. Nous pourrions ainsi observer si des liens se créent entre les différents acteurs de la politique urbaine pour former une nouvelle représentation des difficultés des liens entre la sécurité urbaine et la drogue. À ce titre, notre travail s'appuie sur l'étude d'un processus simultanément moyen et finalité de la responsabilisation du patient mais hétérogène dans sa compréhension comme dans son application.

---

*Première Partie :*  
*Construction de l'objet d'étude*

---

Cette première partie aura pour objectif de contextualiser l'objet de notre enquête. Cette étape théorique donnera la possibilité d'appréhender le déroulement de la réflexion. À partir de retours, elle s'efforcera d'explicitier le postulat de cette thèse. Les stratégies de responsabilisation s'établissent sur deux facettes qui pourraient être antagonistes ou complémentaires. L'une s'appuierait sur une approche descendante, c'est-à-dire qu'elle proviendrait des échelons les plus "hauts" : la responsabilisation de la population s'amorcerait par des volontés extérieures, à travers des processus découlant des autorités comme outil de gestion et de contrôle. La seconde, en revanche, reposerait sur une approche ascendante, provenant des volontés des individus : ceux-ci s'imprégneraient de cette responsabilisation pour gérer l'ensemble du processus, de la trajectoire personnelle aux prises de décisions collectives.

Le premier chapitre se concentrera sur la démarche suivie. Il précisera l'angle par lequel cette thèse sera abordée. Conjointement, la présentation de la problématique donnera l'occasion d'explorer les notions clés et la manière dont celles-ci seront comprises ici. Pour bien saisir l'objet de cette réflexion, l'hypothèse principale sera discutée, de ses sources à sa forme actuelle, puis elle sera étayée par des hypothèses spécifiques. Pour finir, les méthodes seront présentées ainsi que l'explication de ces choix et de leur intérêt.

Afin d'appréhender ces deux stratégies, le deuxième chapitre portera sur la notion de *responsabilisation* dans la société de manière générale et, plus précisément, dans le champ de la santé. Dans cette démarche en entonnoir, il sera question d'analyser l'application de cette notion dans le domaine des addictions. Cette définition permettra d'étudier les différentes manières dont elle est interprétée selon les points de vue des consommateurs, des professionnels et des décideurs. Ce chapitre exposera successivement l'une et l'autre des perspectives développées précédemment.

Pour continuer l'analyse de l'environnement des usages de drogues, le dernier chapitre reposera sur la politique de réduction des risques. Nous étudierons la manière dont cette dernière développe la responsabilisation des consommateurs. Elle donnera lieu au décryptage d'une notion actuelle, celle d'*empowerment*, comme outil clé de la démarche ascendante. Pour approfondir et clore le déroulement de ces deux stratégies, nous expliciterons l'évolution de la représentation des figures de l'usager de drogues et son influence sur les volontés de responsabilisation.

# Chapitre 1

## Éléments de construction de la thèse

Ce premier chapitre représente le squelette de notre étude et explore l'ensemble de notre cadrage réflexif et méthodologique. Pour essayer de construire une étude sociologiquement pertinente, le chercheur doit être attentif et pratiquer une auto-analyse de la progression de sa pensée avec la mise en avant des influences théoriques et de l'environnement dans lequel se réalise son enquête.

Une première partie sera consacrée à notre démarche de réflexion. Nous expliquerons la genèse du projet et les étapes de compréhension et de construction de notre sujet pour introduire la problématique. Nous montrerons les apports de cette étude puis nous mettrons l'accent sur l'arrière-plan théorique qui a guidé cette thèse afin de faciliter la compréhension de nos choix conceptuels et analytiques présents dans les chapitres suivants. Les hypothèses de recherche seront mises en évidence par thématiques pour afficher la charpente réflexive de ce travail.

La seconde partie aura pour objectif d'éclaircir notre méthodologie d'enquête. Nous définirons les méthodes qualitatives et quantitatives utilisées telles que l'observation, l'entretien, le questionnaire ou encore la carte mentale et le système d'information géographique. Ces définitions seront amenées de manière spécifique au sujet et ces choix seront justifiés afin de comprendre notre réflexion et les intérêts de chaque méthode pour notre étude. Nous terminerons cette partie en donnant un aperçu des difficultés liées au contexte ainsi qu'à notre objet.

Pour finir, nous avons souhaité créer une partie distincte dédiée à l'analyse comparative. Cette stratégie d'enquête a façonné tout notre travail. Dans un premier temps, nous expliquerons la sélection des terrains qui a été à la fois pratique et intuitive. Ces choix permettront d'entrer progressivement dans l'aspect empirique de notre étude. Ensuite, nous expliquerons brièvement le cadre global de ce type de méthode pour terminer sur les particularités de l'analyse comparative que nous avons décidé d'utiliser. Nous justifierons ces choix en mettant en lumière les étapes pratiques et réflexives de notre démarche méthodologique.



## 1) Problématisation

Cette première section a pour but de contextualiser notre recherche, de montrer notre intérêt pour le sujet d'étude, de comprendre son aspect novateur ainsi que de développer la problématique de ce travail.

### A) Problématique et intérêt de la recherche

Le présent travail tient précisément sa singularité du fait qu'il porte sur des enjeux de santé globaux rapportés aux addictions dans un contexte de distension entre répression et légalisation au sein des débats en France. Si le gouvernement actuel instaure la "contraventionnalisation" du cannabis, une marche pour la légalisation a eu lieu à Paris le 12 mai 2018. Alors que Bernard Kouchner, le 12 juillet 2018, appelle encore à suivre certains voisins européens quant à l'adoucissement de la politique anti-drogue, Agnès Buzyn, le 24 mai 2018, ex-ministre de la Santé, ouvre la porte au cannabis thérapeutique en appelant à un débat non idéologique et en obstruant toute ouverture à la légalisation et à la dépénalisation tout en insistant sur le caractère médicamenteux de ce dernier.

« *Bien que ces pratiques aient été de tout temps régies par des normes culturelles et sociales, ce n'est que tardivement dans l'histoire que sont mises en place les premières stratégies de régulation politique de la pratique psychotrope* » (Quirion et Bellerose, 2007 p. 29). Au départ de cette expansion, le modèle prohibitionniste fut consolidé et les interventions thérapeutiques axées sur l'abstinence. Très tôt, la loi de 1970 distingue deux dimensions : le soin et la sanction, la santé et la justice ; celles-ci sont d'ailleurs observables dans l'injonction thérapeutique. Même s'ils ont été longuement mis en concurrence, ces deux modèles s'inscrivent dans une perspective restrictionniste souhaitant l'éradication totale des drogues comme norme de nos sociétés (*ibid.*, p. 29). Toutefois, le passage au mode de régulation néolibéral se caractérise par un changement de paradigme. Dorénavant, la société désire davantage réduire les conséquences néfastes des drogues plutôt qu'effacer leur existence. Ce nouveau mode de régulation des pratiques sociales prend appui sur la critique de l'ancien modèle composé d'une intervention publique institutionnelle. La politique de réduction serait détentrice de certaines caractéristiques du mode de régulation néolibéral. Certains auteurs démontrent que le discours d'émancipation de la société contemporaine admet que les

mécanismes de contrôle social traditionnels (informel, solidarité mécanique et hétéronomie) ont été abandonnés au profit de mécanismes plus précis, comme la responsabilité individuelle. La réduction des risques vacillerait entre des mesures contraignantes mises en place pour protéger la collectivité et un effort pédagogique pour responsabiliser les individus. La prévention passerait de l'acceptation sociale à la responsabilité individuelle (du collectif au particulier). Cette mutation signerait le développement de la médecine prédictive et la globalisation du concept de prédictivité. Cette ascension n'est pas propre au milieu de la santé, elle croît également au sein de la justice et de la police.

Le scepticisme à l'égard du modèle providentialiste, ce qui a trait à l'institutionnalisation, et une croyance dans l'autorégulation des individus au sein des relations avec son environnement, immédiat, marquent le mode de régulation néolibéral. Si l'interventionnisme de l'État-providence a longtemps représenté la stratégie d'émancipation, « *il apparaît aujourd'hui que l'émancipation passe d'abord par une déconstruction des structures institutionnelles de prise en charge et par une reconstruction des mécanismes de régulation préconisant l'autonomisation et la responsabilisation des agents* » (ibid., p. 38) : dès lors « *s'appuyant sur les postulats du modèle formalisé par les penseurs du renouveau libéral, le discours émancipatoire contemporain s'appuie sur l'idée qu'une fois libéré du joug de la régulation institutionnelle, un nouvel ordre social émergerait de façon spontanée, contribuant ainsi à l'expression de la connaissance pratique des agents et de la sagesse populaire* » (ibid., p. 35). Ce passage d'un mode de régulation à un autre démontre une nouvelle imbrication entre les différents niveaux de régulation<sup>8</sup>. Nous pouvons isoler deux groupes à partir de ces modes de régulation : d'un côté, les régulations institutionnelles et l'hétéronomie face à l'environnement local ; de l'autre, les régulations dans l'interaction avec l'environnement immédiat. Le premier comprend les contrôles sociétaux et l'hétérocontrôle, caractéristiques du modèle providentialiste, et le second, plutôt inscrit dans le mode de régulation néolibéral, l'autocontrôle. Les deux premiers paraissent contreproductifs à la quête d'autonomie de l'individu. Au sein de ce mode de régulation, l'incitation à l'autonomie des individus s'inscrit dans une représentation des acteurs en capacité, dans l'interaction au sein de leur environnement immédiat, d'assimiler des compétences innées.

---

<sup>8</sup> CASTEL Robert et COPPEL Anne (1991), « Les contrôles de la toxicomanie », in EHRENBERG Alain (sous la dir. de), *Individus sous influence. Drogues, alcools et médicaments psychotropes*, Paris, Esprit, pp. 237-256.

Les transformations précédemment perçues amènent la réflexion autour d'une nouvelle technique de plus en plus répandue, l'*empowerment*. Ce terme possède plusieurs dimensions : « *Celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état qu'un processus [...] à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques [...] impliquant une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance de groupes ou de communautés et de transformation sociale* » (Bacqué et Biewener, 2013, p. 6).

Comme écrit plus haut, le rejet du providentialisme et de ses mécanismes institutionnels se construit par la croyance en l'autorégulation de l'interaction locale. En cela, la régulation néolibérale souhaite s'imbriquer directement à l'activité citoyenne. « *C'est donc au nom de la capacité autorégulatrice de l'interaction locale, dont le dynamisme citoyen serait l'incarnation la plus manifeste, que se déploient aussi bien la critique de l'institution que le nouveau modèle de régulation des pratiques. La présence de ces deux thèmes réciproques dans la logique de l'empowerment nous autoriserait dès lors à reconnaître dans les stratégies de réduction des méfaits la manifestation concrète du nouveau mode de régulation néolibéral* » (Quirion et Bellerose, 2007, p. 31). Pour Le Bossé (2004, p. 32) cette technique amène l'individu à l'émancipation individuelle et collective, donnant ainsi davantage une prise de contrôle sur les mécanismes de l'intervention sociale. « *L'efficacité de ces stratégies d'empowerment se mesure dès lors à la capacité qu'elles ont de stimuler la participation complète de l'utilisateur, et d'aboutir à son autonomisation accrue ou à celle de sa communauté, réseau informel à l'intérieur duquel il évolue* » (*ibid.*, p. 39).

Après cette première approche de l'*empowerment*, nous pouvons voir que l'accent est mis sur la responsabilisation. Plusieurs questionnements sont impliqués. L'*empowerment* est-il un nouvel enjeu ou reste-il, comme auparavant, l'aboutissement clinique d'autonomisation de l'individu ? Comme le questionne Bastien Quirion et Charles Bellerose, est-il une finalité ou un processus ? Si cette technique est utilisée par le prisme du processus, elle interroge les rapports entre les intervenants et les usagers de drogues. Il s'agit de questionner les nouveaux comportements des intervenants sociaux dans ce changement de communication. Si nous nous interrogeons sur cette transformation, il est également inéluctable d'analyser l'aide par les pairs.

Nouvel outil de réduction des risques, les associations d'usagers fleurissent et incarnent cette technique de manière emblématique : « *Dans une perspective foucauldienne, on avancera*

*que les individus étant désormais soumis à une certaine forme d'émancipation imposée dans le cours même des rapports avec autrui, les agences publiques peuvent tranquillement se délester de leurs fonctions de régulation qui traditionnellement leur avaient été accordées. On peut ainsi reconnaître, dans l'engouement récent pour les stratégies d'empowerment, une proclamation en force de l'impératif de l'autonomie et de la liberté, auquel on attache plus que jamais l'injonction de l'autodiscipline » (ibid., pp. 42-43).*

Par le développement de nouvelles problématiques concernant les jeunes et la marginalité, la notion ambitieuse de réduction des risques s'élargit. Cette extension engage une réflexion sur ses composantes. Effectivement, les politiques de lutte contre les drogues ne peuvent plus être restreintes à l'inventaire de substances interdites ou à la législation. Elles doivent agir sur l'ensemble des leviers tels que l'éducation, l'insertion, la prévention, la santé, etc. Cependant, nous pouvons noter une convergence des politiques internationales. Elles s'adonnent toutes à la volonté d'un appui sur des données fiables en préconisant l'évaluation, tendent à considérer les produits isolément du statut légal afin d'engager des actions de prévention, réduisent les sanctions pénales tout en réprimant davantage le trafic, priorisent les traitements de substitution et la politique de réduction des risques en privilégiant les soins et la prévention. Dans ces similitudes apparaît une polarisation des actions envers la réduction des risques mais également pour la prévention. Ces stratégies incitent l'individu, qu'il soit consommateur ou non, à être acteur de sa santé, ce qui semble répondre à certains idéaux politiques généraux quant à la responsabilisation dans les différentes sphères de la vie.

Si nous rapprochons les multiples définitions de ces méthodes, nous pouvons distinguer deux traits communs : le "choix responsable" et le "bénéfice pour la santé". Apparaît alors la notion de responsabilisation qui est, selon Marc Lemire, « *l'objet de traitements et d'interprétations multiples, parfois contradictoires. Le foisonnement de discours polysémiques témoigne tout autant de la force d'attraction que de la faiblesse de cette notion au plan conceptuel. Qu'il se rapporte à des phénomènes de pouvoir ou de responsabilité, le concept désigne à tout coup des réalités à forte composante sociale, relationnelle et psychique ce qui, en soi, pose de sérieux défis d'appréhension au niveau empirique* » (Lemire, 2008, p. 8).

Au cœur de la prévention, les deux points précédents, responsabilité et bénéfices sanitaires, créent un espace de réflexion, anticipateur, pour les individus encore considérés comme non-consommateurs ou, du moins, des individus ayant un usage perçu comme "non

problématique”. En aval, la stratégie de réduction s’intéresse davantage aux usagers vus comme “addicts”. Néanmoins, tôt ou tard, elle permet aux membres de la société de s’écarter du risque ou de diminuer la prise de risque. D’un autre côté, un usage exalté du concept de prévention donne raison aux thématiques des insécurités (Chauvière, 2010, pp. 30-49). On aperçoit ainsi la montée d’un moyen de gouverner par le truchement de la « *société du risque* » d’Ulrick Beck. Le passage de la gestion des risques à la volonté du risque zéro et la prévention dans les pratiques sociales pour une gestion des populations « *tendent fondamentalement à récuser toute dimension de l’impossible et, corollairement, toute prise en compte de la catégorie du sujet et de sa singularité, enfin toute dimension propre à l’acte* » (ibid., p. 45).

La politique des drogues est au centre de nombreux débats en ce qui concerne le statut légal, les modalités de prise en charge ou encore le type de régulation. Ces questionnements sont ainsi souvent représentés sur la scène publique et ce domaine est riche de recherches en sciences humaines. En effet, la thématique des drogues est au cœur des objectifs prioritaires et constitue un réel enjeu des politiques sanitaires. Ces débats se sont déplacés depuis le constat de la morbidité liée à ce phénomène.

Au départ, nous avons vu émerger une logique prohibitionniste promouvant l’éradication par la sanction. Les recherches en sciences humaines faisaient le bilan du caractère inefficace d’une telle démarche et incitaient à prendre ce phénomène comme un fait social inhérent à nos sociétés et ainsi à instaurer une nouvelle manière de traiter celui-ci. Dans cette logique, l’usager de drogue était perçu comme une menace et s’est vu doter du statut de délinquant.

Plus tard, les nombreuses critiques scientifiques et professionnelles et les exemples internationaux ont permis d’amener une nouvelle logique, celle de la thérapeutisation. Cette dernière donna une seconde voie aux usagers et transforma le “délinquant” en une personne “malade”, mais, comme pour toute évolution, les débats se déplacèrent sur une autre thématique. La prohibition et la sanction ne représentaient plus le seul modèle possible, et la thérapeutisation permit l’émergence de nouveaux moyens d’aider ces usagers. Elle améliora la considération de ces derniers et souleva une autre problématique médicale : le rapport thérapeutique inégalitaire, la passivité et l’assujettissement induites par celui-ci.

Les recherches se sont focalisées sur la place de l’usager dans les démarches de soins. Le paternalisme de ce rapport ne permettrait pas l’implication de l’usager et sa réintégration

dans la société. Il installerait une sorte de dépendance médicale restreignant l'émancipation de l'individu et sa considération en tant qu'acteur à part entière. Les critiques de cette médiation institutionnelle, vécues comme une assistance injonctive, ont donné suite à un nouveau moyen de régulation : la politique de réduction des risques. Cette dernière reste assez récente en France, du moins en termes d'officialisation. Plusieurs structures associatives utilisent cette politique depuis un certain temps, mais son aspect légal et officiel a pris du retard par rapport à d'autres pays. Ce retard a engagé beaucoup de recherches en sciences humaines.

Aujourd'hui, la subsistance de plusieurs logiques pouvant paraître paradoxales entraîne divers questionnements. Beaucoup de recherches se focalisent sur l'aspect juridique de ce nouveau moyen de réguler tant par rapport à la volonté d'effacement de la logique prohibitionniste que par l'expansion de celle de la réduction des risques. Cependant, si l'utilisateur de drogue est passé d'un statut de délinquant à celui de malade, qu'en est-il aujourd'hui dans le cadre d'une nouvelle logique ? Si cette politique attribue possiblement le statut d'"expert" aux usagers de drogues, par la considération des savoirs expérientiels, elle n'éradique pas entièrement, dans les faits, les statuts précédents. Nous ne pouvons pas réellement parler de passage d'une logique à une autre puisque chaque nouvelle logique ne provoque pas la disparition de la précédente. Nous voyons un phénomène plutôt d'accumulation que de substitution.

## B) Arrière-plan théorique pour une analyse des politiques publiques en matière de drogues

Analyser les processus liés à l'usage de drogue, de près ou de loin, peut être considéré comme un étude complexe. Les drogues sont marquées par des phénomènes de contradiction et de confusion. De ce constat, « *explorer la question des drogues amène ainsi le sociologue à interroger les usages traditionnels de termes tels que la liberté et l'enfermement, le plaisir et la contrainte, le permis et l'interdit* » (Jaufret-Roustide, 2009, p. 110).

Dans cette étude, nous trouverons plusieurs utilisations de références et d'écoles sociologiques. Si nous nous restreignons à un domaine d'étude, celle de l'addiction, les méthodologies et ancrages théoriques seront pluriels, dus à une démarche hypothético-déductive. Le terrain nous mènera vers de nouvelles lectures et théories. Nous utiliserons ainsi des références classiques et contemporaines qui nous permettront d'appréhender ces processus

sociaux. L'objectif de rigueur sociologique n'en est pas, pour autant, écarté. Nous espérons justement que cette variabilité permettra d'analyser au mieux l'objet. Si notre étude repose sur une base théorique importante, nous ne mettrons pas de côté, bien au contraire, l'exigence empirique de la sociologie. En cela, nous allons justifier l'ensemble des théories utilisées ainsi que la méthodologie. Nous ne prétendons pas que cette recherche permettra la découverte de l'ensemble de la thématique abordée mais nous espérons contribuer à l'évolution des connaissances sociologiques.

Interroger le thème de la responsabilisation dans l'interventionnisme social auprès des consommateurs de drogues sur l'ensemble de ses aspects n'a pas pour objectif l'exhaustivité. L'étude entreprise explore des pistes d'hypothèses qui pourront être étayées par d'autres travaux à venir. Nous tâcherons davantage d'apporter une contribution au débat public et de comprendre les différentes facettes de ce nouveau mode de régulation. Cette partie sera consacrée à notre programme de recherche. Celui-ci présentera la structure théorique qui orientera notre contribution. Cet arrière-plan théorique mettra en exergue, de manière synthétique, certaines théories existantes appliquées à notre thématique et justifiera également nos choix d'approches. Les concepts et notions de notre étude seront perçus ultérieurement au sein de notre partie théorique afin de développer une analyse précise de ces derniers qui sont les piliers de cette recherche.

Nous pouvons mettre en lumière deux objectifs fondamentaux : l'analyse des politiques publiques, de leur mise en place aux objectifs démontrés, et l'analyse de la réception de ces dernières, en partant de l'individu, pour percevoir les effets attendus et inattendus, dissimulés ou révélés. Ce travail traite davantage des conceptions, des manières de raisonner et des modèles de réduction des risques que des pratiques elles-mêmes. Elle ne vise pas non plus les résultats en tant que tels mais cherche à comprendre les nouvelles gestions de ce problème social et sanitaire. Nous souhaitons mettre en lumière les enjeux de ce nouveau mode de régulation et leurs effets sur les individus. Cette politique s'intéresse à l'ensemble des drogues, légales ou illégales. En effet, cette propriété juridique entraîne des enjeux possiblement différents et, en cela, nous allons restreindre nos propos à celles illégales<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Dans notre étude théorique, nous avancerons certains cas pratiques concernant des drogues licites pour éclairer, sans trop entrer dans les détails, ces différences d'enjeux. Lorsque nous parlerons de cannabis, nous mettrons de côté son aspect thérapeutique sauf lorsque celui-ci sera précisé.

Le travail est structuré autour de plusieurs ancrages théoriques. Nous empruntons des aspects au courant de la sociologie de l'interactionnisme symbolique pour une approche systémique de plusieurs "vérités". Nous recourrons également à l'anthropologie, sensible aux manières dont les usagers de drogues modèlent les politiques malgré les contraintes extérieures, et nous nous préoccupons de l'environnement immédiat et historique. Le dernier ancrage concerne la sociologie compréhensive et morale.

Cette perspective n'a pas pour but de s'ancrer dans une sociologie critique puisqu'elle ne sera pas à la fois « *explicative, normative et pratique* » (Bohmann, 1996, p. 190). Ce sont les trois visées de cette sociologie. Toutefois, dans cette recherche, nous allons nous cantonner à la première des tâches, celle de l'identification du réel social, de sa description ainsi que de son explication<sup>10</sup>. Nous n'irons donc pas vers les tâches suivantes que sont l'évaluation et la transformation. En ce sens, cette approche se rallie à la sociologie cognitive telle que la décrite Raymond Boudon. Si cette étude n'entre pas dans cette perspective théorique, elle reste la pratique d'une critique sociale sans pour autant s'inscrire dans une doctrine relativiste.

Cette perspective aura pour objectif de nous apporter des clés de compréhension autour de la gestion d'un problème social et sanitaire que représente la consommation de drogues. Nous souhaitons mettre en lumière l'ensemble des conflits inhérents au traitement de cette problématique afin d'apporter notre contribution à un débat en perpétuel déplacement : « *La description du sens commun est une stratégie intellectuelle pour faire voir le social à partir de l'individu tout en intégrant le fait que l'individu est un produit social. Elle sert à marquer le caractère entièrement social de l'individualisme en l'analysant comme un processus parfaitement impersonnel, un mode de subjectivation et non un retour au sujet ; "un peu de côté, mais non à côté ; la distance critique se mesure en centimètre"* » (Ehrenberg, 1991, p. 22). Pour autant, nous n'entrerons pas dans une approche individualisante radicale qui nie les déterminants externes à l'individu comme technique d'influence. D'un autre côté, nous ne rejetterons pas complètement « *la part des traits structurels ou contextuels d'une société dans le développement de telle ou telle sorte de pratique : on considérera par exemple que l'offre légale ou illégale de produits psycho-actifs [...] qui se développent dans une société donnée sont des éléments à la fois contingents et structurels susceptibles de favoriser l'orientation dans*

---

<sup>10</sup> Ce choix n'est pas limitatif et sera expliqué plus précisément dans la partie sur la méthodologie.

*un sens ou un autre de certaines dispositions organiques et capacités réflexives* » (Pharo, 2007, p. 123).

Nous ne nous inscrirons pas dans l'explication de la querelle épistémologique ancienne entre le holisme durkheimien et l'individualisme méthodologique wébérien. Ce débat, déjà présent chez les précurseurs de la sociologie, s'appuie sur deux visions d'apparences paradoxales. La première examine les structures sociales qui contraindraient les logiques d'action des individus, sorte de prééminence de la structure. La seconde s'engage dans l'observation des individus pour comprendre ces structures.

Centrée sur le sujet autonome, « *la sociologie, elle aussi, ne peut procéder que des actions d'un, de quelques, ou de plusieurs individus séparés. C'est pourquoi elle doit adopter des méthodes strictement individualistes* » (Boudon et Bourricaud, 1994, p. 1). D'un autre côté, Georg Simmel a montré, par sa sociologie relationnelle, que « *les individus ne sont nullement les éléments derniers, les atomes du monde humain [...] En tant qu'elle se réalise progressivement, la société signifie toujours que les individus sont liés par des déterminations et des influences éprouvées réciproquement* » (Degenne et Forsé, in Berthelot, sous la dir. de, 2000, p. 221). Pourtant ancré dans un individualisme méthodologique, Raymond Boudon disait que « *le sociologue [devrait accorder] une attention constante à la complexité du jeu entre l'autonomie des agents et les contraintes des structures* » (Boudon, 1979, p. 296). Cependant, à travers les étapes<sup>11</sup> parcourues par la sociologie, le rapport antagoniste entre les deux s'est dissout. Le sujet fonderait la structure qui, réciproquement, instituerait le sujet.

Cette distinction, à la fois épistémologique et idéologique, ne sera pas expliquée dans son historicité mais davantage avec un objectif de mise en lumière de notre point de vue théorique : « *Il ne suffit plus aux sciences humaines contemporaines de répéter plus ou moins gauchement que l'humain est déterminé et déterminant, il faut maintenant tirer toutes les conséquences de cette importante conclusion. Et l'on ne peut le faire qu'en faisant de l'humain lui-même le lieu de la dialectique* » (Laflamme, 1995, p. 143). Certains auteurs, comme Simon Laflamme, se passent de l'acteur dans leurs analyses. D'un autre côté, cet effacement partiel de

---

<sup>11</sup> Nous pouvons donner l'exemple de l'interactionnisme symbolique d'Herbert Mead ou de l'analyse stratégique de Michel Crozier comme étapes ayant permis l'évolution de ce débat et la quête de la construction du social dans l'interaction entre l'acteur et le système.

l'individu ne permettrait pas la compréhension des phénomènes sociaux. Cette approche ôterait l'acteur pour une meilleure analyse de la situation.

Edgard Morin a écrit que « *notre monde est enfermé dans notre esprit/cerveau, lequel est enfermé dans notre être, lequel est enfermé dans notre monde* » (Morin, 2013, p. 214). Notre choix est de ne pas considérer l'un ou l'autre des points de vue précédents. Nous ne donnerons ni la primauté à la relation ni à celle de l'individu puisque « *il n'y a pas relation entre deux entités préexistantes et objectivement séparées, l'être et le monde, mais unité principielle entre l'être et le monde, chacun n'ayant de sens, d'existence, que par l'autre* » (Vautier, 2008, p. 98). Notre étude oscillera entre ces perspectives. Toutefois, ce travail pourrait être scindé entre ces deux méthodologies : holiste et individualiste. Par notre approche en entonnoir, nous pourrions qualifier notre première démarche théorique de holiste par rapport tant aux méthodes utilisées, aux représentations choisies qu'à nos objectifs (cf. Tableau n° 1 : Caractéristiques des perspectives méthodologiques holistes et individualistes). Cela n'a pas empêché notre travail de glisser vers une autre démarche, celle de l'individualisme méthodologique. Ce cheminement a induit une attention particulière à la prise en compte des difficultés et risques que ces théories peuvent amener. Notre utilisation de l'individualisme méthodologique a probablement été plus abondante, ce qui n'a pas apporté une dévaluation du rôle de l'interaction sociale et des effets contextuels qui, par ailleurs, influencent les conduites individuelles.

Notre démarche est ensuite constructiviste. Elle part du principe que la réalité et les phénomènes sociaux sont construits par les acteurs. Cet ancrage aura pour objectif de décrire les institutions et actions ainsi que la manière dont elles sont construites. Cette réalité reste attachée à une approche par l'individu, qui est subjectivée, et qui le transforme. Cependant, ce point de vue sera relativisé par le paradigme anthropologique qui permettra d'éviter les pièges constructivistes que serait le rejet d'acteurs ou d'objets externes dans cette construction.

Pour éviter la prééminence de notre discours sur l'ensemble des interactions, nous avons choisi de nous ancrer dans une posture théorique de l'interactionnisme symbolique et du dialogisme. En nous recentrant sur les interactions entre les individus, nous pourrions entrer dans une approche systémique permettant de comprendre différentes "vérités"<sup>12</sup> inscrites dans

---

<sup>12</sup> L'interactionnisme symbolique pense les phénomènes comme explicables par plusieurs vérités selon la communauté étudiée.

un fonctionnement réticulaire. Notre objectif est de comprendre les différents objectifs de la politique de réduction des risques, qu'ils soient attendus ou inattendus, dissimulés ou révélés.

**Tableau n° 1 : Caractéristiques des perspectives méthodologiques holistes et individualistes**

|  | Sociologie wébérienne  | Sociologie durkheimienne   |
|--|--|--|
| <b>Représentation de la société</b>                    | La société peut s'étudier comme la résultante de l'action des individus  | La société peut s'étudier comme une réalité extérieure aux individus   |
| <b>Représentation de l'individu</b>                    | Acteur social intentionnel et intéressé  | Agent social qui intériorise et exprime les normes de la société   |
| <b>Objet de la sociologie</b>                          | Science de l'action  | Science des faits sociaux  |
| <b>Méthode</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compréhension et explication</li> <li>- « Reconstituer le sens visé »</li> <li>- Prise en considération de la subjectivité de l'acteur</li> <li>-</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explication</li> <li>- « Disséquer les faits »</li> <li>- Rejet de la subjectivité de l'acteur</li> </ul>               |
| <b>Modèle de référence</b>                             | Les sciences de la culture   | La science de la nature  |
| <b>Construction des instruments de la connaissance</b> | Le modèle de l'idéal-type  | L'appareil statistique   |
| <b>Objectif privilégié</b>                             | Recherche : <ul style="list-style-type: none"> <li>- De la pluralité des causes</li> <li>- Des régularités sociales</li> <li>- De l'adéquation entre une configuration historique et l'idéal-type</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de la cause (monocausalisme) et de la fonction</li> <li>- Établissement de lois sociales générales</li> </ul> |
| <b>Risques</b>   | Excès de relativisme   | Excès de déterminisme  |

Source : ÉTIENNE Jean, BLOESS Françoise, NORECK Jean-Pierre et ROUX Jean-Pierre (1997), *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Hatier, p. 68.

Pour les mettre en lumière, nous étudierons les relations entre les personnes et les symboles de ce phénomène. Dans cette perspective, nous partirons du principe que les individus peuvent jouer un rôle social qui pourrait être intériorisé. Ainsi, cette prise en compte appuie notre propos précédent montrant une volonté de s'impliquer dans une approche individualisante

mais plus circonspecte que radicale. Par cette projection, nous choisissons de considérer à la fois les cohérences cognitives intrinsèques, les volontés et choix personnels, et celles conatives extrinsèques, les volontés dominantes conscientes ou non.

« *Il est d'autant plus indispensable de développer des analyses anthropologiques de la subjectivité que l'individualisation de l'existence accompagne une transformation qui relève de la politique : la prise en charge collective des destins individuels était attribuée à des institutions et à des acteurs organisés, aujourd'hui la responsabilité de ces mêmes destins est de plus en plus reportée sur l'individu lui-même [...]. On assiste alors à une double dynamique parallèle d'extension et d'inflation de la responsabilité et de la subjectivité* » (Ehrenberg, 1996, p. 23). C'est en cela que notre étude sera instruite par le paradigme anthropologique. Il est important de ne pas réduire notre analyse à la psychologisation des rapports ; nous appréhenderons davantage le phénomène comme un processus historique. Nous prendrons en compte, dans la formation d'une politique et de ses objectifs, en plus de l'ensemble des interactions, l'environnement dans lequel elle se met en place. Cette optique nous permettra d'explorer les pratiques qui font cette politique et les représentations et objectifs impliqués. Ce paradigme implique de la prendre comme inscrite dans l'histoire et comme l'aboutissement de la participation des individus, des groupes ainsi que de l'environnement. Ces derniers sont des objets<sup>13</sup> qui possèdent des effets sur le déroulement de l'action.

Nous traiterons également cette problématique dans le paradigme de la sociologie compréhensive<sup>14</sup>. Associée traditionnellement à Max Weber, nous inscrirons cette étude dans une logique compréhensive, par opposition à celle explicative associée à Pierre Bourdieu, et ainsi éviter d'entrer dans un principe tautologique. Nous n'arrêterons pas notre interrogation au rapport dominant/dominé pour nous consacrer davantage à la compréhension des logiques des acteurs et à la signification expérientielle qu'ils en donnent. Nous chercherons à comprendre l'activité sociale, qu'est la mise en place de la politique de réduction des risques, par interprétation pour donner une explication causale du développement et des effets de cette dernière sur la population ciblée. En référence à l'ouvrage de Max Weber, *L'Éthique*

---

<sup>13</sup> L'objet peut correspondre à l'ensemble des acteurs et objets entrant dans l'interaction : ceux-ci peuvent être du matériel de réduction des méfaits, l'aménagement du lieu, le professionnel, un intervenant extérieur, une porte opaque, etc.

<sup>14</sup> Elle se rapprochera d'une sociologie phénoménologique prenant en compte l'expérience intersubjective comme significative d'une compréhension de l'action sociale.

*protestante et l'esprit du capitalisme*, nous établirons un lien entre le développement de la politique de réduction des risques et la croissance d'un modèle néolibéral prônant la responsabilisation. Le modèle néolibéral aurait permis le développement d'un nouveau mode de régulation des drogues. Toutefois, nous ne resterons pas sur cette seule et unique explication du phénomène.

Max Weber constate une « *affinité élective* »<sup>15</sup> traduite par l'existence de circonstances favorables pour le modèle néolibéral qui engendre cette politique. Toutefois, il ne s'agit pas « *d'une cause suffisante et nécessaire* » (Delas et Milly, 2015, p. 165). L'intérêt de ce paradigme est de se concentrer sur le sens que les individus et les organisations donnent à leurs pratiques ainsi que sur leurs représentations. Nous chercherons à comprendre les raisons de ces dires tout en acceptant le sens qu'ils en donnent. Ce paradigme nous permettra de comprendre les comportements, les réalités vécues et les représentations liées par les acteurs eux-mêmes. La sociologie compréhensive dans le travail autour de deux terrains, que seront Göttingen et La Rochelle<sup>16</sup>, nous aidera à explorer des pistes pour comprendre un ensemble plus vaste. S'ils ne représentent sûrement pas l'ensemble des autres terrains et qu'ils ont chacun leurs singularités, cela donnera la possibilité d'éclaircir plusieurs autres cas pratiques et donnera lieu à une compréhension plus générale. Cette sociologie favoriserait une réponse à l'une des interrogations essentielles de cette discipline : celle de l'objectivité. Le discours autour de ce phénomène est rempli d'émotions, et les positionnements personnels sont difficiles à mettre de côté. Produire un discours objectivé sur les drogues n'est pas évident<sup>17</sup>, mais « *il n'existe pas, en effet, de discours de vérité sur les drogues, ni clinique, ni biologique, ni politique, ni sociologique, mais seulement des éléments de connaissance pratique et théorique qui nous permettent de penser les drogues comme un objet de recherche* » (Jaufret-Roustide, 2009, p. 110). Nous n'entrerons pas dans une sociologie normative mais nous tenterons de comprendre le fonctionnement de ce phénomène plutôt que de vouloir sa transformation. L'approche

---

<sup>15</sup> WEBER Max (1964), *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, trad. fr., Paris, Plon (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1904-1905).

<sup>16</sup> Nous préciserons ces choix dans la partie sur la sélection des terrains d'enquête.

<sup>17</sup> Pour aller plus loin sur l'objectivité et la neutralité axiologique du chercheur en sciences humaines, voir SCHAFF Adam (1966), « De la vérité objective en sociologie », *L'Homme et la société*, vol. 2, n° 1, février, pp. 41-48 ; PINTO Louis (2011), « "Neutralité axiologique", science et engagement. Une lettre de Pierre Bourdieu », *Savoir/Agir*, vol. 16, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 109-113 ; DARRE Jean-Pierre (2014), *Parcours d'un sociologue. Objectivité et parti-pris*, Paris, L'Harmattan.

compréhensive est une option permettant de ne pas avoir une perspective extérieure du fait social.

Pour aller encore plus loin dans ce paradigme, nous emprunterons également certains aspects à la sociologie morale. Celle-ci prend en compte les idées morales et philosophiques des individus gravitant autour de notre thème de recherche. Les propos recueillis ne seront pas uniquement des objets d'étude mais des contributions à partir d'expériences individuelles. Ces dernières seront confrontées à l'ensemble des autres propos, qu'ils soient professionnels ou non. Nous traiterons ces contributions pour comprendre les sens, les effets et les motivations concernant ces pratiques de réduction des risques. Patrick Pharo a utilisé ce paradigme au regard de multiples travaux prenant la thématique à travers la question de la rationalité au détriment de celle des sentiments. Si l'auteur avait choisi l'angle du plaisir comme acte de motivation pour la mise en place d'une action, nous allons, par translation, utiliser l'envie comme explication à la montée des actions de réduction des risques. Ce paradigme propose « *une démarche polyphonique sur le plan objectif et normatif, qui ne revendique pas plus de légitimité ou d'éthique que la plupart des témoins ou des travaux scientifiques que je cite, mais qui n'exclut pas une conception personnelle de l'éthique et de la philosophie. Je me sers en effet de mes propres conceptions pour essayer de clarifier ou systématiser les réflexions que je recueille, mais je m'interdis de les soumettre à une batterie de tests normatifs dont je serais juge – ce qui est une forme de retenue normative, mais pas de neutralité axiologique* » (Pharo, 2014, p. 11).

Ce travail emprunte plusieurs ancrages théoriques qui nous permettront de mettre en lumière différentes vérités au sujet des objectifs et effets de la politique des risques sur les individus. En partant des individus et de leurs interactions, nous essaierons de comprendre le sens qu'ils donnent à leurs pratiques et aux actions de cette politique. Toutefois, notre recherche se base sur deux terrains situés dans des pays différents : l'Allemagne et la France. Si, dans l'application, les politiques publiques dans le domaine de l'addiction sont élaborées et construites uniquement à une échelle nationale ou plus locale, le phénomène de la drogue, lui, possède une dimension internationale. Notre étude sera comparative<sup>18</sup> et pourrait autoriser une certaine généralisation.

---

<sup>18</sup> Cette méthode sera expliquée plus précisément, de son choix à sa mise en application, dans une partie suivante.

## C) Hypothèses de recherche

L'attention de cette recherche se porte sur les objectifs éventuellement paradoxaux de la politique de réduction des risques dans deux villes que sont La Rochelle et Göttingen. Il s'agit de montrer, à partir du constat que cette politique n'est pas le seul modèle de régulation des drogues présent dans ces pays, si cette politique reste inscrite dans ces fondements, et s'il apparaît d'autres objectifs, inattendus ou dissimulés, qui pourraient les desservir.

La politique de réduction des risques s'inscrit dans un nouveau paradigme permettant aux usagers de devenir acteurs de leurs démarches de soin. Si ces apparitions officieuses se ralliaient à ces fondements, il est possible que celles-ci soient détournées au profit d'objectifs antagonistes. L'hypothèse principale sur laquelle repose ce travail s'appuie justement sur ce raisonnement. Dans le domaine de la santé, et plus spécifiquement dans celui de l'addiction, nous pourrions constater deux tendances dans ce nouvel interventionnisme et ses enjeux : l'une s'attacherait à la consolidation des processus de contrôle et de normalisation contemporains dans une démarche *top-down*, et l'autre à l'objectif d'émancipation dans une démarche *bottom-up*. De ce constat, nous supposons que cette politique possède plusieurs enjeux et cibles, façonnés par des variables qui se rapportent au contexte, aux représentations, aux politiques de la ville et à d'autres éléments externes. Dans cette perspective, nous entrons dans une démarche hypothético-déductive<sup>19</sup> dans le sens où l'hypothèse principale, et celles spécifiques, ont été développées à partir d'un corpus bibliographique ainsi que des premières observations pratiques. Cette démarche forme une base de travail et une mise à l'épreuve de ces hypothèses sur le terrain. Nos hypothèses spécifiques ont été classées à partir des axes de recherche suivants : la réduction des risques entre responsabilisation et émancipation ; des variables contextuelles, démographiques et sociales ; une modulation par représentation ; des vulnérabilités diversiformes ; la politique et l'implantation de la réduction des risques.

### *La réduction des risques : entre responsabilisation et émancipation*

La politique de réduction des risques est un paradigme allant plus loin que la seule réduction des risques de maladies, d'insécurité et de tranquillité. Elle est perçue, depuis son apparition

---

<sup>19</sup> La séparation des démarches inductives, déductives ou hypothético-déductives est plus floue en pratique qu'en théorie. Le chercheur procède souvent par essais/erreurs, ce qui entraîne régulièrement des croisements entre ces démarches.

officieuse, comme un nouveau modèle qui transforme les rapports entre l'usager de drogues, les travailleurs sociaux et les politiques publiques. Elle n'a pas pour enjeu de percevoir ces usagers comme des délinquants ou des malades thérapeutiques. Elle joue un rôle important dans la transformation d'un problème sanitaire et sécuritaire, la drogue, en un problème social.

Nous supposons que cette dernière peut revêtir un enjeu de responsabilisation des individus. Elle pourrait avoir pour but de rendre les usagers de drogues responsables de leur trajectoire et ainsi leur demander, par cette responsabilisation, d'entrer dans une certaine normativité sociale. La responsabilisation est perçue, dans ce contexte, comme un phénomène de la démarche *top down* qui, par injonction moderne, c'est-à-dire par intériorisation de responsabilité consciente ou inconsciente, veut instaurer des normes de comportements en lien avec l'acceptabilité sociale. Elle aurait pour objectif final l'abstinence. La politique de réduction des risques se doterait de ce caractère responsabilisant par la coexistence de plusieurs modèles : prohibitionniste et thérapeutique. Ces deux paradigmes ont été socialement acceptés dans leur ensemble, contrairement à certains aspects de celui de la réduction des risques. Ces acceptations leurs ont permis de s'ancrer dans le système actuel. C'est cette volonté d'institutionnalisation et d'officialisation de la politique de réduction des risques qui l'entraîne à des dérives responsabilisantes. Nous parlons de dérives, non pas par jugement négatif, mais parce que ce caractère est opposé aux valeurs originelles, l'objectif de la réduction des risques souhaitant faire accepter l'usager comme l'acteur de son changement dans une démarche *bottom-up*. En partant de cette hypothèse que la réduction des risques introduit des techniques de responsabilisation en son sein, cette politique perdrait ses enjeux originels.

#### *Des variables contextuelles, démographiques et sociales*

Nous partons de l'hypothèse que cette volonté responsabilisatrice n'est pas, par les fondements mêmes de la réduction des risques, la seule et unique voie qu'elle peut emprunter. Nous supposons que ses enjeux diffèrent selon l'acteur qui l'utilise. La responsabilisation, étant un terme controversé, peut être comprise de manière différente selon l'acteur de terrain. Cette manière différente de comprendre un tel vocable peut être liée à la source de ces acteurs, au domaine professionnel ou encore aux représentations personnelles. La responsabilisation pourrait, par exemple, être perçue différemment si les acteurs ont pour public le milieu festif ou le milieu précaire. Les savoirs récoltés, les expériences de terrain pourraient être des variables de la compréhension de la réduction des risques. Cette hypothèse peut être illustrée plus

largement par une autre qui concerne trois catégories d'acteurs : les professionnels du milieu médical, les mairies ou la police, et les travailleurs sociaux. La politique de réduction des risques se traduirait, pour les professionnels de santé, par la maladie ; pour les mairies et la police, par la tranquillité publique ; pour les travailleurs sociaux, par l'accompagnement. Ces traductions se baseraient sur une typologie de l'insécurité : l'insécurité pour soi, pour les autres et pour l'environnement. Les professionnels de santé resteraient dans un schéma thérapeutique prenant l'utilisateur comme une personne malade à qui il faudrait administrer un traitement médicamenteux. La réduction des risques aurait pour but de diminuer les risques sanitaires de l'utilisateur de drogue.

Cette volonté du risque zéro amène une nouvelle question. L'épidémiologie pense qu'une accumulation de facteurs chez un individu peut alerter sur des problématiques. En effet, la santé prime sur le reste des champs. Le modèle sanitaire est dominé par le registre biomédical en étant axé quasi exclusivement sur la rédemption médicamenteuse. En se focalisant sur les risques infectieux, la stratégie tend à mettre de côté l'environnement social. En France, à l'inverse des pays anglo-saxons, le discours médical et institutionnel est le point d'assise du domaine ; par exemple, les centres français sont dits, le plus souvent, "médico-psychopédagogiques" et, dans les pays anglo-saxons, "psycho-médicaux-socio".

Au-delà de l'aspect social apparaissant davantage dans les dénominations, en France, ce sont les médecins qui sont directeurs tandis que, dans l'autre cas, les éducateurs et psychologues ont cette charge. C'est donc le médical face au social. Les mairies et la police s'en tiendraient à l'image de la ville et considèreraient les usagers comme une menace à la sécurité publique. En ce sens, contrairement au milieu médical, cela réduirait les risques sanitaires et sécuritaires, liés aux consommations, pour les citoyens (autres que les usagers de drogues). Les travailleurs sociaux, quant à eux, traduiraient la réduction des risques conformément à ces valeurs et origines. Toutefois, ce nouveau paradigme apporterait des changements dans les pratiques professionnelles, suscitant quelques réticences.

### *Une modulation par représentation*

Nous supposons que les représentations des acteurs et, plus largement, de la société dans laquelle ils s'inscrivent, sont des variables à la compréhension et à la mise en application de la politique de réduction des risques. Ainsi, notre première hypothèse est que la responsabilisation peut être un enjeu de cette politique selon la société, la culture, le pays, ou à plus petite échelle,

dans lequel l'utilisateur et les acteurs s'inscrivent. Les politiques de la ville modèleraient celles de la réduction des risques, leurs effets et leurs objectifs différeraient selon ces environnements.

Lorsque les représentations sociales des usagers de drogues restent cloisonnées à la figure du délinquant, les politiques de réduction revêtiraient des objectifs de responsabilisation tandis que, lorsque l'utilisateur est perçu comme malade, elles tendraient vers ces enjeux originels. Mais, lorsqu'il est perçu comme malade, la mise en application de cette politique peut se traduire par une volonté responsabilisante. L'aspect médical d'une structure serait un frein à la démarche émancipatrice incarnée par cette politique.

Pour préciser cette hypothèse, nous pouvons prendre un exemple pragmatique français : les CSAPA, structure fondamentalement médicale, et les CAARUD, structure fondamentalement sociale. Si ces fondements n'empêchaient pas les CSAPA de tendre vers une démarche sociale et, réciproquement, les CAARUD vers une démarche médicale, ces derniers modèleraient les objectifs de cette politique. Les CSAPA auraient tendance à appliquer une réduction des risques responsabilisante, tandis que les CAARUD une réduction des risques émancipatrice. Ainsi, les aspects législatifs et médicaux seraient des freins au caractère émancipateur de la réduction des risques.

Nous supposons qu'il y aurait une échelle de représentation et d'acceptation qui mènerait vers la politique de réduction, sorte de parcours de la tolérance<sup>20</sup> ; elle débiterait d'un usager délinquant vers un usager acteur en passant par l'utilisateur malade. Ainsi, cette échelle serait un passage obligatoire pour son institutionnalisation. Cette dernière aurait été présente pour les deux modèles que sont la prohibition et la thérapeutisation. Elle débiterait par des stratégies avec un degré d'acceptabilité fort, qui serait d'ailleurs un temps d'adaptation pour l'ensemble de la société, dont les professionnels et les usagers, pour aller vers des stratégies avec un degré d'acceptabilité sociétale faible. Le degré d'acceptabilité fort correspondrait aux techniques de responsabilisation des usagers tandis que le faible renverrait à celles d'émancipation. Lorsqu'une structure appliquant la réduction des risques aurait des fondements "militantistes", cette échelle serait inversée ou resterait au degré correspondant à

---

<sup>20</sup> Ce passage peut être comparé à celui de la toxicomanie anomique (une réponse à des conditions sociales défavorables) à celle endémique (festive et récréative) : le seuil de tolérance est différent selon le stade dans lequel se trouve l'utilisateur.

l'émancipation. La tension entre la tolérance et la présence de l'insécurité entraîne d'ailleurs un débat sur la légalisation.

Pour que cette politique reste en accord avec ses enjeux fondamentaux, il faudrait qu'elle soit perçue comme un nouveau paradigme et non comme une troisième voie possible.

### *Des vulnérabilités diversiformes, des réceptions plurielles*

Les représentations des usagers et du rapport au produit changent. L'utilisateur peut être perçu comme autonome et contrôler sa consommation. Il faudrait stimuler ses capacités d'autonomie et celles d'agir sur lui-même pour un usage contrôlé. Néanmoins, le débat se focalise encore sur les représentations sociales, entre tolérance et stéréotypes traditionnels. Nous remarquons une accélération d'une tension entre tolérance et illégalité mais elle ne débouche pas encore sur un réel débat public. Les représentations de la drogue entre les acteurs sont l'objet de fortes tensions. Les évolutions de la politique publique sont imposées par l'État et, dans l'urgence, représentent une méthode expérimentale qui entraîne des incompréhensions sur les modes d'action et l'ancrage idéologique. Les représentations de la drogue se polarisent entre l'acceptabilité et le rejet. À l'intolérance du public répond la tolérance, non exprimée, des politiques publiques par le constat de l'échec de la répression sur les consommateurs. Ces politiques modifient les représentations sociales de la drogue et les pluralisent.

Les réceptions de la politique de réduction des risques peuvent différer selon l'utilisateur. La durée de consommation, la quantité, la situation sociale, le degré de motivation ou encore le soutien familial ou par les pairs sont des facteurs jouant dans le processus de rétablissement<sup>21</sup>.

Nous ne cherchons pas à lister les facteurs qui influencent ce processus mais davantage ceux qui agissent sur l'appréhension des politiques de réduction des risques. Le caractère responsabilisant de la réduction des risques n'est pas forcément vécu dans les faits comme un contrôle sur l'interventionnisme par l'utilisateur selon le degré de vulnérabilité et les expériences individuelles. Les situations de chacun modifient la compréhension de cette injonction et, pour certains, l'acceptation peut être inconsciente. D'autres, toujours liés aux facteurs révélés

---

<sup>21</sup> Nous utilisons le terme « *rétablissement* » sous la forme subjectivée, c'est-à-dire le rétablissement que l'utilisateur souhaite et qui peut prendre différentes formes : l'abstinence, la réduction de la consommation, l'arrêt d'une substance lors de polyconsommations, etc. Ce rétablissement correspond au bien-être personnel de l'individu.

précédemment, contournent cette injonction en s'inscrivant dans une démarche d'*empowerment*<sup>22</sup>.

Dans une autre perspective, nous supposons que la politique de réduction des risques, dans son sens originel, est plus utilisée auprès des usagers précaires. Le domaine médical a du mal à atteindre cette population très précaire qui est souvent en désaccord avec ce système, suite à des expériences négatives. En ce sens, la volonté responsabilisatrice, plus présente dans une réduction des risques médicaux, toucherait davantage les usagers les plus enclins à se mobiliser car moins précaires. Les stratégies médicales sont davantage prises au sérieux par rapport à celles sociales dans cette thématique. Ainsi, la politique de réduction, lorsqu'elle incarne la responsabilisation, est également plus estimée. Lorsqu'elle conserve ses objectifs fondamentaux, elle serait plus ignorée et mise de côté du point de vue de l'efficacité, en plus d'être moins financée.

En outre, selon les objectifs des usagers de drogues, cette politique serait perçue différemment. L'utilisateur peut être motivé par des objectifs bien différents : l'abstinence, la réduction de la consommation, l'arrêt d'une substance lors de polyconsommations ou, tout simplement, l'amélioration de la consommation dans son aspect sanitaire (par exemple, des conseils sur les gestes, le matériel et l'hygiène). Nous posons l'hypothèse que les cibles visées sont des variables dans la représentation de la réduction des risques. Un usager souhaitant l'abstinence aurait peu d'estime pour cette politique et pourrait même penser que cette dernière est une stratégie laxiste et incitatrice. Tandis que celui qui aurait le souhait d'améliorer ses gestes serait, à l'inverse, contre l'aspect médical dans le domaine de l'addiction et pour le développement des stratégies de réduction. La situation de l'individu pourrait nuancer ce caractère dichotomique : la continuité de fréquentation de personnes usagères de drogues, la situation sociale et économique, les représentations et croyances et d'autres.

### *La politique et l'implantation de la réduction des risques*

Le contexte politique, religieux, démographique ou encore social entraînerait une variabilité des enjeux. Cette hypothèse part des pratiques fédérales allemandes ; il y a une différence de

---

<sup>22</sup> Ces degrés de compréhension de la politique ainsi que des réactions individuelles ne seront pas faciles à analyser. Pour cela, nous nous servirons du parcours biographique de l'individu afin d'apercevoir les stratégies individuelles mises en place face aux défis qu'a apportés la démarche de soin. Cela nous permettra de mettre en exergue des tendances générales selon les parcours de santé.

traitement entre les *Länder* qui est à nuancer selon les contextes précédemment évoqués. Les États conservateurs seraient moins enclins à la mise en place d'un modèle de réduction des risques. Une entrée responsabilisante de cette dernière pourrait être envisageable et serait la clé de l'implantation d'un tel modèle sur des territoires réticents.

Si cette politique est modifiée sur des micro-échelles, nous pouvons nous poser la question de la régionalisation française. Cette tendance actuelle, se rapprochant de cette fédéralisation allemande, aura-t-elle des effets sur la politique de réduction des risques ? Engendrera-t-elle des politiques différentes selon les territoires ? À partir du constat que la politique de réduction des risques reste encore controversée et diverse selon les contextes, les besoins et les volontés, il serait plus simple de débiter cette politique sur des micro-échelles.

Cette étude a pour objectif de répondre aux interrogations suivantes classées par thématiques :

#### Les objectifs généraux de la politique de réduction des risques

1. La responsabilisation est-elle un des objectifs des interventions envers les usagers de drogues ?
2. Quels sont les objectifs de la politique de réduction des risques aujourd'hui ?
3. Cette politique prend-elle des formes différentes selon les acteurs et les contextes d'application ?
4. N'est-elle pas, par rapport à ses fondamentaux, suspendue et restreinte à ses pratiques actuelles ?
5. Cette politique est-elle une troisième voie au côté de celles thérapeutiques et prohibitionnistes ou une nouvelle manière d'intervenir et de considérer les usagers ?
6. Les stratégies déployées ne sont-elles pas des moyens de normativité sociale ayant toujours pour objectif l'éradication des drogues ?

#### Différentes compréhensions et intentions

7. L'application actuelle de la politique de réduction des risques n'est-elle qu'un moyen d'apaiser les tensions entre les volontés émancipatrices et prohibitionnistes ?

8. Les actions actuelles entrant dans le paradigme de la réduction des risques n'ont-elles pas pour cible la protection des citoyens plutôt que celle des usagers de drogues ?
9. L'essor de cette politique est-il lié à celui d'un modèle néolibéral ? En cela, n'y a-t-il pas des désaccords dans l'application de ces stratégies ?

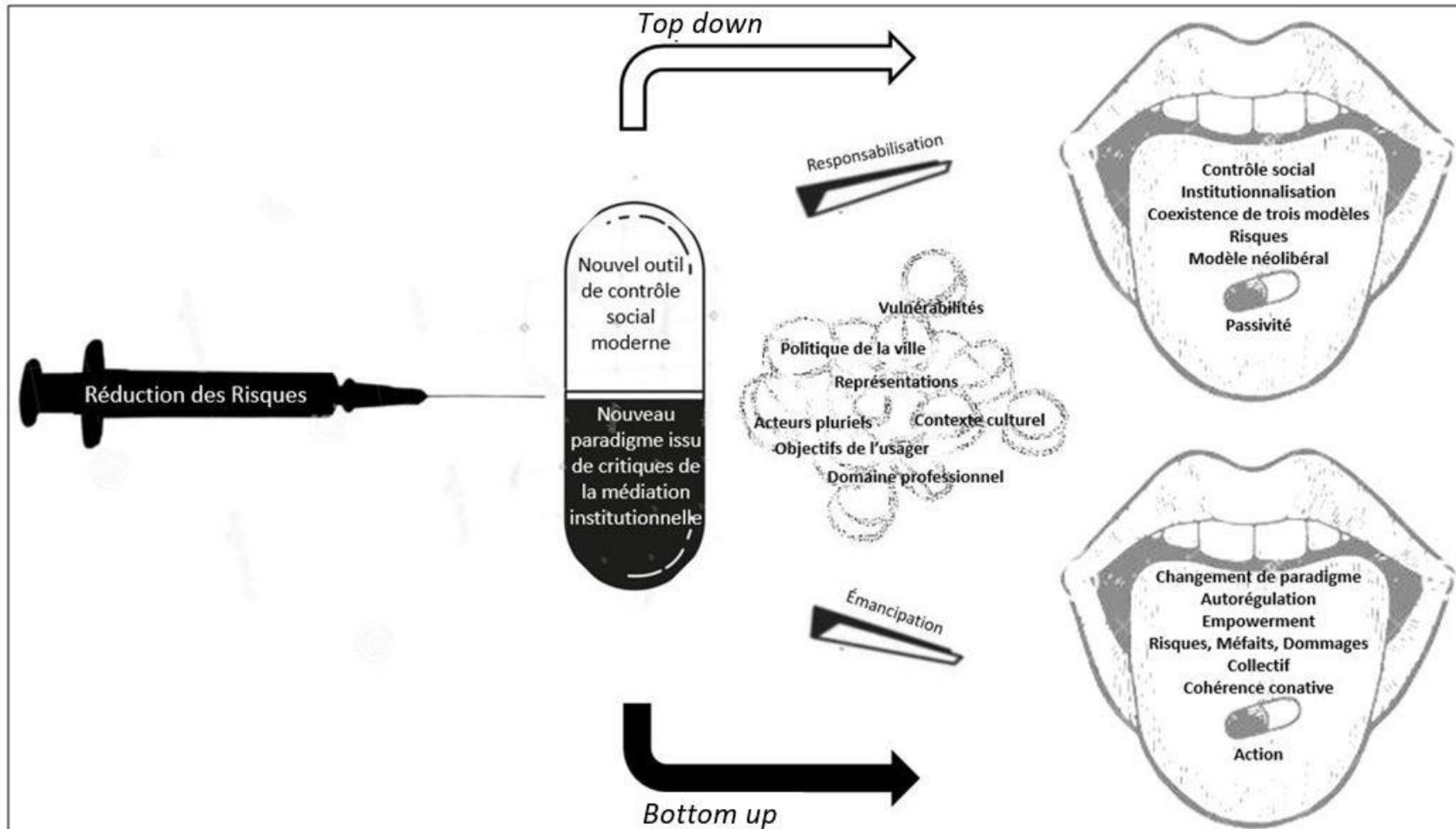
#### Nouveau contrôle social

10. Les objectifs de responsabilisation ont-ils pour vocation l'émancipation des usagers ou est-ce un moyen de contrôle contemporain ?
11. La responsabilisation et l'autonomisation ne sont-elles pas de nouvelles conduites utopiques d'autorégulation dissimulant une volonté de contrôle social ?
12. Ces nouvelles conduites proviennent-elles de volontés liberticides par rapport au caractère prescriptif de celles-ci ou de volontés libératrices dans le cadre d'une approche ascendante ?

#### Comparaison entre les pays étudiés

13. Pourquoi ces stratégies se développent-elles davantage en Allemagne qu'en France ?
14. Les représentations de la dangerosité et des usages de drogues sont-elles similaires dans les pays étudiés ?
15. Si ces représentations sont différentes, quelles sont les variables entraînant ces différences ?
16. Si les stratégies de réduction des risques sont plus présentes et officialisées en Allemagne, possèdent-elles la même définition et les mêmes objectifs que celles instaurées en France ?
17. Y a-t-il la présence de plusieurs logiques (thérapeutique, prohibitionniste et réduction des risques) en ce qui concerne les usages de drogues en Allemagne ? En France ? Quels en sont les degrés, ainsi que leurs effets ?
18. La religion est-elle compatible avec l'application d'une telle politique ?
19. L'institutionnalisation de la politique de réduction possède-t-elle les mêmes effets dans les pays étudiés ?

Figure n° 1 : Représentation de nos hypothèses de recherche



Source : Extraction d'un document PowerPoint, avril 2020, établi par nous-même.

## 2) Méthodologie et difficultés

La méthode conceptualise l'ensemble de la recherche du mode de construction à celui de son raisonnement. Jean-Claude Thoenig définit la méthode comme un stock « *de concepts, de théories, d'observations* » (Thoenig, 1985, p. 40) qui constitue une réelle boîte à outils. Comme pour une méthodologie spécifique à l'analyse des politiques publiques, nous souhaitons suivre le cheminement de Jean-Gustave Padioleau<sup>23</sup> avec une démarche de cueillette, pêche et chasse. La cueillette correspond à l'élaboration d'un corpus pluriel. La pêche s'ajoute à celle-ci en recherchant des documents officiels, sur les politiques des villes enquêtées. Enfin, la chasse a pour objectif de trouver des données au travers des outils comme l'observation, l'entretien ou encore le questionnaire.

L'ensemble des outils explicités ci-dessous seront tous traduits en allemand afin de développer ces méthodes sur notre terrain de comparaison. Si nous ne citons pas la traduction de ces outils lors de l'explication, cela signifie simplement qu'ils sont traduits comme tel, sans bouleversement. Inversement, nous expliquerons ces traductions lorsque l'outil engage des changements méthodologiques mineurs ou majeurs.

Cette sous-partie souhaite mettre en exergue les raisons des choix méthodologiques ainsi que leurs démonstrations pratiques. Les méthodes sont amenées de manière chronologique ; cet ordre correspond à celui de leurs utilisations dans notre étude.

Nous débuterons avec les différents types d'observation choisis selon la volonté exploratoire ou analytique. Nous continuerons avec les entretiens où nous souhaitons montrer les réels besoins que combent cette méthode.

Nous introduirons également des grilles d'entretiens pour faciliter la lecture de l'explication pratique. Dans cette même optique, nous arriverons au questionnaire. Cette méthodologie sera expliquée du stade de la réflexion à la construction jusqu'à la passation. Par la suite, nous explorerons un outil informatique qu'est le SIG (système informatique géographique). Nous verrons les besoins auxquels il répond ainsi que ses limites d'utilisation dans le cadre de notre recherche.

---

<sup>23</sup> PADIOLEAU Jean-Gustave (1982), *L'État au concret*, Paris, PUF, p. 11.

**Tableau n° 2 : Récapitulatif des méthodologies utilisées sur nos terrains d'enquête**

| Terrain<br>Méthode | France   | Allemagne   |
|--------------------|--|---|
| Entretiens         | 46 entretiens auprès de professionnels de l'addiction, de la politique publique<br>22 entretiens retranscrits auprès de consommateurs de drogues <sup>24</sup> | 14 entretiens auprès de professionnels de l'addiction, de la politique publique<br>5 entretiens retranscrits auprès de consommateurs de drogues |
| Questionnaires     | 42 questionnaires à destination des usagers de drogues   | 14 questionnaires à destination des usagers de drogues  |
| Observations       | 160 heures environ d'observations  | 40 heures d'observations  |
| Cartes mentales    | 15 cartes mentales d'habitants fréquentant les espaces de consommation de drogues<br>12 cartes mentales d'usagers des structures d'enquête                     | NC  |
| Qgis               | Création de cartes autour des savoirs spatiaux et de plusieurs cartes synthèses  | NC  |

<sup>24</sup> Ces entretiens ont été effectués auprès de personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre de l'usage de drogue (structures spécialisées ou non dans le domaine de l'addiction).

## A) Méthodes qualitatives

### A.1) Observations

L'observation reste la première ressource pour cette enquête. Elle a été la technique principale de notre entrée sur le terrain, public et privé. La difficulté principale de ce mode de recueil de données est de trouver le juste milieu entre l'empirique et le théorique. Il ne faut pas simplement apporter des données brutes ou se focaliser sur une recherche de similarités avec des théories ou des concepts. Cette méthode se démarque de la simple observation lorsqu'elle est, par exemple, sociologique. Lorsqu'elle est scientifique, elle possède des objectifs définis. En cela, elle ne doit pas être une simple description d'événements. C'est une technique de recueil de données qualitatives, qu'elles soient verbales ou non. En permettant l'explication de phénomènes au travers de comportements et de situations, elle s'engage dans la création de rapports systématiques.

La méthode d'observation présente des avantages et des inconvénients. En plus de lier l'enquêteur directement à l'objet d'étude, cela nous donne accès aux détails du phénomène. Il est important de connaître les inconvénients de cette méthode afin d'ajuster le reste de notre processus méthodologique. Elle engage une certaine subjectivité d'interprétation et peut compromettre la réalité immédiate. L'observation peut affecter la réalité et impacter les résultats de l'étude.

Il existe plusieurs types d'observations selon l'objet d'étude, le parcours méthodologique et les volontés du chercheur. Pour montrer et justifier les choix de cette méthode, nous allons entrer directement dans notre thématique de recherche. Tout d'abord, dans le cadre de notre étude, la méthode d'observation préliminaire est restée dans une démarche non structurée et non participante. Pour comprendre l'addiction au sein de nos terrains, il nous est apparu primordial de commencer par observer l'environnement extérieur des structures de réduction des risques ainsi que celles du domaine, plus large, de l'addiction et de la précarité. Après avoir listé l'ensemble de ces structures<sup>25</sup>, nous avons débuté nos observations à l'aide d'un carnet de terrain, à l'échelle micro-sociale. Celle-ci nous aidera à entrevoir les interactions et les rapports entre les usagers et les structures. Ces observations ont eu pour objectif notre

---

<sup>25</sup> Ces structures seront présentées dans les parties concernant la description de nos terrains d'enquête.

acclimatation au terrain et à notre objet d'étude, puis a permis l'émergence d'hypothèses préalables<sup>26</sup>. Nous avons fait ces observations à des horaires et jours différents afin de mettre en exergue le cadre spatio-temporel. Cette phase a duré tout le temps de la prise de contact avec les structures observées de l'extérieur. Ces observations, en plus de nous apporter des informations structurelles, ont donné lieu à l'élargissement de notre recherche bibliographique. De plus, elles ont servi à la construction de réflexions géographiques et urbaines des terrains observés.

Une fois les prises de contacts effectuées ainsi que l'accès autorisé dans les structures, notre méthode d'observation a changé. Avant les choix définitifs du type d'observation utilisé, nous avons réfléchi aux objectifs et aux besoins de notre enquête. Le choix ou non d'une observation participante ne peut être modifié une fois sa mise en application. Ainsi, nous avons pris comme base réflexive la cible de ces observations. À partir de notre problématique de départ et des hypothèses émergentes, nous souhaitions observer les usagers de drogues et les autres personnes gravitant autour de ces derniers, dont les professionnels. Ainsi, la pluralité de catégories de personnes observées nous a menée à la transformation d'observations non structurées en observations structurées. La création d'un schéma d'observation devenait un outil facilitateur qui nous permettait une classification simplifiée des données observées (tableau ci-dessous). Ce tableau nous a aidé à distinguer les faits des interprétations. Cet outil sert à la restitution des données constatées et à percevoir l'affinement du terrain et du regard. Dans le carnet de terrain, tout y est noté, même les situations pouvant sembler inintéressantes, de prime abord, par rapport à notre objet d'étude. Lors de ces observations et malgré cette grille, nous ne nous sommes pas restreinte à certaines thématiques afin de pouvoir continuer à développer notre sujet. Plus le temps sur le terrain avançait, plus nous avons réduit et affiné nos observations. Par ailleurs, celles-ci, sur le terrain allemand, sont restées à ce stade par manque de temps et par souci de compréhension fine. À Göttingen, nous nous sommes arrêtée à l'observation non participante et structurée. Celle-ci a mis en lumière d'autres hypothèses, transposables en France, et a approfondi nos connaissances sur le fonctionnement structurel allemand dans le domaine de l'addiction<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Cette émergence d'hypothèses a été mise en lumière par la méthode de l'observation mais également grâce à de nombreuses lectures préalables.

<sup>27</sup> Ces difficultés, que nous approfondirons dans une partie consacrée à ces éléments, ont été en partie dépassées par la multiplication des méthodes. Cependant, nous sommes consciente que nous n'avons pas pu réaliser la même enquête en France et en Allemagne en termes d'approfondissement.

**Tableau n° 3 : Carnet d'observation**

| Catégorie de l'individu observé  | Place de l'observateur                             | Type d'interaction  | Récit de scène observé   | Réflexions personnelles   | Notes d'analyse  |
|--|--|---|--|---|--|
| Noter la catégorie de l'acteur observé :<br>éducateur spécialisé / animateur / médecin / usager de drogues / pair-aidant / psychologues / policier / élu, etc. | Noter si nous participons à l'interaction observée | Noter le nombre de personnes en interaction et les types d'acteurs présents :<br>groupe (nombre approximatif) / petit groupe / présence de professionnel (Oui/Non ; lesquels) | Noter les éléments essentiels de la scène : les raisons et motivations de cette interaction / les thèmes principaux / les temps de paroles / | Noter les interprétations des scènes observées à partir de grilles théoriques | Noter les apports de ces scènes et Interpréter ces données par rapport aux hypothèses dans lesquelles elles s'inscrivent |

Nous avons également choisi de basculer vers une observation participante. Celle-ci consiste à faire entrer l'observateur dans l'environnement des populations étudiées. Cette méthode engage le chercheur à se faire connaître en tant que tel ainsi que ses intentions. Par rapport à l'observation non participante, la participation du chercheur permet l'approfondissement d'une simple observation. Ce placement donne la possibilité à l'observateur de poser des questions. Cette place engage le chercheur dans une autre échelle, celle micro-individuelle. L'observation, participante ou non, nous sert à entrevoir deux découpages anthropologiques : celui symbolique, de l'imaginaire et des croyances, et celui du social. À cette échelle, le premier découpage nous donne accès au sens que donnent les individus à leurs pratiques tandis que le second, social, nous aide à entrevoir les relations de pouvoir et les jeux sociaux.

Ces observations participantes ont entraîné l'ouverture à plusieurs espaces : des réunions infrastructures, des réunions partenariales, des formations dédiées aux professionnels, des réunions pour la mise en place d'action, certaines sur l'analyse de la pratique professionnelle, des participations aux actions internes et externes (aller-vers), des participations aux évaluations par les membres (professionnels et usagers), des accueils d'usagers en permanence ou encore des maraudes, véhiculées ou non. L'ensemble de ces participations a nécessité plusieurs changements de statut. Pour certaines structures, nous devions revêtir le statut de bénévole tandis que, pour d'autres, nous gardions notre statut de chercheur. Ces différents statuts dépendaient de la structure d'accueil. Ces accords et ces conditions ont été traités lors de l'autorisation d'accès avec chaque structure. Certaines prônaient le statut de chercheur pour ne pas "piéger" les usagers et montrer ouvertement les intentions de notre présence et de l'enquête. D'autres ont décidé que le statut de bénévole nous

aiderait à mieux comprendre les professionnels et à enrichir notre point de vue. Ces décisions relevaient plus d'une obligation que d'une décision personnelle. Toutefois, nous avons réussi à trouver un juste milieu en exposant notre statut de chercheur tout en participant aux différentes actions. La pluralité des formes d'observation directe a multiplié les points de vue sur l'objet en changeant la manière dont l'observateur est perçu et a, par conséquent, diversifié les données recueillies (Fournier, 1996, pp. 103-119). Cette décision ainsi que la fréquence et la durée de notre enquête de terrain nous ont permis de construire une relation de confiance, tant avec les professionnels qu'avec les usagers. Cette méthodologie, en nous aidant à la construction d'hypothèses, à l'enrichissement de nos connaissances pratiques au niveau micro-social et micro-individuel, servira à conforter ou non certaines données recueillies, qu'elles proviennent d'autres outils construits ou d'ouvrages. L'ensemble des résultats récoltés par cette méthode sera revérifié, justifié ou infirmé par le biais d'autres méthodologies.

Nous avons conscience que les différentes échelles d'analyse mettent en exergue des résultats divers. Nous décidons de multiplier nos enquêtes, nos découpages anthropologiques ainsi que nos échelles pour accéder à la compréhension des changements ou aux continuités engendrés par ces trois éléments d'étude. Nous souhaitons voir les similitudes et les points d'accroches entre les résultats de ces différentes perspectives d'analyse. Les conséquences de ces points d'ancrage sont étudiées par Dominique Desjeux. Cet auteur montre les effets du choix d'échelle sur une recherche à travers l'exemple du pouvoir. À l'échelle macro-sociale, ce pouvoir est perçu comme « *un effet de domination ou d'impérialisme* » (Desjeux, 2004, p. 7), tandis qu'à celle méso ou micro-sociale, il s'analyse comme « *une relation de pouvoir dans laquelle tous les acteurs jouent et ont des marges de manœuvre* » (*ibid.*, p. 7). À l'échelle micro-individuelle, c'est « *le jeu d'une personnalité autoritaire* » (*ibid.*, p. 7). Desjeux atteste que « *l'échelle macro sera plus apte pour saisir ce qui conditionne les comportements humains, que les échelles meso et micro feront plutôt ressortir des marges de manœuvre et que l'échelle micro-individuelle fera ressortir les calculs et la liberté de l'acteur* » (*ibid.*, p. 7).

Toutefois, ces trois échelles d'observation, utilisables dans toutes les méthodologies, forment des variantes contextuelles à superposer afin d'élucider les facteurs de ces changements. Nous allons multiplier nos méthodes d'enquête pour conforter et affiner ces résultats.

## A.2) Entretiens avec grilles (semi directives et informelles)

En sociologie, comme dans d'autres sciences humaines, il y a différentes manières de pratiquer l'entretien tant en termes de démarche de recherche que sous l'angle de l'exploitation. Toutefois, pour avancer notre programme méthodologique concernant cet outil et justifier ce choix, nous allons mettre en évidence certaines difficultés liées à son usage. Aujourd'hui, l'entretien est devenu un outil presque obligatoire dans l'analyse française des politiques publiques. Philippe Bongrand et Pascale Laborier<sup>28</sup> ont effectué une étude statistique montrant une prédominance de cet outil, parfois injustifiée par les chercheurs. Ces auteurs considèrent que « *l'entretien semi-directif, informatif et rétrospectif semble être devenu l'outil principal du chercheur français en politiques publiques, quelle que soit l'option théorique choisie [tandis que] dans d'autres pays, domine l'usage d'autres méthodes, notamment quantitatives, en ne laissant qu'une place marginale à l'entretien* » (Bongrand et Laborier, 2005, p. 74). De ce constat, nous veillerons à l'argumentation de l'utilisation de l'entretien dans notre étude.

Les auteurs précédemment cités ont mis en avant deux usages de l'entretien : l'un comme un outil de *cross checking*, l'autre comme « *voie d'accès aux acteurs* » (*ibid.*, p. 77). Le premier considère l'entretien comme une source d'information. L'interviewé devient un informateur de l'étude concernant des thèmes que le chercheur a mis en avant. Il peut recueillir des informations sur des événements ou des stratégies. Toutefois, la question est de savoir si les informations provenant de récits factuels peuvent être complètes. L'entretien est, dans cette perspective, une méthode de vérifications d'informations précédemment relevées à travers d'autres outils comme les documents officiels et ouvrages : « *Les sources orales, par exemple les témoignages de personnes, permettent de confronter les données écrites aux informations et aux impressions recueillies par interview, de les approfondir, d'obtenir l'accès à de nouvelles sources, de se voir confier de nouveaux documents et par des suggestions faites de rencontrer d'autres personnes dont le rôle n'était pas visible au départ* » (*ibid.*, p. 77). Cet usage informatif sert davantage à la validation ou l'infirmité de données qu'à entrevoir les représentations sociales. Il cible l'exploration des pratiques plus que le sens que donnent les

---

<sup>28</sup> BONGRAND Philippe et LABORIER Pascale (2005), « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ? », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, février, pp. 73-111.

acteurs à leurs actions. Ce titre informatif amoindrirait, selon Jérôme Valluy, les chances de découvrir des données inédites<sup>29</sup>.

Le second usage de l'entretien est l'accès à la voie des acteurs. Il est un moyen de relever leur parole. Cet usage est souvent qualifié de « *cognitif* ». S'il peut paraître riche en donnant différents points de vue, il faut se méfier des dérives qu'il peut entraîner. Dans cette étude, nous exposons deux de ces dérives : la posture dans l'entretien, et le hiatus entre pratique et discours. La posture du chercheur comme de l'interviewé est un critère à prendre en compte dans l'analyse des résultats. Sans entrer dans un culturalisme radical, si l'entretien est auprès d'acteurs « *dominants* »<sup>30</sup>, l'enquêteur peut se retrouver face à un acteur ayant des compétences rhétoriques très affirmées. En ce sens, l'entretien peut être davantage dirigé par l'interviewé et les données recueillies ne seront ni innovantes, ni pertinentes<sup>31</sup> ; ces informations seraient préconstruites. Philippe Garraud<sup>32</sup> montre des *habitus* communs entre l'enquêteur et ces interviewés. À l'inverse, une position de domination par l'enquêteur engage d'autres inconvénients comme la perte d'informations par un manque de confiance, et une certaine oppression dans le rapport. Ces asymétries sont soit à prendre en compte, soit à atténuer par des mécanismes méthodologiques.

Ces postures pourraient également nous interroger sur la question de la neutralité. Si cet entretien cherche à comprendre les représentations des individus, l'interprétation des données reste une interrogation. La seconde dérive qu'est le possible hiatus entre la pratique et le discours nous questionne sur les valeurs et les normes des individus. Des interviewés peuvent, dans le discours, utiliser certaines d'entre elles et, dans l'application, en employer d'autres pour plusieurs raisons (domaine professionnel, implications politiques *versus* idéologiques,

---

<sup>29</sup> VALLUY Jérôme (1999), *Le Gouvernement partenarial. Étude de la prolifération des activités de gouvernement conventionnelles (AGC) dans deux configurations de politique publique de l'environnement industriel en France*, thèse de Science politique, Paris, Institut d'études de sciences politiques, p. 46.

<sup>30</sup> Le terme « *dominant* » est utilisé par rapport à une place sociale dans les décisions quant aux politiques publiques.

<sup>31</sup> Pour aller plus loin, voir PINCON Michel et PINCON-CHARLOT Monique (1991), « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif », *Génèses*, vol. 41, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 120-133 ; EYMERI Jean-Michel (2001), *La Fabrique des énarques*, Paris, Economica.

<sup>32</sup> GARRAUD Philippe (2000), *Le Chômage et l'action publique : le « bricolage » institutionnalisé*, Paris, L'Harmattan, pp. 34-35.

représentations etc.). La multiplication d'entretiens avec une même personne pourrait permettre de s'écarter de cette difficulté.

Toutefois, les dérives présentées ne sont pas imparables. Les choix méthodologiques doivent, dans chaque enquête, être justifiés afin de comprendre la démarche analytique. La multiplication des méthodes, l'imbrication de celles-ci ou encore la prise de conscience des pièges méthodologiques sont toutes des manières de maîtriser les difficultés et de prouver la pertinence d'un programme de recherche. À partir de ce constat, nous allons maintenant pouvoir avancer notre choix méthodologique concernant l'entretien ainsi que détailler ses phases de construction.

Tout d'abord, nous avons choisi l'entretien semi-directif. Cette méthode engage la construction d'une grille d'entretien avec des thèmes et des questions tout en laissant place à la modification de cette dernière qui n'est qu'un fil directeur. Cette trame est construite au préalable et permet de diriger une partie de l'entretien. À l'inverse d'une démarche déductive, les hypothèses ont été construites à partir des premières observations et ont servi de trame à la construction de cette grille. Ce choix ne justifie pas l'emploi de l'entretien. En effet, outre son aspect impératif, l'entretien possède dans cette étude plusieurs objectifs corrélés à d'autres outils. Dans les usages perçus précédemment, nous avons décidé de nous ancrer dans celui souhaitant recueillir la voix des acteurs. Une partie de notre travail repose sur les réceptions de la politique de réduction des risques. Ainsi, nous voulons percevoir le sens que donnent les acteurs à leurs pratiques. Nous n'analysons pas uniquement les politiques publiques liées à l'addiction mais davantage les enjeux qu'elles possèdent selon tous les acteurs de terrain ainsi que leurs effets. L'entretien nous aidera également à reprendre et à approfondir des faits observés. Nous souhaitons recueillir une pluralité de points de vue et non pas uniquement celui des concepteurs des politiques publiques. Pour comprendre ces politiques, les lieux d'observations sont divers et ne se retiennent pas aux bureaux des générateurs. Pour illustrer ces propos, Philippe Bongrand et Pascale Laborier nous rappellent que « *l'exercice professionnel [pourrait] révéler ce que, à mille lieux de l'application mécanique de normes réglementaires, "action publique" veut dire* » (Bongrand et Laborier, 2005, p. 107). Ces auteurs donnent l'exemple du secteur médical étudié par Dominique Memmi<sup>33</sup> où « *l'observation de*

---

<sup>33</sup> MEMMI Dominique (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

*l'action des médecins permet de comprendre l'importance contemporaine de la parole et de l'autocontrôle des biographies pour les politiques touchant aux questions biomédicales* » (ibid., p. 107). Ces interactions seraient autant des déterminants pour l'analyse de politiques publiques. Pour ne pas transformer des cas spécifiques en généralités, nous allons sortir des aspects informatifs et cognitifs de l'entretien. La volonté de vérification, affirmation et infirmation, d'hypothèses n'est pas le seul objectif de ces entretiens. Ceux-ci nous serviront à développer notre sujet. Tout comme dans la méthodologie utilisée lors des observations, les premiers entretiens ont engagé de nouveaux sujets et ont affiné les hypothèses déjà formulées. En ce sens, ils n'interviennent pas qu'à un seul stade de l'enquête mais restent un outil de continuité dans notre étude avec des aspects et des volontés différents selon les stades. Ces libertés nous ont, par exemple, amenée à interviewer, à plusieurs reprises, une seule et même personne à des stades différents de l'enquête.

Après avoir expliqué les fondements méthodologiques de l'entretien que nous utilisons dans cette étude, nous allons exposer la pratique. Nous donnons à voir les différentes grilles d'entretien retenues. Celles-ci sont les versions de fin d'enquête puisque, comme dit précédemment, elles ont été modifiées tout au long de nos investigations. Ces grilles ne reflètent pas l'ensemble des questions posées puisqu'elles ont été adaptées à chaque interviewé. Ces ajouts seront mis en avant dans la partie réservée aux résultats. Nous avons choisi de faire des grilles différentes selon la catégorie d'acteur et selon le terrain. Ces choix sont justifiables du fait que nous souhaitons percevoir différentes variables selon les individus concernés. En guise d'exemple, nous cherchons à comprendre la réception de ces politiques et les trajectoires de soins des usagers, tandis que nous voulions percevoir la mise en application de ces politiques chez les intervenants professionnels. Malgré ces différences, les grilles sont fragmentées en plusieurs thématiques qui restent similaires, sauf pour les usagers de drogues : parcours professionnels, missions générales, cibles des actions, autonomie et salles de consommation à moindre risque. Cette grille d'entretien a été construite à partir de différentes observations et lectures. Après un retour général sur le parcours de l'individu et de sa vision de la politique autour des drogues aujourd'hui, cette grille souhaite amener l'interviewé sur son approche professionnelle et ses actions envers les usagers. Toutefois, les groupes de question « *mission* », « *cible* » et « *autonomie* », sont modifiés selon l'acteur et la fonction de ce dernier.

Le parcours professionnel a été choisi comme thématique d'entrée pour montrer l'intérêt de l'enquêteur pour les pratiques de l'interviewé et, parfois, pour comprendre, de manière

précise, le métier dans sa spécialisation, le domaine de l'addiction. Cette thématique nous amène à comprendre l'inscription de l'individu dans ce champ ainsi que ses motivations. Cette partie nous a également permis de cerner les connaissances dues à l'ancienneté dans ce milieu professionnel. Les individus sont amenés à parler de leurs objectifs dans ce métier, ce qui entraîne un discours autour de ces données. La question des qualificatifs nous fait entrer dans une analyse de lexicologie, plus précisément dans la sémantique. Nous avons cherché à analyser les objectifs des professionnels par rapport à leur métier actuel. Puisque le sociologue est souvent étiqueté comme un chercheur du côté des « *dominés* », nous avons insisté sur ces questions afin de mettre à distance les discours façonnés par les acteurs ; ceux-ci pourraient construire un discours au nom d'une conformation aux idéaux du sociologue.

La seconde thématique concerne les missions générales au sein de la structure dans laquelle l'acteur travaille. Cette partie possède plusieurs objectifs. Le premier est la connaissance des missions et objectifs officiels. Cela nous montre les inscriptions idéologiques et politiques dans lesquelles la structure s'inscrit. Ces discussions autour des missions ont pour but de faire parler l'acteur sur des journées et des actions types. Ensuite, cette section veut informer l'enquêteur sur les financeurs de la structure. Nous souhaitons connaître ceux-ci afin de voir s'ils ont un rôle dans la définition des enjeux pratiques ainsi que comprendre les enjeux à l'échelle hiérarchique plus élevée. La partie « *mission* » permet également de connaître les terrains sur lesquels interviennent les acteurs. Les représentations sociales pouvant être impactées par la mouvance sur un terrain et sa pluralité de cibles, cette partie souhaite développer les hypothèses sur les représentations. Nous orientons, par la suite, nos questions sur des projets que les acteurs ont pu construire au sein de cette structure ou auxquels ils participent afin d'entrevoir de nouveaux enjeux individuels ou de conforter certains déjà évoqués. Enfin, nous demandons à l'interviewé plusieurs définitions comme celle de la réduction des risques, de la prévention au sein de son métier afin d'analyser les enjeux qu'il met derrière ces termes. Ces caractéristiques seront superposées entre le discours et la pratique. Nous terminons cette partie avec une question plus large sur la définition de la réduction des risques pour appréhender des enjeux externes à la structure d'appartenance.

Nous partons ensuite sur la thématique de la cible des actions. Cette partie nous aide à cerner les spécialisations des professionnels. Comme nous avons fait le choix d'élargir notre enquête au domaine de la précarité, les populations ciblées ne sont pas forcément des usagers de drogues. Ces questions autour du public visé nous amènent à la thématique des usagers de

drogue dans la ville. Nous souhaitons déterminer les caractéristiques urbaines des terrains étudiés. L'objectif est de comprendre comment ces usagers sont accueillis et, à travers ces questions, amener l'acteur à parler d'autres expériences dans des terrains différents afin de voir les spécificités de La Rochelle et de Göttingen. Après ces questions sur la ville et l'accueil de ce public spécifique, nous en venons aux partenariats. Ces questions sont liées, et le but est de construire une certaine fluidité entre ces thématiques. À travers les questions urbaines, nous souhaitons que l'acteur nous parle des rôles et des impacts des autres structures en lien avec ce public. Cela nous permet ensuite d'aborder le thème des partenariats et des échanges entre structures. Nous voulons relever les rapports et les interactions entre des structures ou des services ayant des enjeux, de prime abord, différents.

Une autre partie est consacrée à l'autonomie. Nous avons choisi de la nommer ainsi pour plus de neutralité face aux différents acteurs. Cette section ne concerne pas l'acteur interviewé mais ses actions et ses ressentis sur les effets de ces dernières. Nous débutons avec une question sur l'éventuelle modification de leur métier. Sachant les transformations dans le domaine de l'addiction, cette interrogation nous aide à analyser ces changements en pratique. Si l'acteur interrogé n'a que très peu d'ancienneté au sein de ce domaine ou dans la structure dans laquelle il s'inscrit, nous dirigeons ces questions vers les discours que l'acteur a pu entendre sur les modifications pratiques dans la structure ou dans des expériences professionnelles antérieures. *A posteriori*, nous entrons dans le vif du sujet de la thématique. Nous posons des questions autour des objectifs des acteurs face à cette population, des possibilités qu'ils entrevoient pour ces publics, des actions ayant pour enjeu l'autonomisation ainsi que des inconvénients et des avantages de ces dernières. Ensuite, et cette stratégie est volontaire, nous demandons à l'interviewé de définir l'« *autonomisation* ». Cette demande vient dans un second temps afin de voir s'il y a une différence entre le discours à base expérientielle et celui à base théorique. Cette définition nous permet également de rebondir sur certains aspects de la réponse. Également volontairement, nous n'évoquons par l'expression de « *réduction des risques* » pour voir si ce lien est fait, ou non, par l'acteur lui-même. Si ce lien n'est pas amené, l'enquêteur demande si les actions dont il était question précédemment entreraient dans le cadre de la réduction. Pour clore cette partie, nous proposons à l'acteur de parler d'autres actions à développer, ou nouvelles, pour aider à l'autonomisation de ce public.

La dernière partie concerne les salles de consommation à moindre risque. Ce choix est basé sur la réflexion suivante : pour comprendre les représentations sociales des acteurs sur la

politique de réduction, il faudrait prendre un exemple représentatif de son aspect le plus fondamental. Les SCMR sont des illustrations de cette politique. Si elles sont présentes et développées depuis quelques décennies dans plusieurs pays, elles sont très récentes en France et restent encore au stade de l'expérimentation. Elles sont encore controversées et suscitent beaucoup de débats. Amener cet exemple au sein de l'entretien permet d'analyser la compréhension de cette politique par l'acteur et conforte les réponses précédemment données. Nous questionnons les objectifs et les enjeux d'un tel dispositif. Ces derniers peuvent être calqués sur les discours officiels mais incarnent également la représentation sociale de l'acteur par rapport à sa position actuelle et à ses expériences. Nous demandons ensuite à celui-ci de nous donner les avantages puis les inconvénients de ce type de dispositif. Cette phase fournit à l'enquêteur des données pouvant être similaires mais elle accentue certains points afin de trouver une certaine cohérence entre ces discours.

Comme une parenthèse, nous proposons à l'acteur de donner son point de vue sur l'importation de ce dispositif dans la ville dans laquelle il s'inscrit. Nous amenons aussi l'interviewé sur la question du retard de l'implantation des SCMR en France. En plus de potentielles nouvelles pistes de travail, nous souhaitons connaître les points de vue sur ce retard et ainsi extraire d'éventuelles représentations plus globales<sup>34</sup>. Pour finir, nous interrogeons sur la suite de la politique de réduction des risques en France. Nous cherchons à voir les connaissances étrangères de ces acteurs et, *de facto*, les objectifs qu'ils entrevoient pour cette politique.

En ce qui concerne les entretiens menés outre-Rhin, cette sous-partie a été modifiée. Si nous avons gardé certaines bases comme la question de la description de ce dispositif, ses enjeux et ses limites, nous abordons également plusieurs autres thèmes : les changements liés à ces implantations, le besoin d'un tel dispositif dans la ville étudiée<sup>35</sup>, les raisons des emplacements de ces salles en Allemagne ou encore une explication individuelle au fait que ces dispositifs sont davantage développés en Allemagne qu'en France. Nous cherchons à voir les effets de ces dispositifs et l'histoire de ces derniers. Lorsque nous entrons dans le sujet de

---

<sup>34</sup> Nous approfondirons cette idée dans la conclusion de la partie méthodologique en montrant qu'une méthode seule ne peut être comprise ; c'est l'ensemble des méthodes et leurs croisements qui justifient les raisons de leur utilisation.

<sup>35</sup> La ville de Göttingen ne possède pas de salle de consommation à moindre risque. Toutefois, plusieurs salles sont présentes en Basse-Saxe, en particulier à Hannovre.

l'implantation française, nous convions l'individu à parler de l'histoire allemande. Par transposition, nous espérons trouver des données explicatives pour le cas français. De plus, ces thèmes permettent de voir les limites et les difficultés allemandes. S'il y a davantage de salles qu'en France et que leur système peut paraître plus idéal sur cette thématique par rapport au notre, les Allemands peuvent entrevoir d'autres limites à leur système en dehors de toute comparaison.

Énumérée comme cela, notre grille paraît très schématique et stratégique mais, dans les faits, elle a été adaptée à chacun des interviewés, et les objectifs visés étaient parfois modifiés. Ces changements sont dus aux orientations qu'ont pu prendre les entretiens selon l'acteur interrogé.

Nous présentons ci-dessous des grilles d'entretien pour plusieurs catégories d'acteurs.

1) Grille d'entretien pour les intervenants des structures médico-sociales

| Thèmes                 | Sous-thèmes  |
|------------------------|--|
| Parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intitulé du métier/Parcours scolaire et professionnel</li> <li>- Ancienneté dans le métier actuel</li> <li>- Motivations pour ce domaine professionnel</li> <li>- Qualificatifs du métier actuel</li> </ul>   |
| Missions               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construction et histoire brève de la structure de l'acteur interrogé (évolutions : poids institutionnel, nombre de salariés, partenariats, actions ...)</li> <li>- Missions générales de la structure/Missions spécifiques de l'acteur/Motivations et choix de ces actions               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement de la structure et des missions</li> <li>- Objectifs des missions/Objectifs pour le public visé</li> <li>- Description de journées types</li> </ul> </li> <li>- Projets individuels et collectifs (mis en place ou non)/Description du cheminement</li> <li>- Inscription dans la réduction des risques, dans la prévention/Définition de ces termes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrains professionnels/Motivations pour ces terrains/Description du terrain</li> </ul> </li> </ul> |
| Cibles                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publics cibles/Évolutions de ce public sur le terrain</li> <li>- Difficultés spécifiques au terrain liées à la drogue/Problèmes sanitaires et sociaux</li> <li>- Description de l'accueil des usagers de drogue dans la ville d'inscription/Scènes ouvertes (savoirs spatiaux)/Interventions et dispositifs spécifiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiques publiques/Évolution</li> </ul> </li> <li>- Partenariats/Échanges/Différences de leurs pratiques par rapport à la structure dans laquelle l'acteur s'inscrit</li> </ul>  |

|           |  |
|-----------|--|
| Autonomie | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification du domaine professionnel et explications individuelles</li> <li>- Objectifs face au public cible/Dispositifs/Actions/Outils disponibles</li> <li>- Besoins et manques du public (d'où proviennent ces données : des usagers eux-mêmes, de réunions, de formations ...)/Actions correspondantes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions pour l'autonomisation/Limites de ces actions</li> </ul> </li> <li>- Définition autonomisation/Rôle de l'acteur (pour l'autonomisation) à partir de sa définition</li> <li>- Implication des usagers dans la trajectoire de soin et dans d'autres aspects</li> <li>- Autres dispositifs existants/Actions innovantes/Idées et perspectives</li> </ul> |
| SCMR      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description personnelle de ce dispositif <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs/Enjeux</li> <li>- Avantages/Limites</li> </ul> </li> <li>- Explication des difficultés d'implantation en France</li> <li>- Suite politique de réduction des risques en France ou à l'étranger</li> </ul>  |

## 2) Grille d'entretien pour les autorités locales

| Thèmes                 | Sous-thèmes   |
|------------------------|---|
| Parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intitulé du métier/Parcours scolaire et professionnel <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ancienneté dans le métier actuel</li> </ul> </li> <li>- Motivations pour ce domaine professionnel/Apports sociaux du métier <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualificatifs du métier actuel</li> </ul> </li> </ul>  |
| Mission                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Histoire brève des politiques liées à la drogue sur le terrain</li> <li>- Missions générales de la structure/Motivations et choix de ces actions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement de la structure et des missions</li> </ul> </li> <li>- Choix des missions/Objectifs des missions/Objectifs pour le public visé <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projets liés à la drogue</li> </ul> </li> <li>- Inscription dans la réduction des risques, dans la prévention/Définition de ces termes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrains d'actions privilégiés face à ce thème/Motivations pour ces terrains/Description du terrain</li> </ul> </li> </ul> |
| Usagers de drogues     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publics cibles/Évolutions de ce public sur le terrain</li> <li>- Difficultés spécifiques au terrain liées à la drogue/Problèmes sanitaires et sociaux → intérêt pour cette thématique</li> <li>- Description de l'accueil des usagers de drogue dans la ville d'inscription /Scènes ouvertes (savoirs spatiaux)</li> <li>- Politiques publiques liées aux drogues/Terms définissant ces politiques /Évolutions/Dispositifs spécifiques <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partenariats/Échanges</li> </ul> </li> </ul>   |
| Autonomie              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification du domaine professionnel et explications individuelles</li> <li>- Objectifs face au public cible/Dispositifs/Actions/Outils disponibles</li> <li>- Besoins et manques du public (d'où proviennent ces données : des usagers eux-mêmes, de réunions, de formations ...) /Actions correspondantes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions pour l'autonomisation/Limites de ces actions</li> </ul> </li> <li>- Définition autonomisation/Rôle de l'acteur interrogé (pour l'autonomisation) à partir de sa définition</li> <li>- Autres dispositifs existants/Actions innovantes/Idées et perspectives</li> </ul>   |

|      |  |
|------|--|
| SCMR | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description personnelle de ce dispositif <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs/Enjeux</li> <li>- Avantages/Limites</li> </ul> </li> <li>- Besoin ou non d'un tel dispositif dans la ville</li> <li>- Explication des difficultés d'implantation en France</li> <li>- Suite politique de réduction des risques en France ou à l'étranger</li> </ul> |
|------|--|

3) Grille d'entretien pour les polices

| Thèmes                 | Sous-thèmes  |
|------------------------|--|
| Parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intitulé du métier/Parcours scolaire et professionnel <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ancienneté dans le métier actuel</li> </ul> </li> <li>- Motivations pour ce domaine professionnel/Apports sociaux du métier <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualificatifs du métier actuel</li> </ul> </li> </ul>   |
| Mission                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missions générales/Motivations et choix de ces actions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement de la structure et des missions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missions liées à la drogue</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Inscription dans la réduction des risques, dans la prévention/Définition de ces termes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrains d'actions privilégiés face à ce thème/Motivations pour ces terrains/Description du terrain</li> </ul> </li> </ul>   |
| Usagers de drogues     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Publics cibles/Usages cibles/Évolutions de ce public sur le terrain</li> <li>- Difficultés spécifiques au terrain liées à la drogue/Problèmes sanitaires et sociaux → intérêt pour cette thématique <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description de l'accueil des usagers de drogue dans la ville d'inscription/Scènes ouvertes (savoirs spatiaux) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositifs spécifiques</li> <li>- Partenariats/Échanges</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>   |
| Autonomie              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification du domaine professionnel et explications individuelles <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs face au usagers de drogues (selon les différents usages)/Dispositifs/Actions/Outils disponibles</li> </ul> </li> <li>- Besoins et manques du public (d'où proviennent ces données : des usagers eux-mêmes, de réunions, de formations ...)/Actions correspondantes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions pour l'autonomisation/Limites de ces actions</li> <li>- Définition autonomisation/Rôle de l'acteur interrogé (pour l'autonomisation) à partir de sa définition</li> </ul> </li> <li>- Autres dispositifs existants/Actions innovantes/Idées et perspectives</li> </ul> |
| SCMR                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description personnelle de ce dispositif <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs/Enjeux</li> <li>- Avantages/Limites</li> </ul> </li> <li>- Besoin ou non d'un tel dispositif dans la ville</li> <li>- Explication des difficultés d'implantation en France</li> <li>- Suite politique de réduction des risques en France ou à l'étranger</li> </ul>   |

Pour la grille concernant les usagers de drogues, nous avons décidé de reprendre les thèmes au travers d'un texte. La grille étant assez différente, nous souhaitons expliquer l'ensemble de ces choix et des objectifs.

La première thématique abordée dans cette grille est celle de la connaissance du terrain. Cette partie veut installer une atmosphère de confiance. Pour cela, nous ne pouvions pas parler, dès le début, des usages de drogues. Même si la plupart des usagers fréquentant les structures sont très ouverts à ces discussions et, surtout, lorsqu'un travail de recherche est mené auprès d'eux, il nous paraissait important de commencer par une autre thématique montrant à ces usagers l'intérêt de leurs autres connaissances, non spécifiquement liées à l'usage de drogue. Ces questions tournent autour des savoirs spatiaux du terrain dans lequel ces usagers sont ancrés. Nous commençons par demander depuis quand les usagers sont sur ce terrain afin de comprendre si les savoirs donnés ont une part individuelle et expérientielle ou si ces derniers proviennent d'échanges et auraient un caractère extrinsèque. Ensuite, dans une démarche en entonnoir, nous demandons à l'individu de parler des avantages généraux de cette ville, puis ceux plus spécifiquement liés à la drogue. Ces avantages amènent souvent l'interviewé à parler des inconvénients. Toutefois, s'ils ne sont pas abordés, l'enquêteur devra poser des questions à ce sujet. Après ces échanges, l'entretien s'engage vers une description de la ville en rapport avec la drogue. L'ensemble des interrogations permet d'enrichir les savoirs spatiaux de la ville étudiée. Par la suite, l'enquêteur cherche à faire parler l'interviewé sur une journée type. Cette question, tout en continuant d'enrichir les savoirs urbains, nous conduit à débiter des échanges sur la fréquentation de certains lieux. Elle revêt ainsi un caractère transitoire.

La section suivante concerne les usages de drogues. Au tout début de l'entretien, voire pendant la prise de rendez-vous, nous échangeons avec l'utilisateur sur sa volonté, ou non, d'aborder cette thématique par rapport à l'intrusion qu'elle peut représenter. Si l'individu accepte, nous nous renseignons sur son histoire de l'usage de drogue. Cette interrogation met en exergue les changements d'usage, les types de drogues consommées, l'ancienneté d'usage, des expériences, les motivations, etc. Selon l'utilisateur, ces thèmes seront plus ou moins abordés, et c'est à l'enquêteur de prêter attention à ceux non évoqués. Nous continuons cet entretien en parlant des lieux d'usages.

En approchant à nouveau la thématique des savoirs spatiaux, nous souhaitons que l'individu nous parle des lieux de consommation ainsi que des ressentis lors de ces usages,

parfois cachés. Ensuite, nous lui demandons de nous parler des avantages et des inconvénients de leur usage afin de comprendre plus précisément sa trajectoire de soins et sa situation sociale.

La partie suivante concerne la fréquentation des structures dédiées au domaine de l'addiction ou, plus largement, à celui de la précarité. Nous débutons avec des questions sur les structures fréquentées ou ayant été fréquentées, le rythme de contact ainsi que les emplacements. Nous demandons à l'interviewé de nous parler des choix et des motivations face à ces fréquentations, les débuts de ces entrées dans ces structures et les raisons des ruptures de contact ; cela nous permet de déduire les structures avec lesquelles l'individu n'est pas en contact pour lui demander les raisons de ce choix. Nous souhaitons comprendre les offres et les services de ces structures à travers le regard des usagers. L'entretien s'engage alors vers des échanges sur les accueils de chaque lieu fréquenté. Ces interrogations ont pour objectif d'étudier les complémentarités, les similitudes ou les disparités entre les apports des structures. Nous terminons avec une question sur les avantages et les inconvénients des établissements connus par l'individu afin de pouvoir ensuite croiser ces données avec celles précédemment recueillies.

La partie qui suit aborde la question de l'autonomie. Nous commençons avec la thématique des besoins et des manques généraux en ce qui concerne les usages. Dans la continuité, nous demandons plus précisément quels sont les besoins auxquels ne répondent pas les structures qu'ils fréquentent. L'objectif est de comprendre les demandes de l'individu face à leur situation et ainsi de superposer celles-ci aux besoins évoqués par les intervenants. En procédant ainsi, nous pourrions voir les correspondances et les compréhensions de chacun. L'entretien se poursuit avec des questions sur les actions auxquelles l'individu participe. Le but est d'entrevoir les motivations et les réciprocitys avec les besoins abordés plus haut. Nous posons ensuite des questions sur l'implication dans les structures des interviewés. En plus de nous donner accès aux volontés individuelles, nous souhaitons savoir si ces structures laissent la possibilité de prendre part à la vie de celles-ci. Nous entrons alors dans le cœur de la thématique en demandant à l'utilisateur de définir ce qu'il entend par « *autonomisation* » ou « *autonomie* ».

Nous lui proposons de préciser en traduisant ce "vocalable", en le rapportant à son intégration dans la structure. Les objectifs sont divers : voir les similitudes dans la compréhension du terme (entre l'utilisateur et l'enquêteur), comprendre si elles font partie de la volonté des usagers, montrer si les structures y donnent accès ou travaillent autour de cette

thématique. Pour aider l'interlocuteur, nous demandons les actions qui favoriseraient cette autonomie. En effet, cette demande de définitions peut être perçue comme très scolaire et représenter une réelle difficulté. L'enquêteur doit être attentif aux réactions et posséder des outils alternatifs pour faire ressortir ces définitions. Pour revenir du côté des réflexions individuelles, nous posons des questions sur d'éventuels projets en rapport avec cette démarche d'autonomisation, que cela soit par l'ouverture de libertés ou par le travail autour d'actions. L'individu est ensuite amené à donner des idées sur des actions ou des pratiques innovantes à développer.

Comme pour les autres, cette grille d'entretien se termine sur le thème du dispositif que sont les salles de consommation à moindre risque. Nous posons les mêmes questions que dans les grilles précédentes, c'est-à-dire la description personnelle du dispositif avec ses objectifs et ses enjeux (vision officielle), les limites et les avantages (vision individuelle), l'explication personnelle des difficultés d'implantation de ces dispositifs en France. Toutefois, nous ajoutons une question projective. Nous proposons à l'interviewé d'imaginer la présence d'un tel dispositif dans la ville où il s'inscrit et de parler des effets et des conséquences de cette implantation. Dans cette perspective, nous l'interrogeons sur le besoin, ou non, de ce dispositif dans cette ville. Ensuite, nous lui demandons s'il fréquenterait, ou non, ce lieu et les raisons de ces propos. Nous terminons cette grille par la même question que pour les autres interviewés, celle de la suite de la politique de réduction des risques avec ses prévisions (ce qu'il va se passer), ses propres volontés et envies (ce qu'il aimerait qu'il se passe).

#### 4) Grille d'entretien pour les usagers de drogues

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Connaissances du terrain</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ancienneté sur le terrain dans lequel s'inscrit l'utilisateur</li> <li>- Avantages et inconvénients de cette ville (du général au particulier (lié aux drogues)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description de la ville</li> <li>- Journée type</li> </ul> </li> </ul>  |
| <p><b>Usages de drogues</b></p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Histoire de leur usage/Changements dans les usages (matériel et gestes)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Types d'usages</li> <li>- Ancienneté d'usages</li> </ul> </li> <li>- Lieux d'usages (choix et motivations par rapport à ces lieux)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avantages et inconvénients liés à ces usages</li> </ul> </li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Inscription dans une structure</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquentation des structures (noms des structures, fréquence de visites, emplacements)</li> <li>- Choix et motivations pour la fréquentation de chaque structure/Histoire des débuts de fréquentation (comment a-t-il connu le lieu ?, les avantages et les inconvénients, les arrêts de fréquentation avec les raisons, etc.)/Raisons de la non-fréquentation des structures non citées <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil type dans chaque structure</li> </ul> </li> <li>- Avantages et inconvénients de chaque structure</li> </ul> |
| <p><b>Autonomie</b></p>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besoins et manques généraux dans les structures <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions auxquelles il participe/Motivations <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication dans la structure</li> <li>- Définition de l'autonomie</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Définition de l'autonomie dans les structure <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions reliées à cette thématique <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projets</li> <li>- Idées</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>                                     |
| <p><b>SCMR</b></p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description personnelle de ce dispositif <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs/Enjeux</li> <li>- Avantages/Limites</li> </ul> </li> <li>- Besoin ou non d'un tel dispositif dans la ville <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projection de fréquentation/Raisons</li> </ul> </li> <li>- Explication des difficultés d'implantation en France</li> <li>- Suite politique de réduction des risques en France ou à l'étranger</li> </ul>  |

Toutes ces grilles possèdent plusieurs objectifs dans un souci de contextualisation historique : la mise en lumière de représentations collectives et individuelles tant à propos des conséquences que sous l'angle de l'usage de drogue ou des enjeux théoriques et pratiques de la politique de réduction des risques.

L'importance de l'entretien se trouve dans ses apports cognitifs et informatifs et dans sa complémentarité avec d'autres outils méthodologiques. Ces entretiens mettent en exergue plusieurs points de vue et incarnent plusieurs échelles d'analyse. Toutefois, pour que ces données soient pertinentes, nous ne souhaitons pas la prédominance de cette méthode sur les autres.

Les entretiens seront des données fiables uniquement lorsqu'elles seront alliées aux méthodes de l'observation, du questionnaire, du système d'information géographique ou encore des « *cartes mentales* ».

**Tableau n° 4 : Les structures enquêtées en France et en Allemagne**

| <b>Structures de La Rochelle</b>                       | <b>Structures de Göttingen</b>                 |
|--|--|
| CAARUD   | <i>Straso</i>                                  |
| CSAPA Hospitalier                                      | <i>Centre Drobz</i>                            |
| CSAPA Associatif                                       | <i>Opentherapiezentrum</i>                     |
| Samu social  | <i>Fachstelle für Sucht und Suchprävention</i> |
| CEGIDD   | <i>Neue Chance</i>                             |
| Réseau Addiction Nouvelle-Aquitaine                    | <i>Asklepios</i>                               |
| Agence locale de prévention et de médiation            | <i>Massregelvollzugszentrum</i>                |
| Maison associative de la santé                         | <i>Neue Arbeit Brockensammlung</i>             |
| Service Tranquillité Publique                          | <i>Station 4099</i>                            |
| Mairie (service santé et prévention de la délinquance) |  |
| Police municipale                                      |  |
| Police nationale                                       |  |
| ALPMS  |  |

## B) Méthodes quantitatives

### B.1) Questionnaires

Pour construire cette partie, nous avons choisi de l'amorcer à partir de nos questionnements méthodologiques présents au début de notre étude : si les précédentes méthodes nous paraissent justes et justifiables, comment les valider auprès de lecteurs ? Pour répondre à ces interrogations, nous avons choisi d'intégrer une méthode aux preuves scientifiques formelles. L'entretien et l'observation sont qualitatifs et peuvent être individuels ou collectifs. Au travers des analyses précédentes, nous avons montré que si les observations revêtaient les deux perspectives, individuelles et collectives, l'entretien, lui, se restreint à celle individuelle. Inversement, le questionnaire est une méthode quantitative qui ne pourra être utilisée que sous une forme collective. En s'appliquant à un ensemble, il s'agit de mettre en avant des inférences statistiques. Ainsi, nous pourrions caractériser le questionnaire comme une méthode extensive par opposition à l'entretien ou l'observation qui sont intensifs. L'objectif du questionnaire n'est pas l'approfondissement d'un petit nombre de cas, il a pour rôle une vérification statistique des degrés de généralisation de nos informations et de nos hypothèses. Il fonctionne très souvent en concomitance avec d'autres méthodes. Toutefois, nous partons du principe que les objets sociaux ont tous été traités, du moins en partie, et que « *croire que la connaissance provient du désert est un mirage* » (Singly, 2016, p. 26). Le questionnaire peut être utilisé en amont d'autres méthodes et ainsi servir à l'enrichissement de ceux-ci. Ce constat nous montre que son utilisation et ses enjeux peuvent être pluriels. Cependant, il n'a pas de fins exploratoires puisqu'il s'appuie sur des hypothèses préalablement constituées.

Dans cette étude, le questionnaire aura deux objectifs : la description de phénomènes et la vérification de nos hypothèses. Pris dans une démarche déductive, il conviendra pour confirmer, infirmer ou du moins enrichir les hypothèses préalablement constituées. Sa portée descriptive se rapporte à notre désir de croiser le discours et la pratique. À travers la description de phénomènes subjectifs, qui seront liés à l'usage de drogues, nous souhaitons mettre en lumière ceux objectifs et leurs explications. Nous mesurerons également la fréquence de certaines opinions telles que l'injonction thérapeutique et nous analyserons les relations entre les particularités relevées. Au sein de notre enquête, il s'agira d'interroger les usagers de drogues sur leur parcours au sein des structures afin de décrire les liens existant entre les volontés supérieures et les effets pratiques ou encore de recueillir les effets généraux de la

politique de réduction des risques selon les évolutions des situations, la durée d'inscription, le degré de vulnérabilité, etc. En rassemblant une quantité importante d'informations objectives et subjectives issues d'un échantillon représentatif, le questionnaire permet de généraliser nos résultats à une échelle supérieure que celle induite par d'autres méthodes.

Les méthodes de recueil de données ont une cible commune, celle de l'administration de la preuve. Le questionnaire semble être un outil appréciable agrémenté par sa portée généralisable. Il apparaît comme un modèle exemplaire pour une recherche en sciences sociales. Les méthodes quantitatives sont moins pratiquées que celles qualitatives. Ces deux postures paradoxales, l'une oubliant une partie de la méthodologie sociologique et l'autre percevant le questionnaire comme un idéal qualitatif, sont les points de départ de notre démonstration méthodologique. Cette base nous donne l'occasion de justifier notre position sur de telles méthodes. Il nous faut d'abord mettre en exergue quelques pièges à éviter. Certains d'entre eux seront mis en lumière lors de l'explication de la construction de notre questionnaire.

L'entretien que nous avons utilisé dans cette enquête s'appuie sur une grille mais le questionnaire reste une méthode davantage préconstruite puisqu'elle intègre des formulations similaires et ordonnées à l'ensemble de la population ciblée. Si le questionnaire permet de progresser dans notre raisonnement sociologique, François de Singly nous met en garde à propos de cette méthode en montrant que « *les chiffres produits par les sociologues à travers la médiation des catégories utilisées (dans le questionnaire et dans le codage de l'information) font aussi partie de l'univers des jugements sociaux* » (Singly, 2016, p. 119). L'objectivité pourrait être nuancée. La structure du questionnaire est façonnée par les enjeux et les contraintes du traitement statistique ultérieur et par les modalités de passation. La forme, l'agencement ou encore la structure des questions possèdent des effets sur les résultats. Dans une perspective épistémologique, lors d'une étude, qu'elle soit quantitative ou non, le chercheur se doit d'interroger les effets des questions sur l'objet et le sujet. Consciente de la difficulté à se dérober de l'ensemble des pièges et biais méthodologiques, nous nous sommes aidée de préconisations afin d'en tenir compte lors de l'analyse des résultats. Pour exemple, nous avons porté une attention particulière aux possibles interprétations différentielles entre l'enquêteur et

l'enquête<sup>36</sup>. Ces conseils nous ont également guidée pendant la construction du questionnaire, de la rédaction des questions et de la constitution de notre échantillon jusqu'au codage et à l'organisation des données recueillies.

La base de la construction de ce questionnaire reste la méthodologie de l'entretien et de l'observation. Les données recueillies lors de l'enquête préliminaire nous ont amenée à formuler des hypothèses qui sont des points d'appui. Nous allons débiter l'analyse pratique de la construction de l'entretien pour mettre en lumière ses enjeux, ses limites et les pièges que nous avons voulu éviter. Tout d'abord, nous décrirons les objectifs principaux de chaque partie de notre questionnaire. Nous aborderons ensuite la phase de pré-test ainsi que les changements et les questionnements qu'elle a engendrés. Nous continuerons avec le choix de la méthode de passation avec l'explication réflexive liée. Pour finir, nous décrirons précisément les questions en analysant la forme, la structure et les enjeux.

Pour débiter ce questionnaire, nous avons inscrit un texte bref montrant globalement les objectifs de passation. Le principe de ce texte est de mettre en avant l'importance des données recueillies auprès des usagers et d'instaurer un lien de confiance. Pour atteindre ces objectifs, nous avons la chance d'avoir un terrain n'ayant pas été très étudié par les chercheurs<sup>37</sup>. Inversement, à Bordeaux, les usagers et professionnels de ce domaine sont souvent sollicités. Cette sollicitation courante n'incite pas les usagers à répondre au questionnaire. Tandis que pour notre étude, les terrain choisis sont assez peu fréquentés, les usagers et professionnels sont plus souvent intrigués et volontaires face à ce type de démarche. Toutefois, nous ne sommes pas entrée dans les détails au sein du texte introductif. Les raisons sont doubles : la connaissance, pour une bonne partie des usagers, de notre thématique de recherche et l'obligation de rapidité et de simplicité que doit représenter un questionnaire pour ne pas importuner l'enquêté, au risque d'abandonner la démarche de répondant. Pour rassurer celui-ci, nous indiquons la durée approximative de remplissage. Pour montrer l'importance et le besoin de réponses face au questionnaire, nous donnons la possibilité ultérieure aux usagers de pouvoir consulter les résultats de cette enquête. Ainsi, les répondants pourront entrevoir une

---

<sup>36</sup> Cette stratégie a également été utilisée lors de la construction de la méthode de l'entretien. Pour éviter ce différentiel, nous avons, par exemple, choisi de demander aux interviewés de définir les termes primordiaux de notre étude pour comprendre le sens qu'ils leur donnent et comparer cette traduction à la nôtre.

<sup>37</sup> Ce constat est plus avéré à La Rochelle qu'à Göttingen. Toutefois, notre nationalité et la nature comparative de notre étude ont engendré une appréciation positive de ma venue en Allemagne.

partie du travail auquel ils ont participé. Ce principe a pour but de montrer l'intérêt des réponses et l'aboutissement du travail co-construit. Pour terminer ce texte d'introduction, nous décidons de donner la possibilité de non-réponses à certaines questions. Dans la plupart des questionnaires, ce choix est amené par une case quasi automatique à chaque question nommée : « *Ne souhaite pas répondre* », « *Sans réponse* » ou tout autre phrase courte allant dans ce sens. Ce choix systématique peut amener le répondant, par facilité, à cocher cette case. Le fait de proposer de ne pas cocher de case selon la question pour des raisons personnelles ou parce qu'il ne trouve pas de réponse en correspondance avec son point de vue, permettrait d'éviter la tentation que représente cette case et engagerait davantage la réflexion du répondant à chaque question. Cependant, pour des questions de simplification du traitement statistique, cette case est rendue visible lors de l'entrée des données.

Nous avons créé deux questionnaires à partir de nos deux structures maîtresses du terrain rochelais. Il a fallu différencier les questions par rapport au statut plus médical d'une structure et plus sociale d'une autre. Nous avons débuté notre questionnaire sur la structure médicale du fait de la rapidité d'acceptation par la hiérarchie de la passation de l'outil au sein de la structure. Nous allons commencer cette analyse avec l'explication du questionnaire concernant cette structure puis montrer les différences avec celui créé pour la structure sociale.

Avant toute chose, pour construire un questionnaire, il faut que le projet de l'enquête soit clairement établi. La responsabilisation et l'autonomisation sont des termes abstraits, difficiles à retranscrire. Nous avons dû utiliser une autre méthode, moins spécifique, pour entrevoir des résultats sur le thème de notre étude. Cette méthode a été créée à partir des questions et des hypothèses concernant la réception de stratégies de responsabilisation. La première partie du questionnaire concerne le profil et la situation de l'individu. La seconde aborde des questions autour de la fréquentation et de l'implication de l'utilisateur et souhaite mettre en exergue le parcours de l'individu, son ancrage au sein de la structure et les objectifs de ses venues et de ce choix de structure. À travers ces questionnements, nous voulons saisir les motivations de l'individu et ses besoins. Ensuite, une grande section est focalisée sur le traitement de substitution. Les interrogations autour de celui-ci nous permettront d'appréhender la manière dont il est perçu, ce que le traitement a engagé et modifié. Nous voulons également savoir si ce traitement et ses modifications en termes de dosage ou de rythme proviennent de l'individu lui-même afin de comprendre son degré de participation dans cette démarche de soin. Ce questionnaire se termine sur les besoins des usagers par rapport à la structure, à la

consommation et à l'autonomie ainsi que sur les services offerts. L'ensemble a pour but de mettre en lumière l'implication et l'inscription de l'utilisateur dans la structure, le degré de présence des acteurs qui l'accompagnent dans sa trajectoire ainsi que la réception de mesures de réduction des risques.

La première ébauche de cette méthodologie ayant été terminée avant les autorisations de passation dans les structures, nous avons décidé de profiter de cet état de latence pour procéder à un pré-test. Parfois négligée, cette phase nous paraissait très importante pour débusquer d'éventuels biais ou incompréhensions. Étant donné que nous avons déjà eu l'accord pour interviewer les professionnels et les usagers des structures enquêtées, nous avons proposé à six usagers de répondre à ce questionnaire. Pour cette étape, nous avons fixé des rendez-vous avec chacun d'entre eux. Il était invité à remplir le questionnaire en le commentant devant nous. Ce test nous a permis d'améliorer notre questionnaire tant sur la forme, avec des évolutions sur l'aménagement, les redites ou encore sur les types de questions choisies, que sur le fond. Ce pré-test a engagé des changements sur la clarification des questions, la diminution des questions ouvertes mais également sur la modification de certaines d'entre elles qui paraissaient imposer une réponse. De plus, si cette phase a mis en avant des problèmes de fond et de forme, elle nous a fait réfléchir à la méthode de passation. Nous avons pris le temps de rester avec l'utilisateur pour répondre au questionnaire du fait de notre volonté d'appréhender la réception de ce dernier. Toutefois, nous pouvons aussi penser que notre présence peut modifier les choix de réponses.

Nous n'avons pas retenu une seule méthode de passation. Nous avons laissé le choix à l'utilisateur de répondre seul, avec des pairs ou encore avec l'aide d'un professionnel. Ces choix multiples ont été décidés pour plusieurs raisons. La première est représentée par les éventuelles difficultés de lecture ou d'écriture. Si nous avons diminué les questions ouvertes, il en reste quelques-unes et le questionnaire est assez long. La seconde raison concerne l'organisation et l'aménagement du lieu d'accueil. Les usagers patientent dans une salle avec une pluralité de prospectus et de documents sur la prévention. En ce sens, nous pensions, et non à tort, que notre questionnaire allait "disparaître" aux yeux des usagers. De ces réflexions, nous nous sommes tournée vers deux méthodes : l'une avec les professionnels, et l'autre seul. L'utilisateur avait le choix de remplir le questionnaire en salle d'attente ou lors de son rendez-vous. Les professionnels ont réellement participé à cette méthode. À chaque rendez-vous, ils proposaient à l'utilisateur d'y répondre. Ils laissaient également la possibilité à l'individu de le remplir après son rendez-vous, seul. Le choix de plusieurs méthodes de passation pouvait paraître critiquable

puisque'il ouvrirait la porte à deux types de réponses selon le remplissage choisi, accompagné ou non. Cependant, nous avons souhaité limiter ces critiques à l'aide d'une question introductive demandant à l'utilisateur la méthode de remplissage choisie. Réciproquement, cette question montrait un autre avantage qu'il faudra toutefois nuancer. Cela nous permettrait de mettre un pied dans la thématique de l'autonomie. Le choix de vouloir, ou non, remplir seul ce questionnaire pourrait être un indicateur ou une variable de l'autonomie et de la réception des politiques de réduction des risques.

À présent, nous allons analyser la structure de notre questionnaire. Cette exploration sera découpée par parties : l'une portant sur les variables structurelles et démographiques, la seconde sur le parcours de l'utilisateur dans le CSAPA, une troisième sur le traitement de substitution et une dernière sur les besoins de l'utilisateur.

La première partie de ce questionnaire concerne les variables démographiques et structurelles<sup>38</sup>. Celles-ci concernent le sexe du répondant, son lieu d'habitation ainsi que son âge. Sans revenir sur l'explication de notre première question concernant la méthode de remplissage choisie, cette variable sera importante dans notre traitement statistique. Elle nous permettra d'envisager des inférences entre celle-ci et nos autres variables concernant l'autonomie. Nous débutons cette méthode par la question du sexe. Celle-ci peut être considérée comme une question de genre.

Si nous avons choisi d'être non inclusif en proposant uniquement les catégories « *femme* » et « *homme* », nous avons nuancé notre propos en amenant le terme « *considéré comme* ». Ce choix était volontaire pour pallier les difficultés que peuvent ressentir certaines personnes face à cette imposition binaire pouvant être vécue comme violente. Ainsi, nous sortons du rapport strictement biologique en proposant une considération plutôt qu'un état. Nous n'avons pas souhaité insérer l'item « *autre* » qui, seul, n'est qu'une catégorie valise assez vague qui nous paraît plus montrer un malaise subjectif et critiquable qu'une volonté scientifique. Cette catégorie, si elle veut être pertinente, doit être articulée avec d'autres choix que celui binaire et aura pour objectif de percevoir les identités de genre. Cette question sur le sexe n'est pas obligatoire dans un questionnaire. Si cette question n'a pas une place définie dans nos hypothèses de recherche, nous pensons que cette variable peut jouer un rôle dans nos

---

<sup>38</sup> Nous nommons ces variables « *structurelles* » puisque'elles sont plus ou moins à long terme.

résultats. Nous la considérons comme pertinente mais elle n'aura pas une place principale dans notre travail. Elle pourra pourtant être un point de départ pour d'éventuels travaux à venir. Par conséquent, notre choix a surtout comme objectif de ne pas exclure certaines personnes.

Pseudo (si vous le souhaitez) :

.....

Votre avis m'intéresse

### Enquête sur l'implication des personnes accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues

Bonjour,

Je m'appelle Elora et je mets en place un questionnaire pour comprendre votre parcours dans cette structure. L'aide que vous me fournirez en remplissant ce questionnaire me permettra d'avoir le point de vue de personnes qui fréquentent les établissements de réduction des risques. Je ne suis pas là pour juger vos réponses, loin de là, mais simplement pour pouvoir porter votre parole et celles des autres répondants. Bien sûr, ce questionnaire est anonyme (pseudo si vous le souhaitez). Les résultats généraux de ce questionnaire seront transmis à cette structure pour que vous puissiez y avoir accès. Si cela vous intéresse vraiment, vous pourrez en demander un exemplaire.

Ce questionnaire ne prendra qu'une dizaine de minutes. Vous pouvez passer une question si vous ne souhaitez ou ne voulez pas y répondre. Je vous remercie.

**1) Vous avez rempli ce questionnaire :**

Seul(e)                       Avec l'aide d'un professionnel                       Avec l'aide d'une autre personne

**2) Vous vous considérez comme :**

Une femme                       Un homme

**3) Vous habitez :**

Chez vous                       Dans une institution (foyer, accueil de nuit, ...)

Chez vos parents, dans la famille                       En squat

Chez des amis                       Actuellement sans domicile fixe

**4) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

18-30 ans                       30-40 ans                       40-50 ans                       50-60 ans                       60 ans et plus

La seconde question concerne le lieu d'habitation. Cette variable est primordiale dans notre étude. Au sein de nos hypothèses, elle possède une grande place puisqu'elle serait un des éléments qui pourrait modifier l'appréhension de la réduction des risques ainsi que la réception de ces mesures. Le lieu d'habitation peut être individuel ou collectif, institutionnalisé ou non.

Ces différents caractères peuvent impacter l'autonomie de la personne. Pour autant, nous ne pouvons pas classer ces différents lieux en fonction d'un degré d'autonomie. Pour illustrer, un individu vivant en squat peut avoir une grande autonomie comme ne pas en avoir et compter sur le collectif. Pour autant, ces réponses seront croisées pour comprendre si ces lieux disent quelque chose de ces degrés d'autonomie. De plus, les lieux d'accueil possèdent des règles qui peuvent façonner les comportements. En ce sens, nous souhaitons mettre en exergue des corrélations entre ces différentes variables.

La dernière question concerne l'âge de l'individu. Nous avons choisi de nous servir de tranches d'âge par dizaine. Sans considérer que l'appartenance générationnelle possède un caractère cloisonnant, nous pensons cette question par rapport au poids des expériences et au vécu des changements de politiques et de représentations les concernant. Nous avons élargi la première tranche d'âge à 18 ans par rapport aux observations préalablement faites. Nous avons exclu les mineurs de ce questionnaire pour des questions juridiques.

Si nous avons observé que certains d'entre eux peuvent fréquenter ces structures, nous savons que ceux-ci ne sont pas forcément dans leurs droits. La carte d'identité n'étant pas obligatoirement demandée à l'accueil de certaines structures, les professionnels se basent sur les discours que les usagers tiennent. De plus, les politiques publiques liées à la drogue sont, pour nous, différentes dans le cadre de la minorité.

### Variables démographiques et structurelles

Ici, je vais vous poser des questions à propos de votre parcours dans le CSAPA.

**5) Depuis quand fréquentez-vous ce lieu ?**  
 Moins de 6 mois     Entre 6 mois et 1 an     Plus d'un an

**6) Êtes-vous venu(e) ici par obligation ?**  
 Oui     Non

**7) La première fois que vous êtes venu(e), quelles informations recherchez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Renseignements pour connaître les aides financières disponibles | <input type="checkbox"/> Pour trouver ou garder un logement          |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement dans les démarches administratives               | <input type="checkbox"/> Pour trouver une formation ou un emploi     |
| <input type="checkbox"/> Pour un dépistage   | <input type="checkbox"/> Pour des problèmes de justice               |
| <input type="checkbox"/> Pour débloquer des accès aux droits                             | <input type="checkbox"/> Pour m'accompagner dans ma démarche de soin |
| <input type="checkbox"/> Pour connaître mes droits                                       | <input type="checkbox"/> Pour des problèmes de sécurité              |

**8) Quand je viens au CSAPA, je cherche : (Plusieurs réponses possibles)**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> De l'écoute  | <input type="checkbox"/> Du soutien dans ma démarche vers la réduction des risques |
| <input type="checkbox"/> Des conseils, des informations (orientation, documents...) | <input type="checkbox"/> Du matériel de réduction des risques                      |
| <input type="checkbox"/> Des soins médicaux ou psychologiques                       | <input type="checkbox"/> Autre (précisez : .....)                                  |
| <input type="checkbox"/> Rencontrer du monde, de l'accueil                          |  |

Ces variables ont été utilisées par rapport à leur aspect objectif. En s'imposant aux individus, elles ne sont pas modifiables, sauf pour le lieu d'habitation<sup>39</sup>, mais portent un construit social important. Sur la forme de ces questions, nous avons choisi d'insérer des questions fermées afin de faciliter le traitement statistique. De plus, le questionnaire ayant été une méthode utilisée dans un second temps, les différents choix présents ont été travaillés,

<sup>39</sup> Pour la variable lieu d'habitation, nous savons que cela peut être éphémère. Néanmoins, nous avons besoin de ce lieu au moment T du questionnaire pour croiser cet élément aux ressentis présents. Les changements de territoires et les effets sur l'autonomie seront approfondis lors des entretiens individuels.

observés et justifiés. Par les observations et les entretiens, nous avons pu construire une source d'information sûre et, nous l'espérons, représentative.

La deuxième partie, ci-dessous, traite du parcours de l'utilisateur au sein du CSAPA associatif. Comme dit précédemment, nous faisons une analyse plus poussée dans ce travail du premier questionnaire qui a été construit. Nous expliquerons, à la fin de cette méthodologie, les spécificités des autres questionnaires concernant le CAARUD et celui pour le terrain allemand. Cette section est construite à partir de questions fermées. Nous avons cependant introduit des éléments d'ouverture pour approfondir certains aspects.

La question ouverte apportant des informations plus riches, nous avons fait le choix d'en introduire pour faciliter le traitement sous la forme de questions mixtes. La première question concerne la fréquentation du CSAPA. Nous demandons à l'utilisateur depuis quand il est en contact avec cette structure. Sachant que le CSAPA s'organise autour de rendez-vous et que, par conséquent, sa fréquentation n'est pas libre, nous avons choisi des durées assez larges. Nous considérons que l'utilisateur qui fréquente le CSAPA depuis moins de six mois est encore novice, tandis que celui qui est en contact avec cette structure depuis plus d'un an la connaît au niveau tant de son fonctionnement que des professionnels.

### Le parcours de l'utilisateur dans la structure

|   |  |
|---|--|
| <b>9) Vers qui je m'oriente : (Plusieurs réponses possibles)</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Un(e) médecin  | <input type="checkbox"/> Un(e) éducateur(rice) spécialisé(e)                           |
| <input type="checkbox"/> Un(e) infirmier(ère)   | <input type="checkbox"/> Ce n'est pas moi qui décide, c'est le personnel qui m'oriente |
| <input type="checkbox"/> Un(e) psychologue  |  |
| <b>10) Votre implication dans le CSAPA : (Plusieurs réponses possibles)</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Je viens souvent aux rendez-vous   | <input type="checkbox"/> Je participe rarement aux activités organisées                |
| <input type="checkbox"/> Je viens rarement aux rendez-vous  | <input type="checkbox"/> Je ne participe jamais aux activités organisées               |
| → Pourquoi ? (précisez) .....   | → Pourquoi ? (précisez) .....  |
| <input type="checkbox"/> Je participe souvent aux activités organisées  |  |
| <b>11 a) Avez-vous rencontré d'autres personnes dans votre situation ici ?</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non   |
| <b>11 b) Si oui, vous ont-elles apporté de l'aide, des conseils ou des informations concernant votre consommation ?</b> |  |
| <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non   |
| <b>12) Aimeriez-vous vous impliquer davantage dans le fonctionnement de la structure ? (activités, réunions ...)</b>    |  |
| <input type="checkbox"/> Oui  | Pourquoi : .....   |
| <input type="checkbox"/> Non  | Pourquoi : .....   |

Nous abordons, à l'aide d'un choix binaire, la question de l'injonction thérapeutique. Suite à nos observations et à nos entretiens, nous savons qu'une partie des usagers fréquentant cette structure, sont présents par obligation judiciaire. Cette variable nous paraissait importante

à traiter car l'appréhension de la démarche de soin ainsi que les motivations peuvent différer selon cet élément.

Nous passons à une question concernant la première venue. Lors de cette première visite, nous souhaitons savoir ce que l'utilisateur est venu chercher. Cette question est à choix multiples puisque les demandes sont souvent plurielles.

Nous avons fait le choix de la restreindre en ne proposant pas de catégorie « *autre* ». Nous avons précisé au départ que l'utilisateur pouvait ne pas répondre à certaines questions. Ces choix nous permettent de connaître les besoins de l'utilisateur ainsi que ses motivations quant à la fréquentation de ce lieu. Pour généraliser cette question, nous abordons le thème des besoins des usagers lorsqu'ils prennent contact avec la structure. La première visite peut être caractérisée par une pluralité de demandes. Nous considérons que les visites suivantes amènent une focalisation sur certains sujets et que l'utilisateur connaît plus précisément les besoins auxquels peut répondre cette structure. De ce fait, nous avons choisi d'intégrer une catégorie « *autre* » pour nous permettre de nouvelles hypothèses à partir de besoins auxquels nous n'aurions pas eu accès avant.

Ultérieurement, nous demandons à l'utilisateur quel professionnel vient-il rencontrer lors de ces visites. Cette question intègre une injonction possible. Nous proposons le choix des orientations par les autres professionnels. Cet item a été mis en avant lors d'entretiens à travers un parcours organisé par la structure. Nous souhaitons ainsi voir si ce parcours est pratiqué ou s'il n'est que théorique.

Suite à cela, nous traitons de la question de l'implication. Elle est fractionnée en deux parties : l'une sur les rendez-vous, l'autre sur les activités. Pour les rendez-vous, nous n'avons pas souhaité intégrer d'échelle de participation pour savoir si l'utilisateur vient ou non. Le fait qu'il ne vienne pas, certaines fois, n'est pas une variable qui nous intéresse. L'objectif est de savoir s'il honore ou non, la plupart du temps, ses rendez-vous. Contrairement aux rendez-vous, les activités ne sont pas imposées.

En ce sens, nous avons introduit une échelle de valeur à trois phases : « *souvent* », « *rarement* » et « *jamais* ». Il nous semblait important de savoir si l'utilisateur participait ou non aux activités. Nous avons intégré le « *rarement* » du fait de la multiplicité des situations.

Certains usagers possèdent un travail et d'autres obligations personnelles qui peuvent entraver la participation. Les deux questions suivantes s'engagent sur le partage d'expériences.

Au travers de ces interrogations binaires, nous voulons mettre en lumière l'importance, ou non, pour l'utilisateur, de partager ces expériences avec d'autres individus en dehors des professionnels. Pour nous, cette volonté de partage avec les pairs, en opposition à l'exclusivité professionnelle, peut être une variable du degré d'autonomie et de vulnérabilité.

Nous terminons cette partie avec une question sur la demande d'implication. Nous souhaitons mettre en avant les possibles biais, présents dans notre question fractionnée sur l'implication dans le CSAPA, en révélant des situations et des spécificités individuelles qui pourraient mettre de côté certains résultats non généralisables.

Pour illustrer ce propos, un individu ayant répondu qu'il honorait ses rendez-vous mais qu'il ne participait pas aux activités pourrait traduire une volonté de plus grande implication par rapport à certains besoins qui ne sont pas forcément proposés ici. Ainsi, ces questions sont mixtes afin de mettre en avant de nouveaux besoins.

### Le traitement de substitution

Cette partie concerne les personnes qui sont sous traitement de substitution.

13) Êtes-vous actuellement sous traitement de substitution ?  
 Oui  Non (Si Non, veuillez passer à la question 28 directement, merci)  
Lequel ? (précisez) .....

14) Depuis quand prenez-vous ce traitement ? Quel est le lieu de prescription de ce traitement ?  
.....

15) Quelle est la durée de votre prescription actuelle ?  
 moins d'une semaine  1 semaine  2 semaines  3 semaines  1 mois

16) Combien de fois par jour prenez-vous votre traitement ?  
.....fois par jour

17) Avez-vous choisi ce rythme de prise du traitement ?  
 Oui, c'est ma décision  Non, c'est le médecin qui a choisi

18) Ce traitement répond-il à votre demande ?  
 Oui  Non  
→ Pourquoi ? (précisez) .....

19) Vous avez ce traitement parce que :

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous l'avez demandé | <input type="checkbox"/> On vous l'a imposé   |
| <input type="checkbox"/> On vous l'a proposé | <input type="checkbox"/> Ne veut pas répondre |

**20) Vous considérez cette substitution comme : (Plusieurs réponses possibles)**

Un traitement  Un moyen de contrôle, d'entrer dans les rangs de la société  
 Un moyen de sortir de ma consommation actuelle  Autre (précisez) .....  
 Une drogue comme une autre

**21 a) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous modifié la dose de ce traitement ?**

Elle a augmenté  Elle a diminué  Elle n'a pas changé (Si elle n'a pas changé, veuillez passer à la question 22 a)

**21 b) Qui vous a demandé ce changement ?**

J'ai voulu changer la dose, j'en ai parlé au médecin  Mon médecin me l'a imposée  
 J'ai changé ma dose seul(e), sans en parler à personne  Mon médecin me l'a proposée

**22 a) Votre mode de consommation a-t-il changé depuis que vous avez votre traitement ?**

Oui, il diminue  Oui, il augmente  Non

**22 b) Et depuis que vous fréquentez la structure ?**

Oui  Non

Ici, remplissez, s'il vous plaît, le tableau en choisissant

| <b>23) Depuis que vous prenez ce traitement de substitution :</b> |                                    |                                       |                                     |                                      |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Vous contrôlez votre consommation :                               | <input type="checkbox"/> Oui, plus | <input type="checkbox"/> C'est pareil | <input type="checkbox"/> Non, moins | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Vous avez confiance en vous :                                     | <input type="checkbox"/> Oui, plus | <input type="checkbox"/> C'est pareil | <input type="checkbox"/> Non, moins | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Vous faites des projets :   | <input type="checkbox"/> Oui, plus | <input type="checkbox"/> C'est pareil | <input type="checkbox"/> Non, moins | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Vous avez des relations sociales :                                | <input type="checkbox"/> Oui, plus | <input type="checkbox"/> C'est pareil | <input type="checkbox"/> Non, moins | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Vous faites des choix de vie (logement, profession...):           | <input type="checkbox"/> Oui, plus | <input type="checkbox"/> C'est pareil | <input type="checkbox"/> Non, moins | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |

---

**24) Avez-vous déjà pris un traitement de substitution sans prescription ?**

Oui  Non

**25 a) Vous est-il arrivé de vous procurer un traitement de substitution autrement que par les pharmacies et les centres spécialisés ?**

Oui  Non (Si Non, passez à la question 26)  Ne veut pas répondre

**25 b) Quelles sont les raisons ? (Plusieurs réponses possibles)**

Ma prescription était trop faible  Pour éviter de consommer d'autres produits  
 Les professionnels n'ont pas voulu me procurer une dose supplémentaire  Parce que c'est la même chose que ce que l'on trouve en pharmacie  
 J'ai raté le rendez-vous pour avoir ma prescription

**26) Que pensez-vous des traitements de substitution que l'on trouve dans la rue ?**

Pour Pourquoi : .....

Contre Pourquoi : .....

---

**27) Quel est le traitement idéal ?**

.....

Nous arrivons maintenant à la partie analysant le thème du traitement de substitution. Pour traiter la réception de la politique de réduction des risques, nous avons décidé de prendre un exemple de cette stratégie qu'est cette substitution. Cela nous permet d'explorer le thème de la réception et celui de l'autonomie dans la démarche de soin selon le rapport de l'utilisateur à ce traitement. Comme affirme Line Pedersen, selon la vision de soins prônée dans les centres

spécialisés, « *c'est à travers l'appropriation de ce traitement que l'utilisateur peut atteindre l'idéal de stabilisation, non seulement au niveau des consommations de psychotropes, mais aussi, symboliquement, par un retour à une vie "équilibrée" au niveau psychique, biologique et social* » (Pedersen, 2013, p. 34).

Pour débiter cette partie, nous demandons à l'utilisateur s'il est en traitement ou non. Les individus accueillis dans cette structure ne sont pas tous concernés par ce traitement spécifique à certaines consommations. Néanmoins, nous avons choisi de faire remplir ce questionnaire à tous les usagers, même s'ils ne sont pas sous traitement. Si la réponse à cette question est négative, nous demandons au répondant de passer les questions suivantes et indiquons celles qui le concernent. Pour ceux ayant une réponse affirmative, nous demandons de préciser le traitement. Nous interrogeons ce public précis sur la durée et l'ancienneté de cette prescription. Nous souhaitons voir, à travers ces questions, l'inscription de l'individu dans la structure. Nous pensons que ces deux variables peuvent avoir un impact sur les autres réponses. Une fois ce rythme traité, l'utilisateur peut nous informer sur la nature de la prescription. Nous avons l'intention de savoir si ce rythme est imposé par le médecin ou si l'individu a une marge de manœuvre individuelle.

Une fois ces caractéristiques définies, nous demandons au répondant de nous dire si son traitement actuel lui convient ou non. Nous laissons cette question sous une forme mixte afin de voir le degré d'imposition du traitement. Si l'utilisateur répond que le traitement ne lui convient pas, il peut ensuite expliquer les raisons. Celles-ci peuvent être d'ordre individuel ou provenir de l'extérieur. L'utilisateur pourrait, par exemple, indiquer que son traitement n'est pas assez intensif. Nous cherchons à affirmer ou infirmer la question précédemment posée sur l'implication du médecin. Nous avons beaucoup de questions de réaffirmation de sources précédentes afin de soulever d'éventuelles réponses inconscientes. Cette insistance est présente à la question suivante puisque nous demandons à l'individu d'où provient cette volonté d'entrer dans un traitement. Nous introduisons un item « *ne veut pas répondre* » du fait de cette insistance qui peut paraître pesante lors du remplissage. Nous sortons ensuite des objectifs et des raisons du traitement pour voir comment l'utilisateur considère ce traitement. Nous pourrions voir les représentations d'une des facettes de la réduction des risques et nous appuyer sur les réponses précédentes. Face à la difficulté de proposer des réponses plurielles et n'ayant pas assez de recul sur ces considérations au moment de la passation, nous avons décidé de proposer une case « *autre* », articulée avec une demande de précision.

Après le thème du traitement actuel, nous entrons dans ses modifications. Nous demandons à l'utilisateur si son traitement a changé au cours des six derniers mois. Cette question n'a pas pour objectif de connaître réellement s'il a subi des changements mais plus d'amorcer des questions autour des raisons de ces modifications. Si le traitement de l'utilisateur n'a pas changé, nous demandons à l'utilisateur de passer à la question indiquée, étant donné que les questions suivantes ne le concernent pas. Pour ceux qui ont eu des modifications, nous les interrogeons au sujet de l'impulsion de celles-ci. Ainsi, nous leur proposons quatre impulsions : de lui-même après avoir fait la demande auprès du médecin, de lui-même sans demande auprès de professionnel, par le médecin soit par proposition, soit pas imposition. Nous questionnons ensuite les résultats de ce traitement. Ces interrogations ont pour objectif de mettre en lumière les effets d'imposition ou de volontariat sur la consommation. De cette manière, nous observerons les conséquences de réductions des risques différemment proposées. Pour clarifier ces résultats, nous demandons au répondant si sa consommation a changé depuis sa fréquentation au CSAPA et non par rapport à son traitement. Pour aller plus loin dans les effets de cette prescription et des représentations des usagers sur ce traitement, nous demandons à l'aide d'un tableau si ce traitement a eu des effets sur le contrôle de sa consommation, la confiance en soi, la construction de projet, les interactions sociales et sur les choix de vie. Ces données ne sont pas vérifiables et restent très subjectives. Toutefois, le but de ce tableau est plus de voir les représentations qu'ont les usagers d'eux-mêmes du fait de cette entrée dans le dispositif que de disposer de données fiables sur l'avancement objectif des situations.

Nous poursuivons par la thématique du traitement de substitution « *de rue* ». Nous demandons à l'utilisateur s'il a déjà eu recours à cette substitution sans prescription. L'objectif de cette question est d'amorcer les raisons de ce choix et de comprendre les éventuels désavantages de la prescription. Pour insister sur ce thème, nous prenons une question mixte ou semi-ouverte, avec les pour et les contre de ce moyen de substitution sans ordonnance. Nous terminons par une question ouverte sur le traitement idéal. Nous cherchons à découvrir les besoins des usagers face à ce traitement et à déduire les inconvénients apportés par une structure.

La dernière partie concerne les besoins de l'utilisateur face à sa consommation et à la structure. Nous éclairons la notion d'autonomie en commençant par une question sur la fréquence de contact avec la structure, puis nous essayons de voir les raisons de ces contacts. Nous demandons à l'utilisateur si, au cours des deux derniers mois, il est venu ou si cette venue était liée à un besoin courant ou urgent. Nous souhaitons comprendre les automatismes des

usagers et les liens qu'ils entretiennent avec la structure d'accueil. Nous les interrogeons, dès lors, sur ce qu'ils attendent d'un médecin. Ces attentes sont des données précieuses sur l'appréhension de la démarche de soin et sur leurs attitudes.

## Les besoins des usagers

**28) Combien de fois êtes-vous en contact (physique ou téléphonique) avec le CSAPA ?**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> Une à deux fois par mois  |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine        | <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois |

**29) Au cours de ces deux derniers mois, avez-vous vu : (Plusieurs réponses possibles)**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le médecin pour une prescription        | <input type="checkbox"/> Un soignant pour un problème lié à l'injection |
| <input type="checkbox"/> Le médecin pour d'autres raisons        | <input type="checkbox"/> L'hôpital                                      |
| <input type="checkbox"/> Un travailleur social pour ma situation |   |

**30) Pour vous, le médecin devrait être : (Plusieurs réponses possibles)**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Une personne avec qui on peut parler de problèmes personnels                           | <input type="checkbox"/> Une personne qui prescrit les médicaments qu'on lui demande |
| <input type="checkbox"/> Une personne avec qui on peut parler d'injection                                       | <input type="checkbox"/> Une personne qui donne des informations sur les traitements |
| <input type="checkbox"/> Une personne qui ne pose pas trop de questions, qui nous laisse gérer notre traitement |  |

**31) Dans cette structure, les professionnels vous laissent-ils autonome ?**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, et cela me convient | <input type="checkbox"/> Non, et cela me convient |
| <input type="checkbox"/> Cela dépend pour quoi    | <input type="checkbox"/> Non, mais j'aimerais     |

**32) Pour vous, un bon traitement c'est :**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Venir le chercher une fois par mois sans revenir | <input type="checkbox"/> Quand c'est moi qui décide      |
| <input type="checkbox"/> Avoir le choix du traitement                     | <input type="checkbox"/> Quand le médecin me le prescrit |

**33) Votre priorité aujourd'hui concernant votre consommation c'est :**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> De me faire aider | <input type="checkbox"/> De m'en sortir seul | <input type="checkbox"/> Je suis bien comme ça |
|--|--|--|

**34) Qu'est-ce qu'être autonome veut dire pour vous ? (Plusieurs mots possibles)**

---

**35) Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : (Plusieurs réponses possibles)**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> L'autonomie         | <input type="checkbox"/> De la souplesse         |
| <input type="checkbox"/> Le conseil          | <input type="checkbox"/> De la rigueur           |
| <input type="checkbox"/> Juste un traitement | <input type="checkbox"/> Du soutien              |
| <input type="checkbox"/> Des informations    | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) ..... |

**36) Si des contraintes sont imposées, quelles sont celles que vous voudriez changer ?**

---

**37) Vous manque-t-il des choses dans cette structure ? (Plusieurs réponses possibles)**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informations sur les traitements  | <input type="checkbox"/> Des activités, des ateliers                                 |
| <input type="checkbox"/> Matériel de réduction des risques | <input type="checkbox"/> Des travailleurs de rue (aller à la rencontre, dans la rue) |
| <input type="checkbox"/> Le non-jugement                   | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) .....                                      |

Merci beaucoup pour votre participation très précieuse

Nous posons ensuite la question de l'autonomie, à savoir : s'ils se sentent autonomes au sein de la structure et si les professionnels leurs laissent cette occasion. Pour appréhender cette autonomie, nous les interrogeons sur ce qu'est un bon traitement à leurs yeux. Nous proposons les réponses suivantes : une prescription que nous pouvons venir chercher à notre guise, avoir le choix du traitement, une décision individuelle ou une prescription par un médecin. Nous cherchons à voir le degré d'attachement au professionnel et le degré d'autonomie de l'individu. Cette question est accentuée par la suivante concernant la priorité donnée par rapport à la consommation. Pour diminuer l'éventuel différentiel existant entre l'interprétation de l'enquêteur et de l'enquêté, nous proposons aux répondants de donner une définition de

l'autonomie. Nous souhaitons comprendre les traductions qu'ils en font afin de croiser les données précédemment recueillies avec celles-ci. Dans une perspective plus générale, nous posons une question sur les valeurs que les usagers cherchent dans une structure. Une fois leurs besoins mis en avant, nous leur demandons les contraintes actuelles, dans la structure d'enquête, qui leur posent problèmes. L'objectif est de hiérarchiser les priorités et les besoins. Nous terminons ce questionnaire en interrogeant les répondants sur les éventuels manques de cette structure. Nous introduisons un item « *autre* » pour élargir le panel de réponses possibles.

Ces explications détaillées ont été faites sur le premier questionnaire construit. Deux autres questionnaires ont été transmis. Le second concerne une structure sociale, le CAARUD. Il possède des similitudes avec la méthode précédemment explorée. Nous allons montrer les différences apportées à ce questionnaire pour le changement de structure.

Dans la première partie, introductive, nous avons commencé par demander si les usagers avaient rempli le questionnaire précédent concernant le CSAPA. Nous souhaitons voir s'ils fréquentent plusieurs structures et si cela joue un rôle dans la réception des différents dispositifs proposés. Les questions suivantes sur la méthode de remplissage, l'âge, le sexe et le lieu d'habitation ne changent pas. Dans la seconde partie, nous parlons du parcours de l'utilisateur dans la structure. Nous avons modifié le nom de l'établissement et apporté quelques autres changements sur tel ou tel item. Les questions relatives à la fréquence de contact, à l'ancienneté de la fréquentation, aux besoins et aux informations recherchées sont inchangées. Cependant, nous avons supprimé celle de l'injonction thérapeutique qui ne peut exister dans ce type de structure et celle de l'orientation car aucun professionnel spécialisé n'y travaille.

Nous avons également modifié les items des questions. Par exemple, nous avons parlé des statuts au sein de la structure, bénévole ou acteur. La partie suivante a été totalement bouleversée. Ne proposant pas de traitement de substitution du fait de son caractère non médical, ce type de structure offre davantage une aide sociale et matérielle. De ce fait, nous avons scindé cette section en trois, avec une partie concernant le programme AERLI<sup>40</sup>, une autre sur le matériel de réduction des risques et une dernière sur les actions. Pour le programme AERLI, nous abordons plusieurs thèmes : les motivations de participation, les besoins, les objectifs recherchés, les avantages et les désavantages du dispositif ainsi que les retours sur

---

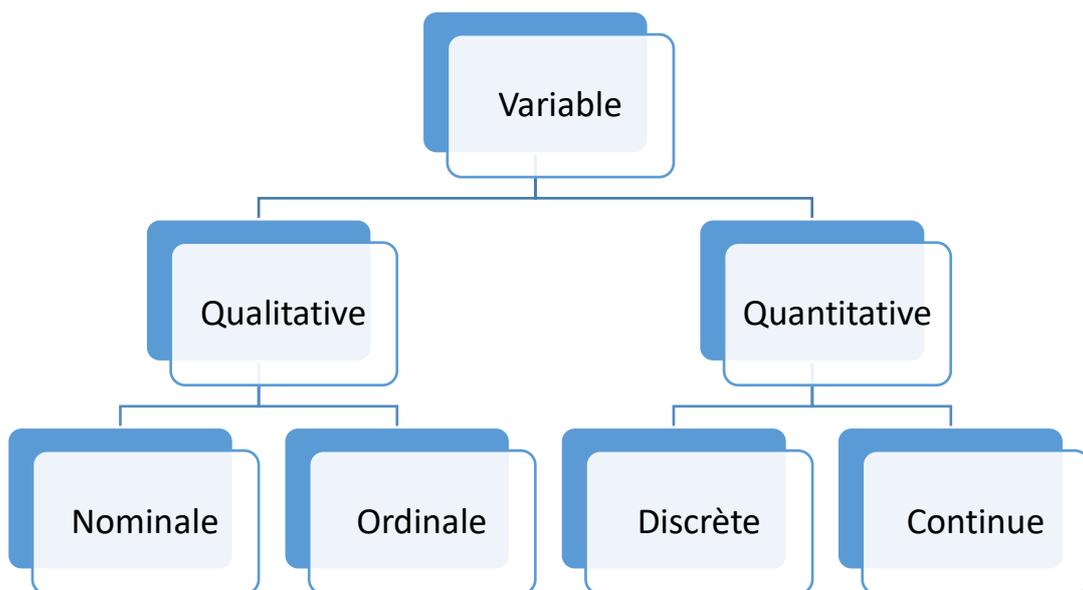
<sup>40</sup> L'AERLI est un programme d'Accompagnement et d'Éducation aux Risques liés à l'Injection. Il correspond à une intervention éducative en face à face sur les risques infectieux et dommages associés à l'injection de drogues.

cette expérience. Pour le matériel de réduction des risques, nous interrogeons les motivations et les besoins mais aussi les fréquences, les règles de la structure et les échanges lors de la récupération de matériel. Lorsque nous parlons des actions, nous posons des questions autour des thèmes suivants : la fréquence et le degré de participation, les thématiques, les motivations, les bénéfices et les inconvénients/manques. La dernière partie reste globalement similaire. Nous supprimons les questions qui concernent la représentation du médecin et celle sur le traitement.

Les derniers questionnaires construits n'ont pas subi beaucoup de changements. Ceux-ci étaient destinés au terrain allemand. La traduction a engagé des adaptations mais les objectifs restaient similaires. Ce changement de territoire a entraîné quelques modifications et ajouts. Nous avons apporté des thèmes supplémentaires : la salle de consommation à moindre risque avec la fréquentation, les objectifs individuels, les ressentis et les manques, la religion avec des questions autour de la fréquentation de ce type de structure, ses bénéfices et ses inconvénients, ou encore des questions sur les expériences dans d'autres *Länder*.

En ce qui concerne le traitement, les données seront analysées avec le logiciel SPSS version 27 (*Statistical Package for the Social Sciences*) et RStudio. Afin de bien choisir les tests statistiques, il a fallu déterminer le type de variables à étudier.

Il existe quatre types de variables souvent utilisées pour les analyses statistiques :



Dans le cadre de cette étude, nous travaillons uniquement avec les variables qualitatives (binaires ou multi-nominales). Cette information nous a permis de choisir les tests statistiques appropriés.

Notre objectif principal est de déterminer les profils des usagers de drogue pour chaque structure, et non pas de démontrer une hypothèse spécifique. Pour cette raison, il est préférable de choisir les analyses factorielles qui consistent à étudier les corrélations entre les variables de la base de données et, ensuite, d'en tirer les groupes de variables/valeurs (profils) significatifs.

Il existe plusieurs méthodes d'analyse factorielle en fonction du type de variables. Comme nous travaillons uniquement avec les variables qualitatives, la méthode que nous utiliserons est celle de l'analyse des correspondances multiples (ACM). Cette méthode consiste à étudier le lien entre plusieurs variables qualitatives par l'intermédiaire d'un tableau disjonctif complet et du tableau de Burt. Dans de tels tableaux de données, les individus (en lignes) sont décrits par un ensemble de variables qualitatives (en colonnes).

Toutefois, l'étude comporte un problème. Le nombre de participants/observations est assez faible par rapport au nombre important de questions et de variables dans notre questionnaire. Pour cette raison, il a été indispensable de réduire le nombre de variables *input* avant de commencer l'analyse factorielle. Plusieurs tâches ont été effectuées :

- enlever les variables dont une seule modalité est présente ou très dominante. Leurs valeurs seront donc considérées comme profil commun de l'ensemble des personnes de la structure en question ;

- les variables avec un nombre important de valeurs manquantes ne seront pas incluses dans l'analyse ;

- les variables/questions faisant partie du même *block* (catégorie) seront traitées ensemble ; une seule variable qui représente le groupe sera incluse dans l'analyse.

Afin de déterminer les profils des usagers dans chaque structure, à travers leurs réponses au questionnaire, une analyse des correspondance multiples (ACM) sera utilisée. Cette méthode consiste à étudier l'association entre plusieurs variables qualitatives. Elle permet d'aboutir à des cartes de représentation sur lesquelles nous pouvons visuellement observer les proximités entre les catégories de ces variables et les observations. Les *clusters* ou groupes des catégories, étant fortement corrélés, représenteront les profils des usagers de drogues.

Pour conclure, cet outil sera très appréciable dans la démarche comparative que nous souhaitons entreprendre. Il permettra, d'une part, de synthétiser, d'affirmer ou d'infirmer les réflexions et données des méthodes qualitatives et, d'autre part, de "balayer" un plus grand

nombre d'individus. L'enquête sur le terrain allemand a été plus difficile<sup>41</sup>, et cette méthode est apparue comme une réelle solution pour combler les éventuels manques liés à cette dissymétrie d'enquête entre La Rochelle et Göttingen. Contrairement aux autres méthodes utilisées, elle est consacrée uniquement aux usagers de drogues. Les entretiens avec les usagers sont plus difficiles à réitérer que ceux adressés aux professionnels. Nous avons focalisé le questionnaire sur les usagers sans nous engager dans la construction d'un autre, adressé aux professionnels.

**Tableau n ° 5 : Récapitulatif des méthodes employées dans les structures d'enquête à Göttingen**

| <b>Structures de Göttingen</b>                 | <b>Observation non participante</b> | <b>Observation participante</b> | <b>Entretien</b> | <b>Questionnaire</b> |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------------|
| <i>Straso</i>                                  | ×                                   | ×                               | ×                |                      |
| <i>Centre Drobz</i>                            | ×                                   | ×                               | ×                | ×                    |
| <i>Opentherapiezentrum</i>                     | ×                                   |                                 | ×                |                      |
| <i>Fachstelle für Sucht und Suchprävention</i> |                                     |                                 | ×                |                      |
| <i>Neue Chance</i>                             |                                     |                                 | ×                |                      |
| <i>Asklepios</i>                               |                                     |                                 | ×                |                      |
| <i>Massregelvollzugszentrum</i>                |                                     |                                 | ×                |                      |
| <i>Neue Arbeit Brockensammlung</i>             |                                     |                                 | ×                |                      |
| <i>Station 4099</i>                            |                                     |                                 | ×                |                      |

<sup>41</sup> Nous aborderons plus précisément les raisons de ces complexités dans la partie dédiée aux difficultés rencontrées dans notre travail.

**Tableau n° 6 : Récapitulatif des méthodes employées dans les structures d'enquête  
à La Rochelle**

| <b>Structures rochelaises</b>                | <b>Observation non participante</b> | <b>Observation participante</b> | <b>Entretien</b> | <b>Questionnaire</b> |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------------|
| Samu social                                  | ×                                   | ×                               | ×                |                      |
| CAARUD                                       | ×                                   | ×                               | ×                | ×                    |
| CSAPA  | ×                                   | ×                               | ×                | ×                    |
| Service Tranquillité Publique                |                                     |                                 | ×                |                      |
| Régie de quartier                            | ×                                   | ×                               | ×                |                      |
| Mairie de La Rochelle                        | ×                                   | ×                               | ×                |                      |
| Réseau addiction (région Nouvelle Aquitaine) |                                     |                                 | ×                |                      |
| CGID   | ×                                   |                                 | ×                |                      |
| Police Municipale                            | ×                                   | ×                               | ×                |                      |
| Police Nationale                             | ×                                   |                                 | ×                |                      |

*B.2) La « carte mentale »*

Avant les années 2000, les recherches en santé entraient dans une approche centrée sur le produit. Aujourd'hui, l'ensemble des experts ont changé de paradigme en centrant leur démarche sur l'utilisateur et sa pratique addictive. Les méthodes d'intervention ont alors évolué.

Dans le cadre du projet DRUSEC, l'équipe a développé un outil dans une approche spatiale des drogues : la « *carte mentale* ». « À partir du constat des effets délétères d'une gestion des risques par la répression au sein des espaces publics, l'objectif de cette méthode est d'élaborer un outil de diagnostic géographique pour les municipalités et les acteurs institutionnels » (Fahlke, 2019, p. 2). L'objectif comparatiste de ce projet a entraîné la création de méthodes qui mettent en perspective des données dans des espaces et contextes pluriels.

### *Construction de la méthode*

Pour présenter cette nouvelle méthode, nous avons choisi de l'expliquer en suivant son ordre d'application, de l'entretien à la cartographie. Nous situons cette méthode dans le contexte de notre travail, non dans celui du projet. Notons, tout d'abord, que les « *cartes mentales* » ont été utilisées uniquement dans une des deux villes de notre étude, à savoir La Rochelle. Le manque de temps sur le terrain allemand et le contexte sanitaire ne nous ont pas permis de pouvoir concrétiser cette méthode à Göttingen.

Cet outil associe le quantitatif et le qualitatif. Il rentre dans cette seconde approche en reposant sur un entretien traditionnel qui s'appuie sur une grille semi-directive ; néanmoins, il est accompagné d'un support matériel pour dessiner des cartes mentales qui rend cet outil particulier. Ces cartographies représentent « *l'espace vécu, les lieux associés à la consommation de [...] et les émotions associées à ces lieux* » (Germes, 2019, p. 2). Ainsi, l'entretien et le dessin sont indissociables ; c'est cette fusion que nous prendrons en compte pour produire nos résultats.

Cet entretien spécifique a eu plusieurs destinataires dont les habitants, utilisateurs des espaces de consommation de drogues de la ville, et les usagers accueillis et accompagnés dans le cadre d'addictions : « *Cette construction binaire façonne l'habitant comme un "sujet de la peur" et l'usager comme un "objet de la politique". Néanmoins, nous allons différencier les habitants en fonction de leurs groupes d'appartenance, "en tenant compte des rapports de force [...] et des ressources [...], des marginalisations et des vulnérabilités particulières [...]. Il s'agit ainsi de prendre en compte une multitude de variables, au lieu d'une catégorisation binaire" » (ibid., p. 4). Ces entretiens ont pour but d'appréhender la construction des peurs subjectives urbaines liées aux usages ainsi que les discours sur les risques objectifs de ces espaces en liant la drogue, l'(in)sécurité et les espaces. Lors de l'entretien individuel, il est demandé aux*

interviewés de dessiner des cartes mentales. Pour cela, cet entretien est scindé en quatre parties : les représentations des lieux, les pratiques et les appropriations, la place de la construction institutionnelle des lieux et les besoins des usagers. Plus en détails, voici la synthèse de son déroulement :

- un récit accompagné d'un dessin de l'espace de vie (repères géographiques) : espaces fréquentés quotidiennement, par exemple : « *Question 1.2* “Dans quels endroits vous êtes-vous rendu pour votre vie quotidienne, au cours de ces derniers mois ?” ». Dans cette partie, « *il est demandé à l'interviewé de dessiner sur une feuille vierge. Dans un premier temps, celui-ci doit définir un point qui représente son lieu d'habitation. Ensuite, lors des questions sur les déplacements quotidiens, il dessine sur la carte ses lieux en fonction du point d'habitation. Cette partie lui sert à créer des références lui offrant la possibilité de se projeter plus facilement sur sa carte. Nous avons choisi de ne pas donner un fond de carte avec les données géographiques afin de rendre le travail plus ludique et démystifier le côté savant de la cartographie. Une fois ces références créées, l'enquêteur demande de préciser les itinéraires et les moyens de transport afin de percevoir les chemins empruntés ou non (évitement) par les différentes personnes. Lorsque le récit d'expériences commence, l'enquête doit indiquer, de manière claire (par un dessin, une lettre ou un mot), les lieux dans lesquels elles se sont déroulées. Ainsi, plusieurs lieux comme les bars, les parcs, les discothèques ou les espaces privés apparaissent. Les précédentes étapes servent, en réalité, de fond de carte personnalisé* » (ibid., p. 6) ;

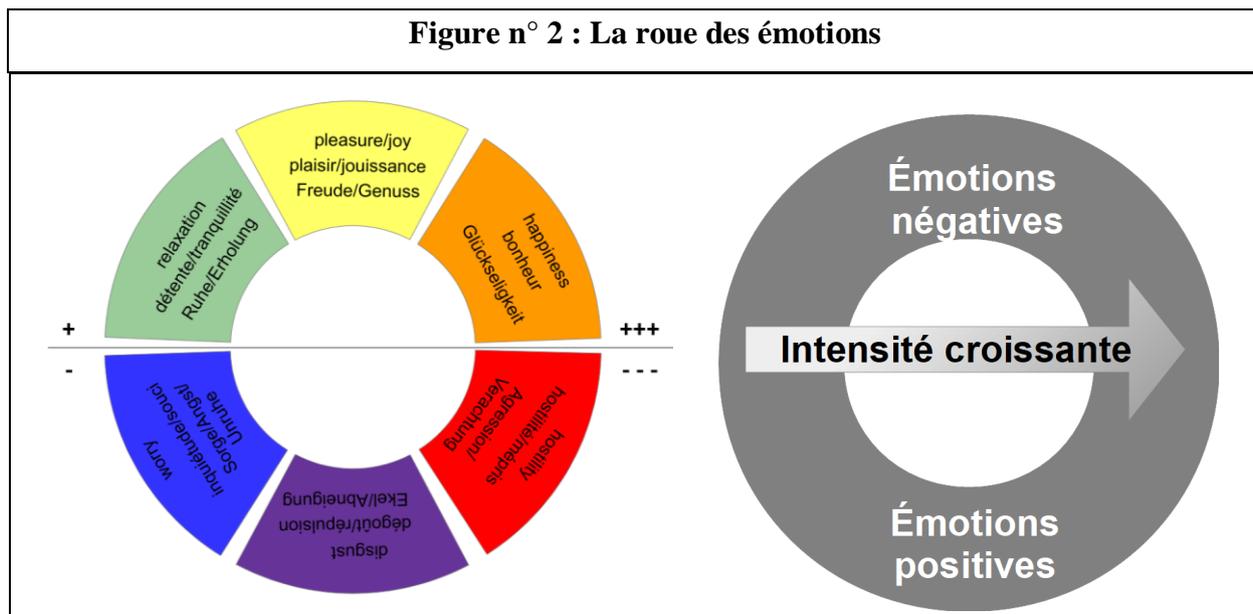
- un récit d'expérience avec/face à la consommation de drogues et d'alcool accompagné du dessin de ces lieux : proposition de lieux et de contextes types pour emmener l'interviewé à parler d'expériences personnelles, compléter les lieux en dehors de l'espace de vie, comprendre les choix qui ont menés la personne à emprunter tel ou tel itinéraires et endroits, par exemple : « *Question 3.6* “Avez-vous d'autres expériences de drogues, cannabis et/ou alcool dans des lieux festifs ou la nuit en contexte festif ? ” » ou, « *Question 3.7* “Avez-vous d'autres expériences de drogues et d'alcool dans la rue, dans des espaces publics ? ” » ;

- attribution d'émotions dans ces espaces précis : association d'émotions aux lieux, transposition à partir de la corporéité de l'interviewé, par exemple : « *Question 4.1* “Quels sont les lieux sur la carte qui te plaisent particulièrement et pourquoi ? As-tu une anecdote ? ” ».

« Un des aspects importants de l'outil est la prise en compte des émotions. Les lieux précédemment évoqués vont être entourés de couleurs selon les émotions que l'individu a ressenties lorsqu'il s'y trouvait. Chaque lieu est associé à une ou plusieurs émotions » (ibid., p. 6) ;

- identification de besoins en réduction des risques pour les usagers dans l'espace public ou les « on dit » concernant ces espaces : besoins en matière de réduction des risques, émotions externes, rivalités entre structures, etc. Dans cette dernière partie, nous demandons à l'interviewé de « dessiner sur la carte les besoins en termes de réduction des risques. En plus de lieux de consommations [...], nous apercevons l'émergence des manques en matière d'outils de prévention, dans l'espace urbain. Pour ce qui est des "on dit", les individus doivent entourer les lieux perçus comme plaisants ou déplaisants, dans l'imaginaire collectif, à travers un calque placé sur leur propre fond de carte » (ibid., p. 6).

Pour mener cette méthode, les émotions ont été rassemblées et organisées à la suite d'une phase-test pour construire une grille d'analyse. En plus de faciliter notre travail d'analyse avec une légende commune, cela permet à l'interviewé d'avoir un support pour entrevoir les émotions que nous avons décidé d'analyser<sup>42</sup>.



<sup>42</sup> Toutefois, l'utilisation d'émotions et d'une légende imposée pose des contraintes épistémiques. Les interviewés doivent entrer dans les catégories, postulats et manières de penser prévus dans la recherche. Pour aller plus loin, voir : <https://drusec.hypotheses.org/>.

La carte mentale prévoit une légende composée de six couleurs. Les choix sont d'ordre sémiologique et pratique : « *L'association d'émotions et de couleurs est fréquente dans les composantes d'une recherche sur les ressentis. Ce choix consiste à attribuer une signification émotionnelle à une nuance de couleur spécifique. Comme les émotions, les couleurs, par leurs spécificités, sont difficiles à catégoriser* » (ibid., p. 8). Les couleurs qui ont été choisies sont le bleu, le jaune, le rouge, l'orange, le violet et le vert.

Ces émotions sont réunies dans une grille d'analyse sous la forme d'une roue proposée à l'enquête au moment de l'introduction de la partie de l'entretien sur les émotions : « *Comme sur la figure ci-dessous, nous avons représenté des émotions positives et négatives dans des intensités modulables sous la forme d'une "roue" montrant la diversité des types d'émotions. Cette forme circulaire permet de ne pas contraindre à une orientation spécifique ni à un ordre préétabli. Celle-ci comprend une catégorie positive et une négative. Ces dernières se composent de deux types de gradients d'intensités : d'un côté, la détente, le plaisir et le bonheur ; de l'autre, l'hostilité, le dégoût et l'inquiétude. Ces deux pôles d'intensités séparés entre négatif et positif éclaircissent les réflexions sur la construction des choix des émotions. Cependant, "les termes que nous avons choisis pour désigner les émotions ne sont pas réifiés ni essentialisés, mais désignés comme des formulations contingentes qui peuvent être remises en question, formulées autrement". Ainsi, cette palette montre les deux aspects émotionnels que peuvent incarner certains lieux ou moments. Cette "roue" est à compléter avec les données du texte associé afin de voir les nuances et les contextes de ces émotions* » (ibid., p. 10).

Ainsi, c'est le rapport entre l'entretien et le dessin pris sous l'angle des émotions qui fait de cet outil une méthode innovante nommée « *Emomapping* » : « *Pour être utilisé, ce dessin cartographique ne peut être isolé des autres méthodes. Pour éviter la surinterprétation, l'entretien aide à déchiffrer la structuration d'un espace donné et révèle des informations supplémentaires comme les valeurs symboliques et sentimentales* » (ibid., p. 15)

*Apports de la « carte mentale »*

L'association du dessin cartographique et de l'entretien a pour but de faciliter les récits d'expériences, d'identifier les émotions selon les contextes et de reconstituer l'espace de vie urbain. « *Si elle diffère selon les cadres théoriques, elle n'est pas, ici, comprise comme l'émanation d'individualités et de ses représentations. Dans cette contribution, la carte mentale*

*est un outil de visualisation des pratiques, des expériences et des vécus : elle “est une représentation qui vient enrichir et complexifier la représentation urbaine des vécus et émotions attachés aux lieux urbains d'une diversité de groupes sociaux et aux relations des lieux entre eux”. Le dessin qui accompagne l'entretien offre l'occasion aux enquêtés de situer les espaces vécus, les expériences et les émotions correspondantes. Cette carte est un outil relativement classique de la géographie comportementale et de la géographie sociale. Dans un rapport de réciprocité, l'expression graphique complète celle orale, provenant de l'entretien. Elle apporte des informations supplémentaires davantage spontanées comme si le dessin détournait de l'autocontrôle les personnes interviewées » (ibid., p. 12).*

*« Par les récits d'expériences et la palette d'émotions, nous souhaitons comprendre les vulnérabilités et les risques. Cet outil constitue une synthèse de données pour un travail qualitatif dans le système d'information géographique. Les cartes mentales recueillies feront ressortir les similitudes et les différences entre les habitants selon les groupes sociaux, les pratiques de consommation, leur genre, etc. La mise en évidence des pratiques de l'espace par rapport aux consommations de drogues et d'alcool contribue à faire émerger les émotions associées à la pratique en contexte urbain. Cette approche possède deux objectifs : elle permet de saisir une pluralité d'émotions, sans se limiter au sentiment d'insécurité, et propose une démarche plus complexe. Les émotions, en elles-mêmes, ne font pas l'objet de cette recherche, mais sont davantage des matériaux pour comprendre les vécus et les pratiques des lieux urbains d'enquêtés divers. Ces modalités justifient les choix opérés » (ibid., p. 13).*

La carte mentale, couplée à l'entretien, permet de saisir les représentations de l'espace urbain par rapport aux pratiques de drogues. Nous allons ainsi montrer les savoirs auxquels cette méthode répond ainsi que sa faculté à nous aider dans la compréhension de la structure urbaine et des relations qui en découlent.

Dans le projet, ces cartes mentales sont analysées à l'aide du SIG (Système d'informations géographiques) qualitatif, méthode peu courante en géographie : *« Les SIG sont utilisés pour la géolocalisation, la formalisation et les calculs à partir de données spatiales. Sur le même principe, ils géolocalisent des données qualitatives. Le but de cet outil est de repérer les éléments dessinés dans les cartes mentales afin de créer des possibilités de comparaisons. Cela donne lieu à une mise en ordre, au croisement de données et au questionnement des matériaux recueillis » (ibid., p. 13).* Toutefois, notre connaissance

restreinte du logiciel et le manque de temps ne nous ont pas permis de pouvoir entrer dans cette partie de l'analyse, plus géographique. Si nous avons amoindri les possibilités de cet outil, les autres apports de la « *carte mentale* » ont été conservés et une autre fonctionnalité a été associée.

Ce dernier apport s'est construit à partir du questionnement suivant : comment justifier les besoins des usagers/structures auprès des acteurs institutionnels ? « *En partant du constat que, dans chaque ville, des intervenants sont amenés à faire des maraudes dans une démarche d' "aller vers", [nous avons pensé] apporter à cette méthode un outil supplémentaire, l' "itinéraire". Les enquêteurs observent les structures de réduction des risques, les espaces publics et participent également aux maraudes organisées par les différents acteurs de la ville tels que les mairies ou les structures aidantes. Ainsi, en plus d'y participer et d'observer, [nous allons] retranscrire l'itinéraire que nous empruntons. Par exemple, pour le SAMU social de La Rochelle, la maraude est faite en camion. [Nous allons noter] tous les chemins utilisés par ce dernier. À travers ce recueil de données, nous arrivons à découvrir les emplacements de consommations, connus ou non, ainsi qu'une éventuelle mise en lumière de lieux non répertoriés. Ces cartes itinéraires seront croisées avec les cartes mentales pour apercevoir les lieux qui sont occupés par la réduction des risques. Ces cartes donnent à voir les lieux où la réduction des risques est présente afin d'en déduire là où, potentiellement, il y a des manques » (ibid., p. 13).*

Les objectifs de ces itinéraires seront de comprendre les savoirs spatiaux des intervenants sur l'un de nos deux terrains, La Rochelle. Croisés aux savoirs oraux, ils offriront un balayage complet des savoirs formalisés et non formalisés.

#### *Limites théoriques et pratiques*

Plusieurs limites ont été mises en lumière dès la création de cet outil, lors de la phase réflexive et celle de test. Nous verrons trois obstacles, dont deux discutés collectivement avec les membres du projet, et une plus personnelle. Les deux premiers concernent le rapprochement de cette méthode avec la cartographie du crime et la notion d'insécurité comme moyen, non comme finalité. Celle personnelle a trait à l'appropriation de la méthode géographique.

Si la « *carte mentale* » est à destination des acteurs de terrains, certains d’entre eux ont évoqué des réticences par rapport au destinataire, à son projet politique et à la géolocalisation des données : « *Les objectifs habituels de répression et de surveillance de la cartographie ont été énumérés lors des réunions avec les professionnels de terrain. Nous avons alors expliqué notre but de mettre à disposition des acteurs un outil à même d’étudier au mieux les différentes situations et de comprendre les besoins des usagers* » (ibid., p. 13).

Toutefois, la cartographie critique « *nous apprend qu’il n’existe pas de carte sans positionnement politique – implicite, inavoué, inconscient peut-être [...] depuis la collecte des données jusqu’à la diffusion des visualisations. Selon les acteurs impliqués, les moyens à leur portée et les finalités qu’ils poursuivent, les différentes étapes de la production cartographique ouvrent des brèches à des manipulations conscientes et à des biais non intentionnels* » (Germes, 2019, p. 3). L’objet de ce type de cartographie est différent des cartes du crime dans sa construction comme dans sa conduite d’analyse.

La deuxième limite concerne la notion d’insécurité. Nous savons qu’elle est d’ordinaire associée à l’espace public et à d’autres lieux plus spécifiques. Une étude contenant ce sentiment rend obligatoire une justification puisque « *la construction politico-spatiale des discours autour de ce sentiment rend difficile son exploration. La peur est socialement construite par les idéologies sociétales et incarne une des stratégies de rapport de domination* » (Fahlke, 2019, p. 15).

Néanmoins, nous ne souhaitons pas utiliser le sentiment d’insécurité comme un angle de recherche même s’il entre dans notre étude ; nous analysons ces relations du point de vue de l’idéologie sécuritaire comme une construction médiatique et politique. En effet, « *la notion de peur utilisée [dans ce travail] constitue une émotion parmi d’autres. Nous ne l’étudions pas indépendamment d’autres comme le plaisir. Toutes ces émotions ont des variations d’intensité que nous voulons prendre en compte. La vulnérabilité des personnes est également une variable à saisir. Les peurs ne sont pas analysées comme un continuum puisqu’elles ne sont pas l’objet de cette recherche ni de ces cartographies. Nous avons voulu nous éloigner du concept d’insécurité par l’utilisation du terme “peur”* » (ibid., p. 15).

La dernière limite est plus personnelle, due à notre ancrage disciplinaire et à nos manques d’expérimentation en matière de méthodes cartographiques. Lors de l’appréhension

de la « *carte mentale* », nous avons eu du mal à percevoir l'intérêt supplémentaire de l'ajout d'un dessin à l'entretien traditionnel. Le travail, aux allures géographiques, était ainsi différent et nous ne savions pas si nous allions intégrer cette méthode à notre entreprise personnelle, la thèse.

Différent de l'outil plus connu en sociologie, « *mind map* », notre carte permettait de localiser les savoirs et de s'intéresser aux vécus selon les espaces et les émotions associées. Il aura fallu se détacher du fait que cette méthode n'était pas une finalité mais un moyen complémentaire d'analyse : « *Les cartes mentales ne sont donc pas le résultat de l'expression d'une individualité ou de l'idée que l'individu se fait d'un espace mais plutôt un "outil de représentation d'un espace de vie, des pratiques spatiales, de spatialisation des émotions et des besoins d'une personne, qui accompagne, complète et encourage l'entretien". La complémentarité entretiens/cartes mentales offre une compréhension plus fine et plus précise des significations et des raisonnements qui sont sous-jacents au contenu et à la structuration des cartes mentales* » (*ibid.*,p. 15).

### *B.3) Système d'information géographique (SIG)*

Le SIG est un système d'information qui vise le recueil, le stockage, le traitement, l'analyse et la gestion de données spatiales et géographiques. Ce sigle est souvent utilisé comme traduction aux sciences de l'information géographiques. Nous ne nous intéressons pas à cette science dans son entièreté mais plutôt à l'une de ces méthodes d'enquête. Dans notre démarche, nous avons eu comme base préliminaire l'observation. Cette dernière ne permettait pas de recueillir des données spécifiques aux politiques de la ville. Comment pouvons-nous avoir accès à ces informations avant l'utilisation d'entretiens ?

L'entretien est une méthode directe par laquelle nous pouvons avoir accès à ce type d'informations. Nous avons cherché une approche qui nous avancerait dans ce travail dès les débuts de notre recherche. Au commencement de notre enquête, nous avons accès à plusieurs structures. Nous participions aux permanences, aux activités et aux réunions de ces dernières. L'une des premières structures à nous avoir laissé entrer en son sein est le Samu social.

En tant que bénévole, nous étions partie prenante des maraudes véhiculées sur le terrain rochelais. Grâce aux observations réalisées lors de ces maraudes, nous avons pu voir que les tracés étaient assez délimités. Il convenait d'utiliser cet outil comme une base d'échanges sur

les savoirs spatiaux de la ville et l'appréhension du terrain d'intervention. Par la suite, nous avons pensé que ces parcours pourraient être intéressants pour appuyer les arguments et les points de vue des acteurs sur les éventuelles contraintes spatiales.

En ce sens, nous avons débuter un apprentissage de la méthode du SIG. Nous commençons déjà à enregistrer nos trajets à l'aide d'une application mobile, *Map Path*, lors des maraudes. La méthode du SIG sert à géoréférencer des données. Elle consiste ici à analyser les savoirs spatiaux d'acteurs rencontrés sur le terrain rochelais. Nous n'utiliserons pas cet outil dans ces diverses techniques sur nos deux terrains.

Celui allemand ne sera pas exploré de manière analytique à cause de difficultés inhérentes à ce travail<sup>43</sup>. Cette méthode ne sera qu'exploratoire. Tout d'abord, elle nous aidera à la construction de cartes pour présenter nos terrain d'enquêtes et leurs structures en lien avec l'usage de drogue. Ces créations faciliteront le travail de lecture des terrains avec la localisation des structures ainsi que leurs différences originelles.

Nous ne nous arrêterons pas pour autant à de simples cartes descriptives, et notre objectif principal est de mettre en lumière les diverses qualités de savoirs sur un territoire, de comprendre l'image de la ville et sa construction. Cet outil mettra en évidence l'émergence de savoirs spatiaux pouvant laisser transparaître les politiques locales liées à la précarité et à la drogue. Qgis, logiciel de traitement de données géographiques, nous permet la superposition de plusieurs données recueillies.

Grâce à cette superposition de cartes que nous avons enregistrées, nous souhaitons mettre en avant les lieux fréquentés par les intervenants ainsi que ceux mis de côté. Ces données seront ensuite croisées avec d'autres méthodes afin de rendre cet outil quantitatif davantage qualitatif<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Ces difficultés seront exposées dans la partie suivante.

<sup>44</sup> Nous ne dénigrons pas les méthodes quantitatives. Nous préférons appuyer l'aspect qualitatif vers lequel cette méthode peut conduire du fait de nos compétences modestes liées à cet outil. QGIS est une méthode nouvelle pour nous et nous nous sommes aidée de plusieurs tutoriels afin de réaliser les cartes de notre étude. Néanmoins, nous ne pouvions pas nous permettre d'aller plus loin compte tenu du temps imparti, l'autodidactie représentant une période d'apprentissage longue, et d'erreurs. Nous étions réticente sur le fait de manipuler de la mauvaise manière cet outil et de biaiser ainsi nos résultats. Nous nous sommes donc restreinte à des manipulations informatiques géographiques simples comme méthode observatoire.

L'utilisation d'une telle méthode n'a pas tant pour objectif la création de cartes que les interprétations possibles de celles-ci. Pour éviter les surinterprétations, les lectures de ces cartes seront croisées avec les données des autres méthodes.

**Tableau n° 7 : Récapitulatif des méthodes employées à La Rochelle et Göttingen**

| <i>Méthodes</i><br><i>Terrains</i> | Observation | Entretien | Questionnaire | Carte mentale | QGIS |
|------------------------------------|-------------|-----------|---------------|---------------|------|
| La Rochelle                        | ×           | ×         | ×             | ×             | ×    |
| Göttingen                          | ×           | ×         | ×             |               |      |

### C) Difficultés contextuelles

Un travail de thèse comporte toujours des difficultés inhérentes à l'objet ou contexte de l'étude. Pour cette partie, nous allons expliquer les complexités perçues par rapport à notre objet pour ensuite explorer celles liées à l'environnement de la recherche.

L'entrée sur un terrain est souvent délicate et nous devons procéder avec rigueur et réflexion. Faite précipitamment, elle peut avoir des impacts ultérieurs comme l'apparition de barrières ou de freins pour la mise en place de méthodes spécifiques ou encore le refus de rencontre. Nous avons donc décidé de prendre notre temps. Cette latence a été bénéfique pour l'évolution de la méthode d'observation. Cependant, les enquêtes de terrain au sein des structures n'ont été autorisées que six mois après l'amorçage de notre recherche. Malgré tout, ce temps a entraîné d'importantes lectures et une bibliographie massive. La bibliographie a été ajustée selon nos observations et nous avons tenté de préciser les thématiques tout en restant dans une observation urbaine et non interne aux structures.

Une fois nos entrées dans les structures françaises effectuées, nous avons été confrontée à une seconde difficulté. Selon la structure d'accueil, nous devons revêtir un statut différent, parfois bénévole, parfois professionnel, et parfois chercheur. Si ces différentes postures ont été négociées avec les acteurs internes et qu'elles ne posaient pas de réel problème en tant que telles, il nous était difficile de passer d'un statut à l'autre lorsque les observations ou les méthodes étaient mises en place le même jour dans des structures différentes. De plus, certains

usagers fréquentaient plusieurs structures que nous observions. Ces statuts ont été parfois mélangés et ont conduit à des questionnements de la part des personnes accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogue. Nous avons décidé d'être transparente en expliquant que, si notre statut de chercheur était toujours présent, nous devions parfois incarner celui de bénévole ou de professionnel, avec les tâches qui lui sont attribuées.

Ensuite, nous avons rencontré quelques complications en ce qui concerne la méthodologie de l'entretien concernant, en particulier, la population des usagers de drogues. Nous savons que cette population, dans nos terrains d'étude, est caractérisée par une grande précarité<sup>45</sup>. Cette particularité fait que nous étions face à une population, pour une large part, vivant dans la rue. Plusieurs travaux<sup>46</sup> montrent que leur rythme de vie est bouleversé. Les heures de repas, les réveils ou encore le rythme de sommeil sont différents que lorsque nous ne vivons pas à la rue. Évidemment, le moral d'une personne sans domicile fixe peut être très variable. Lorsque nous demandions à un usager de participer à un entretien individuel, son attitude était souvent enthousiaste et volontaire. Toutefois, entre la date prévue et le rendez-vous, la situation et le moral de la personne ont pu être modifiés<sup>47</sup>. Les aléas de la vie, couplés à ceux de la rue, nous ont souvent valu des rendez-vous manqués, mais nous ne pouvions pas demander aux usagers de faire des entretiens dans l'immédiateté lors d'une permanence ou après un rendez-vous. Ces moments sont souvent attendus par ces personnes et servent d'exutoires. Nous ne pouvions pas prendre ces moments, de manière autolâtre, pour notre étude. De plus, les usagers, lorsqu'ils viennent par exemple en permanence, ne sont pas forcément disposés à échanger dans une interaction duale. Ces instants sont caractérisés par le bien-être collectif et l'échange communautaire. Sans renoncer et avec insistance, nous avons réussi à effectuer des entretiens.

Ce sont ces mêmes rendez-vous manqués qui ont modifié notre méthode de passation du questionnaire. Nous souhaitions remplir celui-ci en présence de l'usager, non pas pour épier ce remplissage mais pour aider le répondant, si besoin. Après quelques tentatives au sein d'une

---

<sup>45</sup> Ces caractéristiques seront développées dans les parties concernant les terrains et leurs spécificités.

<sup>46</sup> Pour aller plus loin, voir PICHON Pascale (2010), *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.

<sup>47</sup> Cela pourrait être lié à une consommation trop forte, à la perte ou à la confiscation d'un animal, à l'échec d'une demande concernant un logement, à une aide financière, à une formation ou encore des situations communes comme des querelles au sein des pairs ou de la famille.

structure, nous avons pu remarquer un grand nombre de manquements au rendez-vous avec les professionnels, et notre travail était, de ce fait, improductif. Pour illustrer, nous avons parfois attendu une matinée au sein d'une salle d'attente pour rencontrer uniquement deux usagers. Même s'ils ont tous deux répondu, le calcul était simple. Si, en moyenne, nous avons deux répondants par matinée, soit quatre heures pour deux questionnaires, et que nous souhaitions cinquante questionnaires, il nous fallait cent heures, soit vingt-cinq matinées. Ce mode de passation a été écarté pour son aspect chronophage. Ces défauts de participation se retrouvaient également lors d'activités proposées par les structures. Si parfois l'activité affiche une liste de participation complète, nous avons fait face à plusieurs échecs avec des activités annulées au dernier moment pour cause d'un taux élevé de renonciation.

Les difficultés extrinsèques à l'objet sont diverses : contexte pandémique, inscription dans un projet avec des contraintes inhérentes ou encore mise en place de méthodologies. Nous nous inscrivons dans le projet DRUSEC (*Drugs and Urban Security*). Ce projet franco-allemand, composé de géographes et de sociologues, s'intéresse à la manière dont les consommations de drogues et d'alcool sont construites comme des enjeux de sécurité. Pour ce travail, chaque membre des équipes avait un thème de recherche plus précis à approfondir. Pour notre part, notre terrain rochelais nous a amenée à l'étude du contexte festif. Ce travail, s'il a pu nous apporter des clés pour la construction de cette thèse, n'entraîne pas véritablement dans la même thématique. Nous aurions pu cependant relier notre recherche à l'étude festive. Cette spécialisation ayant été menée quelque temps après l'amorçage de ce projet, nos réflexions sur notre thèse avaient déjà cheminé et les enquêtes étaient en cours. Subjectivement, nous souhaitions continuer sur le travail engagé.

Ce projet possède deux équipes : l'une française et l'autre allemande. Ce découpage volontaire a amené les équipes à travailler uniquement sur leur pays d'origine. Nous combinions nos analyses lors de *workshop* trimestriels, mais les échanges entre ces partenaires étaient réguliers car notre méthodologie devait être commune pour envisager l'assemblage de nos analyses. Malheureusement, cet aspect a été un problème pour notre travail de thèse. Nous devons uniquement nous concentrer sur le terrain français. Du coup, nous n'avons pas pu avancer notre enquête de terrain proprement dite en Allemagne. Nous avons pu pallier ce manque avec des prises de contacts virtuels ou encore avec des séjours courts lors de congés.

Notre contrat doctoral ayant pris fin en août 2020, nous avons programmé notre enquête à Göttingen en octobre et novembre 2020. Ce projet a échoué à cause de la crise sanitaire. Pour autant, nous n'allons pas attribuer ces manques pratiques uniquement à cette pandémie. Nous avons essayé d'atténuer ces manques grâce aux technologies informatiques telles que les visioconférences, les envois électroniques de méthodes (questionnaires), les échanges téléphoniques ou encore par mails.

La dernière difficulté dont nous souhaitons faire part concerne les méthodologies. Pour réaliser des entretiens, nous pensons qu'il est bénéfique de nous retrouver, si ce n'est seul avec l'interviewé, dans un endroit suffisamment calme pour conserver l'anonymat de l'entretien, instaurer une confiance mutuelle et maximiser la concentration de l'enquêté comme de l'enquêteur.

Cette volonté a été difficile à mettre en place dans notre travail de recherche. Les structures ne disposaient pas de bureaux ou de salles non occupés. Nous avons dû faire ces entretiens en zone urbaine, dans des parcs ou des brasseries à des heures où la fréquentation y est moindre, ou encore chez les usagers. Dans ces situations, nous étions soit dépendante des conditions climatiques et des heures d'affluences, soit dans une démarche délicate de demande d'invitation chez les personnes. Nous ne faisons aucune de ces demandes, nous proposons à l'usager de choisir le lieu dans lequel il souhaitait participer à cet entretien.

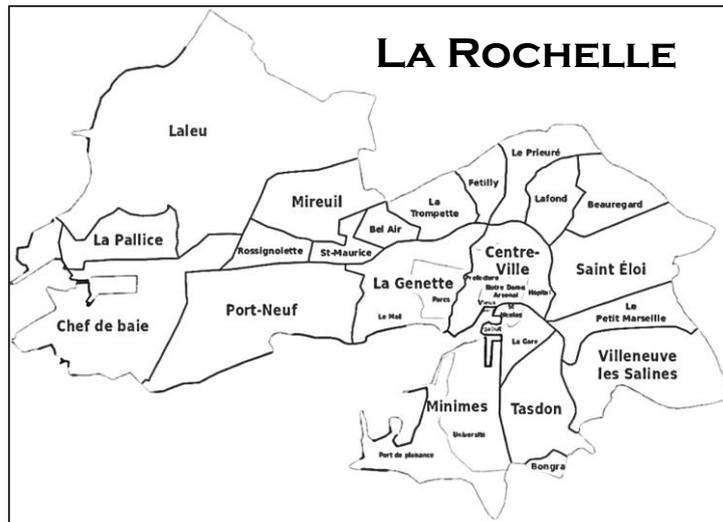
### 3) L'analyse comparative

Cette partie est consacrée à l'approche comparative dans laquelle notre travail s'inscrit. Du fait de la multiplicité d'analyses comparatives existantes, nous nous devons d'explicitier en détail notre démarche. Pour montrer la perspective choisie, nous allons tout d'abord découvrir le cheminement de sélection de nos terrains d'enquêtes. Nous expliquerons les raisons de ces choix qui sont liés intrinsèquement à notre étude et extrinsèquement au projet dans lequel nous nous inscrivons.

Ensuite, nous définirons l'analyse comparative dans laquelle nous entrons pour délimiter le cadrage de cette méthodologie. À travers ce cadrage, nous pourrions explorer les éventuelles limites présentes dans cette analyse ainsi que les pièges que nous essayons d'éviter. Enfin, nous terminerons par les raisons et les objectifs de ce choix méthodologique spécialisé.

## A) La sélection des terrains

**Carte n° 1 : Découpage par quartiers : La Rochelle et Göttingen**



Source : Extraction Qgis, avril 2020.

La sélection des terrains est le fruit de réflexions mêlant faisabilité, pratique et pertinence. Le choix de cas dans une démarche comparative est souvent intuitif et pragmatique. Cela n'enlève pas la pertinence de la comparaison au regard de notre problématique de recherche et de la chronologie. De plus, quelle que soit l'unité de comparaison sélectionnée, prendre en considération dans une étude d'autres situations à son objet de recherche est souvent fructueux.

Notre inscription au sein du projet DRUSEC a, en partie, façonné notre choix de terrain français. Ce projet a eu pour objectif de construire des enquêtes spécifiques dans plusieurs villes de France et d'Allemagne. Lors de l'appel à projet, les membres de l'équipe française ont choisi

la ville de Bordeaux comme terrain principal. Ce choix était lié aux caractéristiques de la ville mais également parce que Bordeaux allait être le siège de l'équipe française. Lorsque nous sommes arrivées au sein de ce projet, nous avons commencé à travailler sur cette ville. Toutefois, elle était déjà couverte par l'un des membres permanents de DRUSEC. L'avancement de ce projet nous a conduit à enquêter à La Rochelle. La décision des différents membres du projet, dont la nôtre, s'est établie à partir de la thématique festive. En effet, La Rochelle est une ville de la côte ouest caractérisée par son tourisme et ses organisations d'événements festifs. Elle est la sixième ville en matière de trafic de drogues au niveau national selon les dires du procureur rochelais. Pour le projet, notre enquête s'est focalisée sur cette ville et le travail autour du rapport entre la fête et les drogues. De ce constat, notre choix de terrain a suivi cette intention afin de pouvoir lier ces deux études et de ne pas doubler le travail d'enquête, ce qui aurait été chronophage.

La Rochelle a donc été notre premier terrain d'étude et nous avons pu mettre en lumière des spécificités intéressantes par rapport à notre thématique. Outre son aspect festif, c'est une ville touristique qui attire des populations plurielles. Cette caractéristique entraîne une augmentation de la population précaire et sans-domicile fixe. Ce type de population est très représenté au sein des structures que nous avons observées au début de notre enquête. S'il est difficile de travailler auprès de publics précaires ou de consommateurs de drogues, nous souhaitons également voir, à travers la spécificité engendrée par le tourisme, le travail auprès de populations "passagères". Nous nous sommes aperçues que les structures accueillent des populations mouvantes. Cette caractéristique était intéressante à étudier du point de vue de l'accompagnement. Cette technique sociale souligne une intervention sur le long terme, "complexifiée" auprès d'une population éphémère ou du moins itinérante. À la suite de nos observations, nous avons fait le choix de sélectionner le terrain de La Rochelle pour notre étude. D'autres caractéristiques comme l'implantation de plusieurs structures médicales et sociales dans le domaine de l'addiction, la présence d'un collectif lié à cette thématique ou encore l'intérêt pour le rapport entre l'implication de la ville auprès de publics aux besoins possiblement antagonistes (le tourisme et la précarité) sont des thématiques ayant été vecteurs de notre choix. De plus, la ville de La Rochelle est perçue, à tort ou à raison, comme innovante et en amont au niveau social, plus spécifiquement dans le domaine de l'addiction.

La sélection précédente mêlait pratique, par rapport à notre inscription dans un projet pour lequel nous avions un terrain d'enquête précis, et pertinence avec l'ensemble des

caractéristiques de cette ville. Cette sélectivité et ces principes ont été des conditions mises en application par rapport à notre second choix de terrain. Pour notre travail de thèse, nous souhaitons entrer dans une démarche comparative. Nous avons décidé de nous diriger vers l'Allemagne pour plusieurs raisons : notre connaissance, même modeste, de la langue, notre inscription dans un projet (en l'occurrence franco-allemand), les correspondances culturelles et géographiques par rapport à la France, la présence importante et ancienne de la politique de réduction des risques et les représentations françaises positives par rapport à ce pays sur cette thématique. Le fait que le projet DRUSEC s'intéresse aux terrains français et allemand nous a engagé dans ce choix comparatif. Dans notre réflexion, cette caractéristique nous permettra d'alimenter le projet tout en ayant accès à des contacts et des données plus facilement. De plus, nous savons que ces pays, géographiquement proches, ont des attitudes culturelles similaires. Si nous avons choisi un terrain d'étude culturellement plus éloigné, nous aurions dû focaliser une grande partie de notre travail sur une analyse culturelle. Malgré ces familiarités, nous savons que la politique de réduction des risques officielle est plus ancrée en Allemagne qu'en France quant à l'ancienneté et à l'évolution. Cela construit des représentations positives de la part des Français par rapport aux pratiques allemandes. La superposition de ces deux terrains a été décidée à partir de l'ensemble de ces caractéristiques tant pratiques que pertinentes.

Nous entrons maintenant dans la sélection précise du terrain allemand. Il nous fallait trouver une ville aux caractéristiques démographiques proches de celles française. L'Allemagne est un pays fédéral et se compose ainsi de plusieurs *Länder*. Cette spécificité a engagé une réflexion en entonnoir. En cela, nous nous sommes d'abord demandée quel État nous intéressait le plus par rapport à notre objet d'étude. Nous savions que Berlin, Hannover ou Francfort ne pouvaient pas entrer dans notre sélection. Ce choix aurait été privilégié si nous avions eu comme ville d'enquête Paris, Bordeaux ou encore Toulouse. Toutefois, pour La Rochelle comme terrain de comparaison, ces villes allemandes n'auraient pas été pertinentes puisqu'elles possèdent des activités économiques, sociales et politiques à des échelles supérieures. Berlin et Brandebourg ont été retirés de notre sélection. L'État de Berlin aurait uniquement été retenu pour sa ville, capitale, qui n'aurait pu être comparé qu'avec Paris. Quant à celui de Brandebourg, il ne possède pas de réelles grandes villes correspondant à notre ville française en matière d'attractivité puisque l'ensemble de ce territoire se focalise vers l'État central qu'est Berlin.

Nous avons décidé d'évincer ceux de la Baden-Württemberg et de la Bavière puisqu'ils sont caractérisés par un fort conservatisme qui resterait un frein important à la mise en place d'une politique de réduction des risques en Allemagne. Une fois ces différents États écartés, nous nous sommes aidée d'un site web<sup>48</sup> qui met en exergue les lieux des salles de consommation à moindre risque. Nous présentons, ci-dessous, une carte montrant la localisation de ces dernières. En ce qui concerne les États non nommés précédemment, nous ne nous intéresserons pas à une ville présente dans les États de Mecklenburg-Vorpommern, de Sachsen, de Sachsen-Anhalt et Thüringen. Ceux-ci ont, en effet, peu de structures dédiées et répertoriées. Si nous voyons quelques explications à ce vide médical et social par rapport au domaine de l'addiction dans notre partie dédiée aux résultats, nous ne choisissons pas de retenir une ville présente dans ces États. Nous souhaitons sélectionner un État dans lequel la politique de réduction des risques est développée. Ainsi, nous devons en choisir un présent dans l'ouest de l'Allemagne.

Dans ces derniers États, celui de la Niedersachsen était comparable à la Nouvelle-Aquitaine quant à sa superficie et à son nombre d'habitants. S'ajoute à cela une question de facilité d'enquête avec la présence de membres de notre famille. La « *ville-État* » de ce *Länd* est Hanovre. Pour autant, comme nous l'avons précisé plus haut, nous ne pouvions pas prendre une ville d'une telle ampleur par rapport au terrain français sélectionné.

Les villes principales de cet état sont les suivantes : Hanovre ; Brunswick ; Osnabrück ; Oldenbourg ; Göttingen ; Wolfsburg ; Salzgitter ; Hildesheim ; Wilhelmshaven ; Delmenhorst ; Celle ; Lunebourg. Nous avons, à partir de cette liste, procédé par élimination. Les deux premières villes que sont Hanovre et Brunswick sont à des échelles démographiques supérieures à La Rochelle. Ensuite, si nous regardons au niveau du nombre d'habitants, la question était de savoir si nous nous intéressions aux chiffres de la municipalité ou à ceux de l'agglomération. Après nos observations préliminaires, nous avons pu voir que les structures rochelaises ne se concentrent pas uniquement sur la municipalité et s'occupent également de la communauté d'agglomération comptant les neuf communes suivantes : La Rochelle, Aytré, Périgny, Saint-Rogatien, Puilboreau, Lagord, Châtelailon-Plage, Angoulins et L'Houmeau.

---

<sup>48</sup> <https://www.drogenkonsumraum.net/>.

De ce constat, nous allons retenir le chiffre démographique de 134 000<sup>49</sup> habitants. À partir de ce chiffre, notre choix se précise puisqu'il n'y a que deux villes qui possèdent un chiffre comparable : Göttingen et Wolfsburg. Wolfsburg est la grande ville la plus proche d'Hanovre. Cette capitale de la Basse-Saxe comporte une salle de consommation à moindre risque. De ce point de vue, nous avons souhaité, par méfiance par rapport à l'attractivité de cette ville, nous éloigner en choisissant Göttingen, au sud de la Basse-Saxe. De plus, pour comprendre le rayonnement d'une grande ville et ses effets, sans se concentrer sur celle-ci, il nous semblait nécessaire de s'éloigner géographiquement.

Pour finir, nous allons évoquer des caractéristiques communes entre ces deux villes lorsqu'aucune enquête n'a encore été engagée. La Rochelle et Göttingen sont toutes deux des villes étudiantes où cette population représente une grande part de l'activité. Les universités y prennent une place importante, même si le réseau de Göttingen est un pôle plus connu. Dans cette ville allemande, ce réseau est très développé dans le domaine de la santé. Cette caractéristique nous intéresse d'autant plus qu'elle nous permettra de voir si cette spécialisation impacte la ville par rapport aux dispositifs mis en place pour les consommateurs de drogues.

## Cartes n° 2 : Les salles de consommation à moindre risque en Allemagne



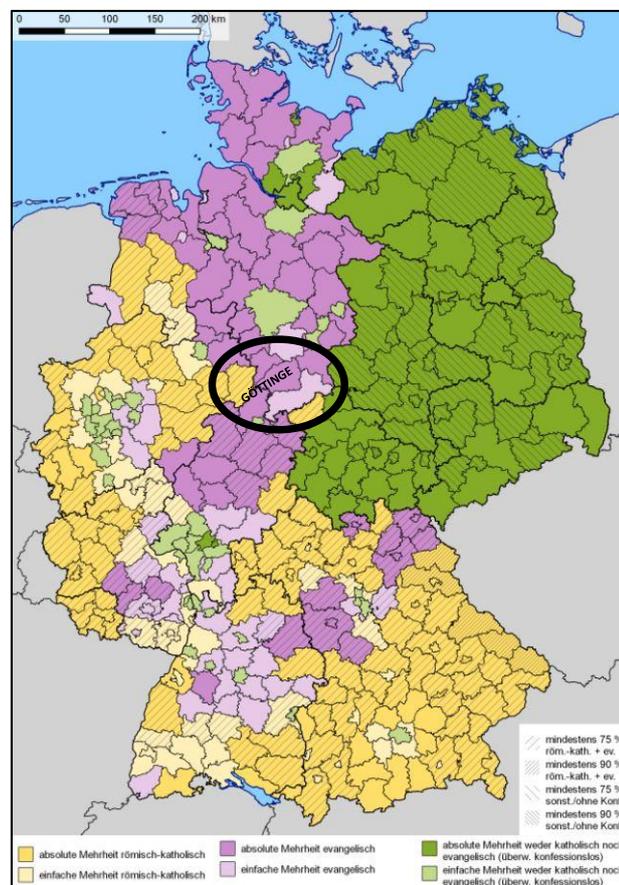
Source : extraction avril 2020, <https://www.drogenkonsumraum.net/>.

Les taux de chômage en France et en Allemagne sont respectivement de 9 % et 6,3 % en 2020. Ce taux est, dans les deux villes enquêtées, d'un point de pourcentage plus bas que les moyennes nationales, c'est-à-dire en 2020, 7,8 % à La Rochelle et 5,3 % à Göttingen.

<sup>49</sup> Ce chiffre était, selon l'INSEE, de 133 589 habitants en 2018. Nous décidons de l'arrondir au millièmè près puisque nous souhaitons des villes aux démographies proches sans pour autant avoir une telle précision.

Outre ces aspects plutôt similaires, nous pouvons évoquer la religion. Depuis la réunification de l'Allemagne, le protestantisme est légèrement majoritaire avec 29 millions de protestants contre 27 millions de catholiques. L'ancienne RDA fait partie des régions les moins religieuses du monde avec, par exemple, un pourcentage de non-religieux, pour tous les États, de plus de 60 % (Berlin : 62,6 % de non-religieux en 2011 ; Saxe-Anhalt : 79,6 % en 2011). À l'inverse, l'État de la Basse-Saxe ne compte que 25,8 % de non-religieux. L'affiliation religieuse la plus représentée dans cet État est celle protestante. Quelques districts comme celui d'Hanovre ou d'Harburg possèdent une population davantage catholique. Sur cette carte, deux districts ont une affiliation protestante plus modérée que dans le reste de la Basse-Saxe. Ce sont Göttingen et Hildesheim, deux districts ayant une grande part d'étudiants au sein de leur population. Ainsi, même si cette affiliation est plus relative à Göttingen, nous voyons que le protestantisme est encore l'affiliation la plus présente.

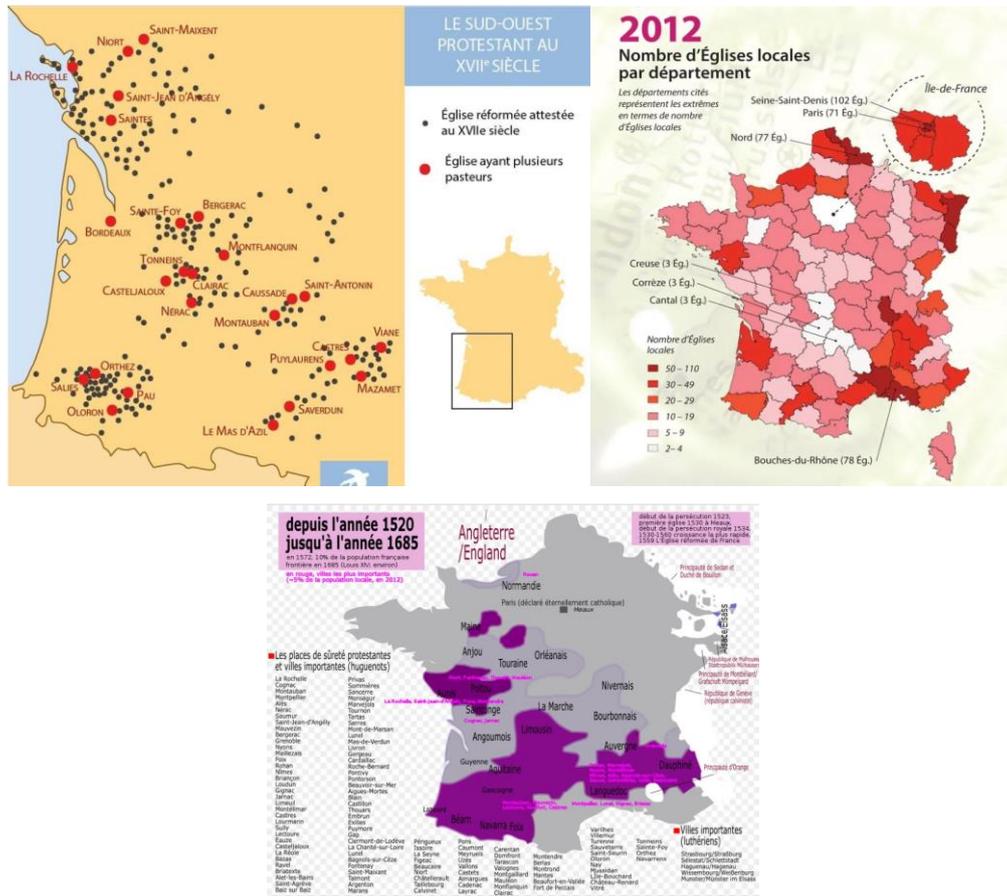
**Carte n° 3 : Principales confessions religieuses en 2011 en Allemagne**



Source :

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Konfessionen\\_Deutschland\\_Zensu\\_2011.png?uselang=fr](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Konfessionen_Deutschland_Zensu_2011.png?uselang=fr)

## Carte n° 4 : Évolutions du protestantisme en France de 1520 à 2012 : présence du protestantisme et des Églises protestantes



Sources : <https://about-history.com/the-beginning-of-the-major-french-wars-of-religion/> ; <https://www.la-croix.com/Urbi-et-Orbi/Actualite/France/Le-protestantisme-evangelique-de-plus-en-plus-implante-en-France-2013-01-23-902780> ; <https://museeprotestant.org/notice/cartes-xviie-siecle/>

En ce qui concerne La Rochelle, sans revenir précisément sur l'histoire de la Guerre des Religions, nous savons qu'elle a été assiégée lors de ces guerres du fait de sa situation géographique, et par rapport à la grande part de protestants en son sein, plus de 80 % de sa population. Cette historicité a laissé des traces. Nous voyons encore la présence d'Églises protestantes réformées<sup>50</sup>. Ces deux villes possèdent ainsi des caractéristiques historiques religieuses communes qui nous permettront de comprendre si elles ont des effets sur le domaine de l'addiction. Nous verrons plus loin, dans la partie consacrée aux résultats,

<sup>50</sup> L'Église réformée est, depuis 2013, rassemblée à celle évangélique luthérienne de France pour former l'Église protestante unie de France.

l'impact des raisons culturelles, d'ordre historique et religieux, face à la résistance aux politiques de réduction des risques.

## B) Cadre général de l'analyse comparative

Les méthodes sur la comparaison sont peu présentes dans les ouvrages destinés à l'apprentissage de l'enquête. Ce vide méthodologique inscrit cette stratégie comme allant de soi et n'ayant aucun besoin quant à la construction d'outils ou à la démarche scientifique particulière. Ce constat est d'autant plus étonnant en sociologie puisque les pères fondateurs, comme Émile Durkheim, Auguste Comte, Max Weber ou encore Georg Simmel, s'inscrivent plus ou moins dans cette méthode. L'essor de cette stratégie dans notre domaine se situe dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle lorsqu'il y avait une volonté de légitimation de la sociologie comme science. D'un regard davantage implicite par rapport à la sociologie se voulant comparative, cette science posséderait cette caractéristique dans son essence. Ainsi, Émile Durkheim avance que « *la sociologie comparée n'est pas une branche particulière de la sociologie ; c'est la sociologie même, en tant qu'elle cesse d'être purement descriptive et aspire à rendre compte des faits* » (Durkheim, 1986, p. 169). En effet, la comparaison est présente dans toutes les démonstrations scientifiques.

Toutefois, la comparaison ne doit pas être une fin en soi et doit être utilisée à bon escient. Cette méthode reste un moyen d'interroger un objet différemment pour, par exemple, accompagner une politique, la compléter et pallier certains manques. La mise en regard explicite présente dans une démarche scientifique ouvertement comparatiste est aujourd'hui liée aux comparaisons internationales du fait de la mondialisation tant économique que sociale, culturelle ou scientifique. Ces démarches de comparaison ne se restreignent pas, pour autant, à la mise en relief de deux sociétés différentes et peuvent comporter de nombreuses échelles. La multiplication des recherches comparatives a mis en lumière quelques dérives liées à l'élaboration de leurs cadres. Nous pouvons remarquer que cet élan méthodologique a construit des places différentes à ce type d'analyse qui sont à expliquer dans chaque travail scientifique. Il ne faudrait pas s'engager dans des énumérations descriptives ou une juxtaposition de monographies sans démarche de synthèse corrélée qui pourraient être considérées comme de

fausses comparaisons<sup>51</sup>. Selon les travaux et le choix du chercheur, la comparaison peut prendre plusieurs facettes comme celle d'une description, d'une classification ou d'une explication.

Partant de ces constats, nous pouvons nous demander ce que comparer veut dire. En premier lieu, comparer aurait pour objectif de relever des différences et des points communs, entre les terrains sélectionnés, en fonction d'un critère défini par anticipation par le chercheur et qui orientera son regard : « *L'important est de retenir que comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère* » (Sartori, 1994, p. 22) ; dès lors, « *il faut entendre la mise en regard systématique, la confrontation d'au moins deux cas sous un angle particulier, défini par le chercheur* » (Vigour, 2016, p. 6).

Si comparer fait l'objet d'une construction, l'ensemble des analyses comparatives n'a pas la même finalité. Les collectes de données, les différentes réalités de terrain ou encore la temporalité sont des éléments à prendre en compte dans la construction de cette méthode. Cette stratégie possède plusieurs objectifs selon les travaux de recherche et leurs objets d'étude. Elle peut s'engager dans l'identification d'universaux, la mise en lumière de propriétés singulières d'une société, celle des formes d'articulation spatio-temporelle d'un phénomène<sup>52</sup>. S'ajoutent une possible volonté de prendre de la distance par rapport à des familiarités, une meilleure connaissance de l'autre ainsi que les transferts entre eux ou encore la classification et la généralisation.

La comparaison est un instrument de compréhension et d'explication et ne reste pas uniquement centrée sur un objectif comparatiste. En ce sens, elle permet, en plus de la mise en évidence d'hypothèses et l'établissement de relations entre variables, le test d'hypothèses préalablement développées. « *La méthode comparative est souvent considérée comme l'équivalent ou le substitut pour les sciences sociales de la méthode expérimentale dans les sciences naturelles* » (Vigour, 2016, p. 58). Cet aspect de substitution de l'expérimentation engage d'ailleurs l'appréhension de cette méthode comme moyen d'administration de la preuve. Si elle n'est pas au même degré que les méthodes quantitatives comme les statistiques, elle peut

---

<sup>51</sup> Ces différents pièges sont expliqués et détaillés dans l'ouvrage de PAUGAM Serge (2012), *L'Enquête sociologique*, Paris, PUF.

<sup>52</sup> VIGOUR Cécile (2016), *La Comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte, pp. 42-49.

être perçue comme une méthode de contrôle de la pertinence des relations causales mises en avant ainsi que des leurs interprétations.

Nous avons posé le cadre global d'une analyse comparative<sup>53</sup> afin de pouvoir expliciter plus précisément l'ancrage de notre étude. La partie suivante délimitera cette démarche tout en montrant les objectifs et les raisons de ces choix.

### C) Une recherche comparée spécifique

Suite aux différents pièges relevés dans la section précédente, nous avons décidé d'organiser notre travail d'analyse des résultats sous la forme de trois chapitres : l'un portant sur une monographie de notre terrain français, La Rochelle, un autre sur une monographie outre-Rhin, Göttingen, et le dernier sur la synthèse comparative de ces deux investigations.

#### *C.1) Place, forme et objectifs*

Tout d'abord, pour cadrer pertinemment notre démarche, nous ne ferons pas une analyse comparative par analogie, homologie ni une analyse contre-factuelle. Ce dernier type d'analyse sera néanmoins utilisé dans notre partie sur les résultats. En effet, l'analyse contre-factuelle s'enracine autour de la question suivante : si un événement n'avait pas eu lieu, quelles auraient été les conséquences ? Cette étude historique est hypothétique et nous servira de justification et d'ouverture sur des travaux plus ciblés.

La comparaison est l'établissement de rapport entre deux objets, leur mise en parallèle ainsi que leur confrontation. Notre étude ne porte pas sur la recherche de ressemblances mais souhaite collecter les ressemblances et les différences. Notre objectif est de montrer les affinités entre la responsabilisation et la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogue par une comparaison entre deux villes de deux pays différents et ainsi voir les conséquences culturelles, religieuses, politiques et historiques.

La recherche comparée possède différentes formes. Notre démarche mêlera plusieurs registres : épistémologique, pour prendre de la distance ; descriptif, pour mieux connaître ; explicatif pour classer ; théorique pour généraliser. L'analyse comparative est très diverse par rapport aux espaces, aux temporalités ainsi qu'aux échelles. Nous avons choisi d'analyser

---

<sup>53</sup> Pour aller plus loin dans les différents types d'analyses comparatives, voir *ibid.*

l'espace par la comparaison de deux villes. Nous aurions pu décider d'ancrer notre sélection dans les *area studies*, c'est-à-dire l'analyse de sous-ensembles régionaux d'un même pays, mais nous nous intéressons à la place de la politique de la ville au sein de la mise en place de la réduction des risques. Ainsi, les aspects nationaux et, par opposition, fédéraux nous importent.

La France entre dans une volonté de régionalisme institutionnel<sup>54</sup> avec les réformes sur la décentralisation<sup>55</sup> mais surtout avec la dernière loi nommée « 3D » pour Décentralisation, Différenciation et Déconcentration. Celle-ci ambitionne de transformer les relations entre l'État et les collectivités territoriales afin de partir des besoins territoriaux plutôt que de ceux étatiques pour donner des réponses adaptées. Cette stratégie nous intéresse en raison de ses éventuels effets sur les politiques publiques à destination des usagers de drogues. Notre comparaison avec un pays dont le fonctionnement se rapproche de cette nouvelle volonté française nous permettra d'entrevoir les possibles conséquences d'un tel changement.

Notre objectif est la mise en évidence de régularités et la volonté de tirer des leçons. Comme l'écrivait Alexis de Tocqueville, « *ce n'est donc pas seulement pour satisfaire une curiosité, d'ailleurs légitime, que j'ai examiné l'Amérique ; j'ai voulu y trouver des enseignements dont nous pourrions profiter* » (Tocqueville, 1999, p. 24). Notre visée est identique en souhaitant l'éclaircissement de l'action, sans jugement normatif et sans faire un « *panégyrique* » (*ibid.*, p 24) de l'Allemagne par rapport à sa politique de réduction des risques. À l'instar de cet auteur, nous ne concentrerons pas notre attention exclusivement sur les contrastes.

Notre intérêt porte sur les similitudes ainsi que les variantes qui nous permettront des apports croisés. Pour compléter cette analyse comparative, nous travaillerons à partir de raisonnements *ad hoc*. En ce sens, nous n'utiliserons pas d'autres pays de comparaisons mais des villes de nos pays d'enquêtes comme Bordeaux ou Berlin pour justifier et mettre en relief

---

<sup>54</sup> Nous parlons de la passation de pouvoir de l'État aux collectivités territoriales. Nous ne faisons pas référence au régionalisme culturel ou politique valorisant les identités régionales.

<sup>55</sup> Voici une brève chronologie de ces réformes : 5 juillet 1972, loi n° 72-619, la région devient un établissement public avec un préfet exécutif de celle-ci ; Actes I de la décentralisation le 2 mars 1982, les régions deviennent des collectivités territoriales, le juge administratif le responsable de l'exécutif du département à la place du préfet (en deuxième instance).

certaines de nos résultats. Contrairement à un énième pays, nous serons déjà entrée dans une analyse contextuelle ne biaisant pas nos résultats.

Notre but est de tenter de développer « “un modèle partiellement formulé d’interactions complexes entre les forces historiques” *en mentionnant et reliant entre elles de multiples variables historiques, politiques, sociales et juridiques permettant de comprendre l’existence de deux voies historiques différentes* » (Vigour, 2016, p. 53). Pour cela, nous entrons dans une analyse dite “sociétale” puisqu’elle rejette une comparaison terme à terme. Elle a pour objectif de mettre en lumière des cohérences sociétales singulières aux différents pays étudiés.

Nous allons comparer des totalités et nous focaliser sur l’articulation entre des phénomènes aux niveaux micro et macro. L’analyse sociétale accorde une grande importance à l’analyse des processus d’interdépendance entre ces phénomènes micro et macro ainsi qu’aux négociations qui leur sont associées. Elle « *privilégie la spécificité dans les construits sociaux que constituent et élaborent les acteurs et les espaces* » (*ibid.*, p. 72). Ainsi, nous nous concentrerons sur les continuités et les discontinuités.

### *C.2) Plusieurs méthodes d’analyse*

Dans cette analyse sélectionnée, nous décidons de porter une attention sur la méthode des variations concomitantes pour engager l’administration de la preuve. Contrairement aux autres méthodes décrites par John Stuart Mill<sup>56</sup>, la méthode des variations concomitantes, chère à Adolphe Quételet et à Émile Durkheim, ne perçoit pas des faits s’accompagnant ou s’excluant, mais deux faits qui participent tous deux de manière continue. Nous étudierons les variations de la politique de réduction des risques en fonction de plusieurs variables. Le but de cette méthodologie est la construction d’un système sociologique depuis les régularités et constances observées. De là, nous cherchons les causes et le sens de ces régularités.

Nous avons choisi d’illustrer notre propos à l’aide du tableau ci-dessous. Notre méthodologie ne s’attache pas à l’une ou l’autre des analyses présentes. Nous avons souhaité prendre en compte ces deux types d’analyse afin de pallier les limites. L’analyse par les cas a été choisie pour les débuts de notre travail dans la construction d’hypothèses et la mise en

---

<sup>56</sup> MILL John Stuart (1995), *Système de logique inductive et déductive*, trad. fr., Bruxelles, Mardaga, pp. 425-449 (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1843).

évidence de variables pertinentes dont nous avons besoin pour la suite de notre étude et le passage à l'analyse par les variables.

**Tableau n° 8 : Distinction idéal-typique entre l'analyse par les cas et l'analyse par les variables**

| Type de recherche             | Analyse par les cas  | Analyse par les variables   |
|-------------------------------|--|---|
| <b>Méthode</b>                | Analyse historique, contextualisée, plutôt qualitative.<br>→ Analyse des configurations, insistance sur la complexité des facteurs et relations causales.    | Approche statistique, plutôt quantitative.<br>→ Analyse centrée sur des variables (considérées en dehors de leur contexte).   |
| <b>Matériaux</b>              | Variés (entretiens, archives ou autres sources écrites, observation).  | Statistiques ou indicateurs numériques.   |
| <b>Nombre de cas</b>          | Souvent petit.   | Grand.  |
| <b>Niveau d'abstraction</b>   | Souvent plus réduit.   | Élevé.  |
| <b>Niveau de généralité</b>   | Complexité, singularité.   | Plus grand niveau de généralité.  |
| <b>Limites</b>                | Moindre capacité à monter en généralité.   | 1. Absence de contextualisation.<br>2. Souvent test d'hypothèses abstraites.<br>3. Fiabilité des données.   |
| <b>Objectifs de recherche</b> | 1. Formuler des <i>hypothèses</i> .<br>2. Tester la pertinence de certaines théories (étude de contre-exemples, de cas déviants).<br>3. Nuancer une théorie. | 1. Émettre des <i>hypothèses</i> sur de vastes échantillons.<br>2. Confirmer des théories (test de robustesse).<br>Montée en généralité plus aisée.<br>Résultats plus synthétiques. |

Source : VIGOUR Cécile (2016), *La Comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, op. cit., p. 183.

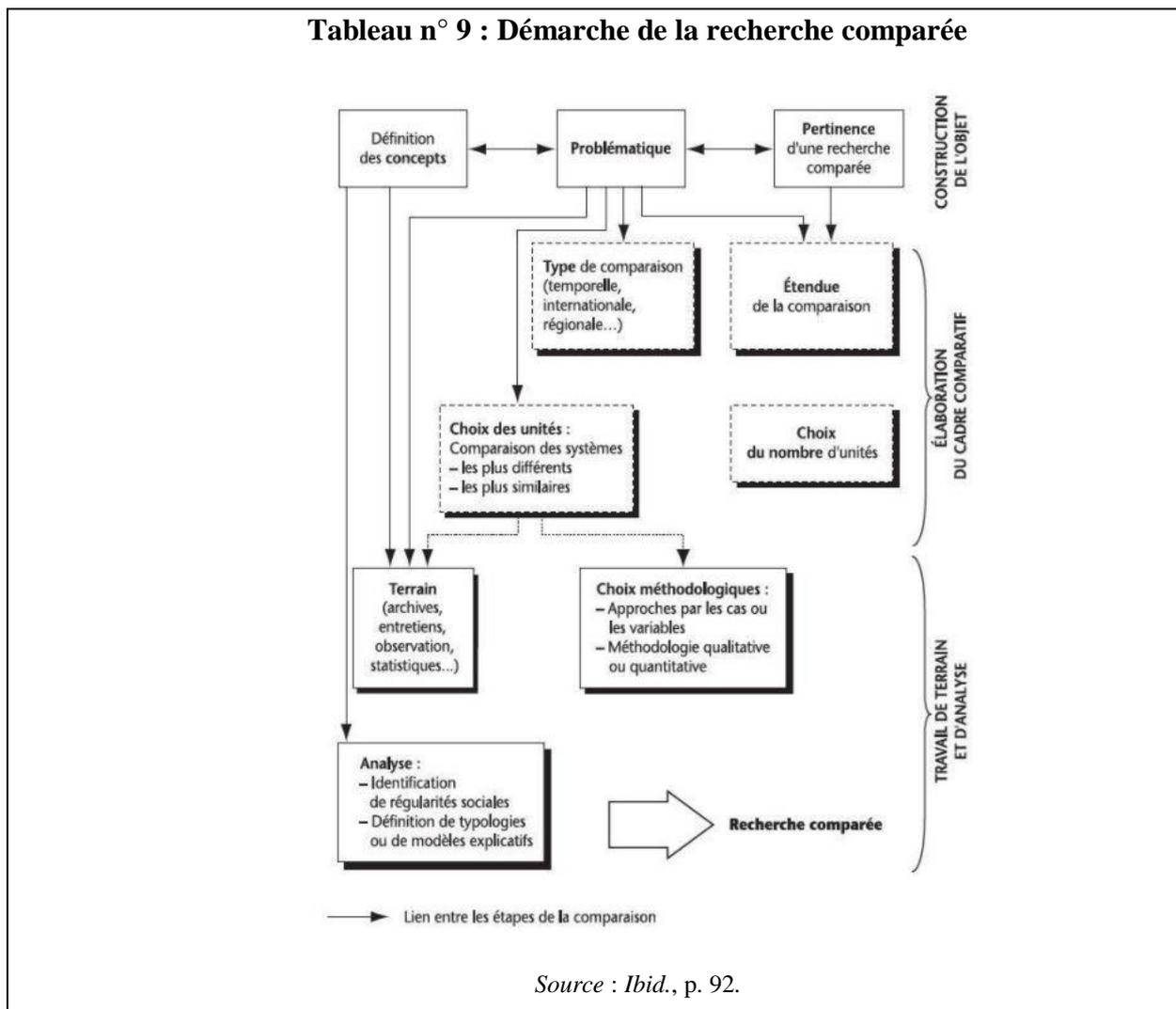
Dans une démarche d'entonnoir inversé, nous avons voulu monter en généralité et ainsi percevoir si les données micro pouvaient être transposées au niveau macro. Cette transposition se fera également entre les pays, et ce passage entre l'analyse par les cas et l'analyse par les variables se retrouve dans la transition entre le terrain français et celui allemand. Ces jeux méthodologiques nous permettront d'avoir plusieurs échelles d'analyse et de pouvoir mieux coordonner leurs articulations. Toutefois, cette méthode possède des limites auxquelles nous porterons une grande attention. Ces dernières peuvent être liées au problème de Galton<sup>57</sup>, aux

<sup>57</sup> Le problème de Galton est celui des dépendances externes dans la réalisation d'estimations statistiques lorsque les éléments échantillonnés ne sont pas statistiquement indépendants. Par exemple, demander à deux personnes du

éventuelles variables cachées derrière d'autres ou encore à l'articulation difficile entre les niveaux macro et micro par rapport au manque d'accès aux données individuelles.

### C.3) Les étapes de notre analyse comparative

Passons à l'aspect plus pratique de notre étude comparative. Le travail de comparaison s'articule autour de quatre étapes dont la réflexion sur les finalités d'une approche comparative, le choix des unités de comparaison, la construction du cadre comparatif et l'analyse des données élaborées. Le choix des unités de comparaison a été exploré précédemment mais nous allons expliquer brièvement l'aspect plus théorique et méthodologique de cette sélection.



même ménage si elles font telle ou telle tâche ne nous donne pas de réponses statistiquement indépendantes ( $n = 2$ ).

Nous avons choisi de sélectionner des cas similaires<sup>58</sup>, en faisant l'étude de systèmes proches mais qui, pour autant, divergent quant aux facteurs analysés. Ainsi, « *les caractéristiques systémiques communes sont considérées comme contrôlées, tandis que les différences intersystémiques sont considérées comme des variables explicatives* » (Mill, 1995, p. 34). L'analyse choisie est binaire, ce qui entraîne, en premier lieu, une confrontation détaillée. Cela permet l'équilibrage entre le général et le particulier. Dans un second temps, ce diptyque engage l'affinement des connaissances de processus. Enfin, il met en évidence des spécificités et des singularités. Il sera cependant important de ne pas confondre ce qui est lié au contexte et aux phénomènes étudiés et ce qui est lié au général. La méthode d'investigation restera la même dans nos deux terrains d'enquête.

Ces étapes suivent une logique d'enquête. Celle de la réflexion épistémologique correspond à l'objet de notre analyse. Nous souhaitons mettre en parallèle deux terrains pour comprendre les variables les plus pertinentes dans la variation de la compréhension et la mise en place de dispositifs de réduction des risques. La logique d'enquête se poursuit avec la description, dans ce cas précis, des différentes appréhensions et existences de la réduction des risques. Ensuite, cette approche a pour objectif la modélisation, par le biais de typologies ou d'équations, qui met en lumière la représentation du phénomène. Nous nous aiderons de la méthode d'analyse quali-quantitative comparée, élaborée par Charles Ragin<sup>59</sup>. Elle utilise simultanément des ressources issues de la méthode qualitative et de celle quantitative ; elle associe un échantillon faible à la modélisation et à la systématisation via un logiciel, ici, FSQCA. La dernière partie de cette logique d'enquête consistera en l'explication et la généralisation de nos données. En plus de prêter attention au cadre de notre démarche, nous préciserons les limites de la généralisation et des conclusions possibles conjointement à nos résultats.

Pour terminer cette partie, nous allons évoquer des difficultés liées à la méthodologie de la comparaison. Si certains auteurs comme Neil Smelser<sup>60</sup> perçoivent l'analyse comparative

---

<sup>58</sup> Voir le schéma suivant sur les caractéristiques de la comparaison en fonction du nombre de cas étudiés et de la stratégie adoptée.

<sup>59</sup> RAGIN Charles (1987), *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*, Los Angeles, University of California Press.

<sup>60</sup> SMELSER Neil Joseph (1976), *Comparativ Methods in the Social Sciences*, Upper Saddle River, Prentice-Hall, p. 162.

comme une méthode parmi d'autres ne comportant aucune difficulté supplémentaire par rapport à l'investigation sociale scientifique, d'autres, comme Cécile Vigour<sup>61</sup>, insistent sur ses caractéristiques inédites comme toute stratégie d'enquête. Nous nous rallions à ce second avis scientifique car cette méthode imprégnerait la totalité de la démarche, de la construction d'une problématique aux choix du terrain, à la construction des données et à leurs analyses. L'analyse comparative élargit le champ d'observation et entraîne des difficultés comme l'articulation entre certaines échelles d'analyse ou encore la différenciation entre « *l'indexation sur le contexte et la pure abstraction* » (Vigour, 2016, p. 32). Nous justifions ainsi notre point de vue par l'explicitation plus massive de cette méthode par rapport aux autres.

**Tableau n° 10 : Les caractéristiques de la comparaison en fonction du nombre de cas étudiés et de la stratégie adoptée**

|                               | Étude de cas   | Analyse binaire   | Pays analogues  | Pays contrastés   |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| <b>Définition et exemples</b> | Monographie, notamment cas déviant et cas limite   | Comparaison de deux cas   | Des pays similaires qui se distinguent quant au phénomène étudié. Proximité régionale (cf. <i>area studies</i> ) ou culturelle (cf. <i>political</i> ou <i>cultural studies</i> ) | 1. Des pays présentant un maximum de contrastes et<br>2. Des contrastes pertinents (des pays exemplaires) |
| <b>Objectifs</b>              |  | 1. Émettre des hypothèses<br>2. Établir des lois  |   |   |
| <b>Quand l'utiliser ?</b>     | 1. Tester une hypothèse<br>2. Préciser une problématique   | 1. Affiner la connaissance de processus<br>2. Parvenir à un équilibre entre le général et le particulier<br>3. Souligner les spécificités des cas | Neutraliser certaines différences pour mieux en analyser d'autres   | Faire abstraction des différences systémiques dans l'explication  |
| <b>Limites</b>                | 1. Plus vraiment une comparaison<br>2. Difficile d'établir des relations causales à partir de monographies | Difficulté à distinguer ce qui est dû au contexte, au phénomène précis étudié par rapport à ce qui est général                                    |   | 1. Souvent étude de cas extrêmes<br>2. Risque d'exagération des différences                               |

Source : *Ibid.*, p. 172.

<sup>61</sup>VIGOUR Cécile (2016), *La Comparaison dans les sciences sociales*, op. cit., pp. 20-24.



La partie problématisation nous a permis de poser les bases de notre travail, de la réflexion théorique à l'application méthodologique. Une première section présente notre démarche de recherche avec l'explication de son intérêt scientifique et du cheminement théorique. Nous y voyons notre parcours de problématisation, avec l'arrière-plan théorique, pour montrer nos inscriptions et mettons en évidence les hypothèses de cette recherche comme base de travail. Ensuite, nous passons à une section sur l'explication des méthodes. Nous débutons avec celles qualitatives que sont l'observation et l'entretien. La chronologie de ces explications essaie d'être couplée à celle engagée dans notre recherche. Par la suite, nous avons expliqué nos méthodes quantitatives : le questionnaire, la « *carte mentale* », le Système d'Information géographique. Cette partie se termine par la démonstration de la structure de notre recherche : l'analyse comparative. Cette méthode marque l'ensemble de notre travail, de la problématisation, aux choix de terrains jusqu'à l'analyse. En cela, nous avons dédié une section entière à cette méthode. Nous avons commencé par expliquer notre sélection afin de donner le cadrage global d'une méthode comparée et de pointer les spécificités de l'analyse comparative choisie. Cette partie se place en début de travail puisqu'elle permet de comprendre les réflexions théoriques qui vont suivre ainsi que le cadre d'analyse des données.

## Chapitre 2

# Apparition de la notion de responsabilisation : injonction ou revendication ?

Ce deuxième chapitre s'appuie sur la définition de plusieurs concepts et notions. La principale notion qui va être développée ici est celle de *responsabilisation*. Après avoir montré son application générale et spécifique, nous la mettrons en perspective à l'aide d'autres vocables clés telles que l'autonomie, le contrôle social, le néolibéralisme et la démocratie sanitaire. Chaque concept sera mis en relation avec cette responsabilisation pour explorer les facettes du postulat de départ.

Après cette définition, le rapport entre celle-ci et le néolibéralisme sera discuté. L'apparition de la responsabilisation, en concomitance avec le néolibéralisme ainsi que la rationalisation de l'individu, établirait une alliance entre ces termes. Elle pourrait être un outil fondamental dans ce nouveau rapport. Le néolibéralisme sera étudié afin de saisir l'évolution de ce terme jusqu'à sa mise en application dans le domaine des addictions. Cette question de la responsabilité facilitera l'exploration de ce qui serait, potentiellement, un nouveau lien social, celui de l'autonomie et du contrôle. Ce système de sanction signifierait une injonction à l'autonomie. Ces deux termes seront analysés dans leurs définitions et leurs applications afin d'apercevoir, de manière implicite et explicite, les deux démarches de responsabilisation.

Cette dernière posséderait en son sein deux issues : celle de l'augmentation du pouvoir d'agir et celle d'un contrôle accru. Qu'elle soit ascendante ou descendante, cette responsabilisation en contexte provoque des inégalités entre les individus. De fait, les personnes les plus vulnérables, dont les jeunes, sont des populations à analyser dans cette démarche responsabilisante. Hypothétiquement, elles sont des populations ciblées par la démarche descendante et ascendante.

Afin de contrer ce processus inéquitable, nous constatons l'apparition d'une nouvelle expérience, celle de la *démocratie sanitaire*. Ce thème sera abordé pour expliciter les difficultés et inégalités qu'entraîne une telle déification de la responsabilisation. En revenant sur les sources et l'histoire de cette démocratie, cette notion montrera la volonté de responsabilisation

des usagers eux-mêmes. Ce chapitre se focalisera enfin sur les droits individuels et collectifs de la loi du 2 mars 2002 afin de caractériser la facette ascendante et l'accroissement du pouvoir d'agir.



## 1) La responsabilisation dans le champ de la santé, application d'une notion controversée

Dans cette première sous-partie, nous proposerons une définition de la notion de responsabilisation. Elle aura pour objet d'illustrer son avancée vers la surresponsabilisation. Elle peut être vécue comme une injonction qui transformerait l'émancipation qui, jadis, était synonyme d'autonomie. Elle se serait métamorphosée par le biais de la démarche descendante. Elle deviendrait une autonomie de type contrôlée. Le contrôle social aurait changé de forme en technicisant la responsabilisation. Cette potentielle surresponsabilisation peut être très complexe pour certaines populations. Après avoir défini les personnes vulnérables, dont les jeunes, nous étudierons l'histoire de la prise en charge de ces individus de manière générale et plus spécifiquement dans le domaine des addictions.

### A) Retour sur une notion populaire

#### *A.1) La responsabilisation : définition d'une notion déifiée*

Pour une acceptation des drogues dans notre société et par la volonté générale de la gouvernance, les discours s'accaparent une nouvelle notion, la *responsabilisation*. Depuis peu, dans le champ de la santé, elle s'installe à travers des propositions telles que le droit des patients à l'accès aux savoirs médicaux, la réduction des risques pour une consommation responsable ou encore, simplement, l'injonction à se transformer en "patient sentinelle", acteur de sa santé. Si ce discours autour des représentations individualisantes des questions sociales est séculaire, il se renforce, depuis peu, dans tous les domaines. Cette stratégie, censée légitimer le gouvernement des Hommes, se concentre de plus en plus sur la volonté de la disparition du

risque, dans une atmosphère sociétale spécifique<sup>62</sup>. Le passage de la gestion des risques à la volonté du risque zéro et la montée des mesures préventives marquent le caractère incontournable de la notion de responsabilité. « *L'accroissement sans précédent des risques technologiques par la complexité du monde et la responsabilisation inédite de l'individu face à son destin créent un paradoxe dans nos sociétés contemporaines où nous sommes encouragés à exister à l'abri des risques en prenant des risques pour exister. Aux deux extrémités du paradoxe, on retrouve la quête absurde du risque zéro et celle du risque maximal des conduites extrêmes. Face à ce paradoxe contemporain, il existe l'alternative du principe de responsabilité qui invite à anticiper les conséquences néfastes d'une action et à les intégrer dans un processus de réduction des risques* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 67). Ces changements se sont construits autour de la médiatisation de différentes tensions liées à la légitimité dans le monde de l'intervention. Ils questionnent le rôle de chaque individu dans les relations d'aides. Les incohérences entre l'affirmation des droits des individus et l'intérêt de la collectivité, le climat d'inquiétude sur les rôles, entraînent un virage de la législation qui entreprend de « *combler les vides juridiques laissés par trente ans de réajustements ponctuels des lois de 1975, donnant, du même coup, une place nouvelle aux questions de responsabilité* » (Jaeger, 2009, p. 74).

Cette notion polysémique et ambivalente mérite d'être définie spécifiquement dans le domaine de la santé. Si ce concept est l'objet d'interprétations multiples, voire antagonistes, et se rapporte à des phénomènes de pouvoir agissant soit par l'extérieur, soit de l'intérieur, « [il] désigne à tout coup des réalités à forte composante sociale, relationnelle et psychique ce qui, en soi, pose de sérieux défis d'appréhension au niveau empirique » (Lemire, 2008, p. 8). Le terme *responsabilisation* provient du latin *respondere*, être capable de réponse. Cela ne signifie pourtant pas exactement la même chose selon l'acteur que l'on interroge. Dans le secteur des dépenses sociales, rendre responsable le patient correspond à l'augmentation du ticket modérateur. En revanche, pour les acteurs de la promotion de la santé, cette responsabilisation a pour objectif de faire prendre conscience à ce même patient qu'il est acteur de sa trajectoire. Si la manière est changeante, l'application est la même. Malgré des motifs différents, les actions

---

<sup>62</sup> J'emploie ici le terme de risque dans le sens de BECK Ulrich (2008), *La Société du risque. Sur la voie de la modernité*, trad. fr., Paris, Flammarion (1<sup>re</sup> éd. : 1986). Beck, à l'instar de Jonas, a développé l'idée que la peur est devenue le moteur de l'action.

entreprises ont toutes la volonté de rendre responsables les individus afin qu'ils soient gestionnaires de leur environnement immédiat.

Le champ de la santé a évolué. Il est caractérisé par l'influence de quatre groupes d'acteurs : les professionnels, les gestionnaires, le monde marchand et le monde politique<sup>63</sup>. Ces derniers ont des interprétations différentes. Par conséquent, si les rapports de force entre ces différents acteurs entraîne plusieurs formes de régulation, alors il est possible de penser que les initiatives de responsabilisation peuvent être l'illustration des ajustements entre ces décideurs. Néanmoins, « *la responsabilisation ne peut [pas non plus être] réduite à un strict changement opéré de l'extérieur sur l'individu. Elle relève d'une dialectique complexe au sein de laquelle interviennent les motivations et aptitudes personnelles de l'individu dans un environnement et à un moment particulier. Un tel processus dénote d'ailleurs parfois une volonté personnelle de changement, un désir d'accroître son efficacité, son contrôle sur une situation donnée. Ceci n'invalide pas pour autant l'idée que les initiatives professionnelles, organisationnelles, marchandes ou politiques puissent en être l'un des principaux leviers. Il existe en effet un ensemble de mécanismes, notamment légaux et administratifs, qui peuvent influencer et même dicter les comportements d'un individu tout comme se trouvent des conditions objectives, telles que les ressources financières et les aptitudes personnelles, qui peuvent faciliter ou freiner de pareils changements* » (Lemire, 2008, pp. 8-9).

Ainsi, deux grandes orientations sont présentes. La première, correspondant davantage aux pouvoirs publics, articule la responsabilisation du patient autour de motifs sécuritaires, de prévention et d'économie, tandis que la seconde considère le patient comme un sujet capable de s'informer et détenteur de savoirs (comme acteur de sa thérapie). Pour aller plus loin, la responsabilisation possède plusieurs critères et finalités. Comprise différemment selon les domaines et les acteurs, ses effets peuvent différer. Selon Fabrizio Cantelli, il existe trois principales conceptions. La première orientation comporte le critère de la normalisation. En mettant l'accent sur les devoirs des patients envers la collectivité, cette subjectivité morale rappelle les obligations de ces individus : l'adhésion aux traitements sous acceptation des deux parties, l'obligation de la véracité des discours, le devoir de participer aux processus de prises

---

<sup>63</sup> CONTANDRIOPOULOS André-Pierre (2002), « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? », *Gestion*, vol. 27, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, p. 143.

de décisions médicales et bien d'autres<sup>64</sup>. La normalisation est associée à un paradigme technocratique et vise une contractualisation. Elle se construit au travers d'un « *gouvernement des corps* », au sens de Michel Foucault, mais également de la parole et de l'écoute<sup>65</sup>. La narration de soi et les autres obligations contraignent les individus par la loi formelle et les préceptes moraux, informels. Cela implique une conformité à l'ordre social établi. Ce premier critère est corrélé à celui de l'incitation financière. Si celle-ci « *ne passe pas directement par une moralisation des comportements reposant sur une balance entre les droits et les devoirs, le bien et le mal, le normal et le pathologique* » (Cantelli, 2007, p. 143), elle incite les individus dans une nouvelle solidarité afin que ceux, davantage vulnérables, ne pèsent pas sur la collectivité.

Ce nouveau paradigme est nommé le « *solidarisme responsabiliste* » par Christian Arnspenger<sup>66</sup>. Faisant appel à l'*homo œconomicus*, les limites de cette incitation seront abordées dans la partie suivante. Le dernier critère correspond à la deuxième orientation et demande l'implication de l'individu : la « *capacitation* » est cet angle d'approche. Tout en sollicitant les capacités de l'individu, elle invite les patients à être volontaires (voir la partie *empowerment*). Cette subjectivité pratique s'engage vers « *une forme de reconnaissance subjective qui vise à permettre à l'individu de retrouver ses capacités susceptibles d'en faire un sujet apte à se prendre en charge lui-même* » (Munck, Genard, Kutty, Vrancken, Delgoffe, Donnay, Moucheron et Macquet, 2003, p. 82). Cette co-construction dans la relation clinique réfute le paternalisme médical et l'incapacité des individus dits «vulnérables». En faisant avec le patient, ce critère soutient le présentiel. Au sein de cette capacitation se jouent plusieurs paradigmes interprétatifs de la responsabilisation. Celle-ci peut être associée à une logique professionnelle : « *Cette logique suppose que le patient s'implique plus activement dans la prévention, le soin ou le suivi de sa maladie et de sa condition mais en accord à la vision prescriptive du modèle biomédical qui fait du médecin et des autres professionnels de la santé la référence légitime en*

---

<sup>64</sup> SMITH ILTIS Ana et RASMUSSEN Lisa (2005), « Patient ethics and responsibilities », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 30, n° 2, janvier, pp. 131-137.

<sup>65</sup> CANTELLI Fabrizio (2005), « Comment l'action publique responsabilise-t-elle les usagers vulnérables ? », Actes du 15<sup>e</sup> colloque international *Politique et Management public*, Cachan, Lavoisier, pp. 109-119.

<sup>66</sup> ARNSPENGER Christian (2005), « L'État social actif comme nouveau paradigme de la justice sociale : l'avènement du solidarisme responsabiliste et l'inversion de la solidarité », in VIELLE Pascal, POCHEP Philippe et CASSIERS Isabelle (sous la dir. de), *L'État social actif, vers un changement de paradigme ?*, Berne, Peter Lang, pp. 279-300.

*matière d'expertise* » (Lemire, 2008, p. 9). Nous nous rapprochons ici d'une tendance de contrôle et de normalisation. Lorsqu'elle est associée aux paradigmes consuméristes et/ou démocratiques, cette "capacitation" devient un modèle moins liberticide selon qu'elle découle de rapports marchands ou sociaux. Dans le second cas, elle prône l'autonomie, l'émancipation, l'affirmation des libertés, l'inclusion du citoyen, voire la volonté d'atteindre une responsabilisation communautaire (par le biais de l'accompagnement individualisé et par un travail de reconstruction identitaire). Au XXI<sup>e</sup> siècle, selon Émilie Hache, « *chaque niveau de gouvernement dans l'État, et chacun de leurs programmes sont conçus pour permettre aux gens de devenir autonomes et indépendants [...]. Chaque citoyen reconnaît sa responsabilité personnelle pour s'être pleinement engagé dans le processus politique* » (Hache, 2007, p. 54).

#### A. 2) *La surresponsabilisation comme impératif sociétal*

La santé est perçue comme un capital. Alors, les préconisations telles que l'arrêt du tabagisme, la consommation modérée d'alcool ou encore plus largement le passage à une alimentation équilibrée ont pour objectif de préserver et d'améliorer les conduites des individus. Ces dernières sont construites à partir d'études épidémiologiques. Ces discours concourent aux évolutions normatives accompagnant les mouvements sociaux comme l'individualisation. Ils impulsent des démarches d'engagements subjectifs des usagers au sein de structures accueillantes tout en s'acquittant de la demande d'implication des publics. Alain Ehrenberg (Ehrenberg, 1996) fait état d'une augmentation collective de l'affirmation de soi et d'une volonté de restreindre les obstacles à l'émancipation. En effet, de nouveaux modes de régulation ont fait surface dans les années 1970, notamment chez les travailleurs. De nos jours, les usagers du système de soins sont cernés au milieu d'une pluralité de modalités de responsabilisation : le renforcement des capacités, la normalisation des conduites, l'incitation financière, pour la gestion de son "capital santé". Simultanément, il y a une intensification du rapport à soi. Que cela soit au niveau grammatical, psychique ou comportemental, un poids pèse sur chaque individu, ce qu'Alain Ehrenberg (Ehrenberg, 1998) souligne dans *La Fatigue d'être soi*. Ainsi, « *on peut alors [...] voir la multiplication des dépressions comme une manière de répondre à cette sur-responsabilisation en contexte d'échec, et considérer l'explosion des usages pharmacologiques comme sa régulation sociale. La figure de la fatigue d'être soi est peut-être avant tout celle d'une responsabilité impuissante* » (Génard, 1999, p. 5).

Un rapprochement entre le fait de vouloir et le fait de pouvoir est visible dans cette surreponsabilisation des individus. Ne pas pouvoir signifierait ne pas le vouloir. Tout en effaçant les multiples facteurs jouant sur cet “échec”, cette injonction à l’autonomie peut avoir des effets inverses comme le fait observer Patrick Declerck dans *Les Naufragés avec les clochards de Paris*<sup>67</sup>. Les personnes atteintes de maladies mentales, incompatibles avec cette injonction, sont rejetées des institutions. Ces individus ne peuvent pas toujours répondre aux attentes de participation et d’enclenchement de projet de vie.

L’État social actif se concentre davantage sur cette volonté de rendre responsables les patients. Alain Ehrenberg observe l’apparition du culte de la performance dans les années 1980. Il analyse cette progression par trois mouvements de représentations : celui qui nous intéresse concerne la consommation. À l’époque, la consommation laissait entendre une part d’aliénation ; dorénavant, elle se veut vecteur de la réalisation personnelle. Ainsi, l’auteur fait ressortir deux facettes liées au déclin de la discipline au profit de l’autonomie : l’épanouissement personnel et l’initiative individuelle.

Cette surresponsabilisation pourrait être la trace du passage à la déresponsabilisation collective car, « *plutôt que de verser catégoriellement des prestations à des populations-cibles dans l’indistinction des situations particulières* », cet État attentionné donne « *à chacun les moyens spécifiques qui lui sont nécessaires pour faire face aux aléas de son existence et pour reprendre place au sein de la société* » (Soulet, 2005, p. 4).

De ce fait, une invitation à l’affirmation de soi et à la responsabilisation aboutit-elle à de meilleures propositions que la gestion collective ? Ces recherches mettent en lumière deux logiques concomitantes : celle de la volonté de l’affirmation de soi et de l’autonomie, et celle du renforcement des processus de contrôle et de normalisation. Ces différentes formes de responsabilisation se situent « *dans un processus de renforcement des mécanismes de contrôle qui découlent des rapports d’autorité caractéristiques du champ de la santé, et dans un processus d’autonomisation influencé par les forces marchandes ou économiques qui imprègnent la nouvelle philosophie de gestion au sein de l’administration publique* » (Lemire, 2008, p. 18).

---

<sup>67</sup> DECLERCK Patrick (2003), *Les Naufragés avec les clochards de Paris*, Paris, Pocket.

La notion de responsabilisation, si elle est difficile à utiliser, semble liée à la celle de pouvoir. Son utilisation implique une analyse des modifications des relations de pouvoir.

## B) Des populations vulnérables au cœur d'une demande inéquitable de responsabilisation ?

### *B.1) La responsabilisation au cœur du processus de socialisation chez les jeunes*

Dans une enquête de Marc Lemire<sup>68</sup> sur les TIC, l'auteur mentionne trois manières de se sentir plus compétent face à sa santé. La première consiste à suivre le plus possible les prescriptions dans la logique des professionnels. La seconde est liée à l'affiliation et à la logique consumériste : l'individu fait des choix en fonction de ses jugements. La dernière s'attache à la logique communautaire. Ces personnes cherchent des conseils par le biais d'échanges et d'entraides entre non-professionnels. Pour autant, ces trois logiques amènent à se questionner sur la répartition des rôles et des responsabilités entre usagers et professionnels mais également sur l'intérêt du processus de socialisation. La logique choisie par l'individu en est imprégnée. La responsabilisation peut être définie par un ensemble de capacités et une certaine maturité. Alors comment les politiques sociales amènent-elles la question de la responsabilisation chez les jeunes ?

Être responsable correspond à un rapport à la réalité extérieure, à la loi, et un rapport à soi et ses actes. La connaissance du milieu, l'acceptation des lois, le développement de la personnalité, se connaître et s'apprécier sont autant de critères amenant l'individu à être considéré comme responsable. Ces trois rapports : à soi, à l'autre et aux institutions, sont des modalités de responsabilisation. Pourtant, celles-ci se développent au début de l'âge adulte au sein d'un processus de socialisation. Paradoxalement, la société demande aux individus de plus en plus jeunes d'être responsables. Il y a un abaissement de l'âge où l'individu est considéré comme tel au niveau juridique ou éducatif. Néanmoins, cette affiliation est l'aboutissement d'un processus d'apprentissage à long terme. Il semble que le souci d'obéir aux normes en vigueur et de ne pas attenter aux autres se soustrait à celui de ne pas commettre d'infraction pour ne pas être coupable. Ainsi, cette confusion apparaît plus visible dans cette classe d'âge.

---

<sup>68</sup> LEMIRE Marc (2008), « Application du concept de responsabilisation personnelle aux usages sociaux des technologies d'information et de communication en santé », *Tic & société [En ligne]*, vol. 2, n° 1, octobre.

Le processus de responsabilisation chez les jeunes est instauré par la famille. Plus ils deviendront autonomes, plus ils auront de responsabilités eu égard à la croissance des attentes parentales. Ils se créeront un espace de liberté. Ce rapport peut aussi être inversé car, plus les parents décideront de donner des responsabilités, plus ils deviendront autonomes. En plus d'être inculqué par les transmissions et les identifications, ce processus est formé par notre individualité ; « *L'autonomie, c'est donc l'adaptation à l'existant sans la négation de soi, c'est s'inscrire dans le réel de manière personnelle* » (Herman, 2007, p. 49).

Plusieurs auteurs<sup>69</sup> ont révélé que des étapes sont obligatoires pour accéder au statut d'adulte autonome. La première, la dépendance complète, où l'enfant, tout juste né, ne peut rien faire par lui-même ; la seconde, la contre-dépendance, où l'enfant teste les interdits ; la troisième, l'indépendance qui se caractérise par l'acquisition de capacités physiques, psychomotrices et langagières lui permettant de se séparer peu à peu de sa famille ; l'interdépendance, enfin, correspondant à l'acquisition de capacités d'adaptations. Si ces étapes peuvent se renouveler à tout âge lors d'expériences de transitions, elles sont primordiales et difficiles lors du passage de l'enfance à l'adolescence : « *La détermination des limites de l'excès [...] fluctue fortement en fonction des classes d'âge et des catégories socio-professionnelles* » (GRASS, 1999, p. 101).

Les adolescents ont très souvent un grand besoin d'indépendance sans forcément avoir acquis les "gestes sociaux" pour être autonomes. « *Entre perdre de la valeur au sein du groupe de socialisation où se construit son estime de soi et consommer un produit dont il doute de la composition chimique, le choix de l'adolescent est contraint par de nombreuses limites internes (psychiques) et externes (sociales). Entre mettre un préservatif et mettre en jeu une relation amoureuse, comment se met en place un processus de rationalité ? En quels termes d'équivalence comparer ? Quels poids respectifs ont dans la décision à prendre, une perte située dans l'incertain et le lointain, et celle perçue comme certaine et immédiate ?* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 61).

Les parents vont tenter différentes stratégies pour les rendre autonomes, que cela soit en leur accordant l'expérimentation, l'accompagnement, ou en trouvant un certain équilibre entre la contrainte et la liberté. L'accompagnement induit une relation apportant l'autonomisation et

---

<sup>69</sup> Comme RAMOS Elsa (2011), « Le processus d'autonomisation des jeunes », *Cahiers de l'action*, n° 1, janvier, pp. 11-20.

la solidarité. Le terme même est arrivé dans le travail d'intervention. L'intervention a pris un aspect pédagogique. L'individu accueilli ou accompagné devient acteur et exerce son pouvoir d'agir. Par conséquent, il n'est plus possible, dans ce monde professionnel, de travailler avec les individus de manière collective sans un accompagnement individuel. En se construisant autour d'expériences, ces acquis sociaux sont complexes à analyser car ils appartiennent aux catégories relationnelles et symboliques.

### *B.2) Une construction collective de l'individu*

L'individu se construit par les autres. L'autonomie ne signifie pas une indépendance totale. Elle se caractérise également par des liens sociaux. En conséquence, il faut inclure les pairs dans le processus de socialisation des adolescents. Cet « *âge de l'amitié* »<sup>70</sup> amène l'adolescent à percevoir d'autres normes que celles véhiculées par la famille<sup>71</sup>. Des styles, des goûts, des codes sont spécifiques à cette période qui définissent une culture. L'usage de cannabis, les sorties nocturnes tardives, la consommation d'alcool, la familiarisation à la déviance s'opposent au modèle sanitaire des parents et de la société. Les adolescents ne se conformeraient pas à cet impératif moral soulevé par la culture du risque. Ces comportements ont entraîné une vision de la culture adolescente, celle de l'irresponsabilité. Selon Talcott Parsons, le principal objectif de cette classe d'âge consiste à se faire plaisir. Cette résistance de la part des adolescents fait que la culture se développe « *à la frontière de l'approbation de ces derniers ou qui leur apparaît même inacceptable, dans le domaine du comportement sexuel, de la boisson et de formes variées de comportement frivole et irresponsable* » (Parsons, 1962, p. 607). Pourtant, ce n'est plus cette irresponsabilité qui caractérise la jeunesse, « *ce serait plutôt l'apprentissage progressif des responsabilités, sous protection plus ou moins rapprochée, selon les situations nationales, de la famille et/ou de l'État* » (Galland, 2001, p. 636).

Pour entrer dans l'âge adulte, Elsa Ramos<sup>72</sup> énonce des critères afin d'accéder à l'autonomie. La fin des études, la première profession, la décohabitation, le couple, l'enfant

---

<sup>70</sup> BIDART Claire (2010), « Les âges de l'amitié », *Transversalités*, vol. 113, n° 1, janvier, pp. 65-81.

<sup>71</sup> BECK François et PERETTI-WATEL Patrick (2001), « L'héroïne entre répression et réduction des risques : comment sont perçues les politiques publiques ? », *Sociétés contemporaines*, vol. 41-42, n° 1, janvier, pp. 142.

<sup>72</sup> RAMOS Elsa (2011), « Le processus d'autonomisation des jeunes », *Cahiers de l'action*, n° 1, janvier, pp. 11-20.

illustrent ces différents seuils. Ces rites de passage étaient, à l'époque, marqués par le synchronisme de ces seuils.

Cet ordre est aujourd'hui différent. Il n'est plus caractérisé par un passage régulier d'étapes identifiables. Si les âges et l'ordre diffèrent, ils restent des indicateurs d'autonomie. Les divergences internes de ces étapes rendent difficile l'appréhension de ces trajectoires vers l'âge adulte. La responsabilisation des jeunes se caractériserait par leurs capacités à faire des choix adaptés au milieu dans lequel ils s'inscrivent mais les normes et valeurs en vigueur, les contraintes structurelles, les empêchent de prendre ce chemin.

À cela s'ajoutent les facteurs tels que les clivages des « *capitiaux* »<sup>73</sup> de Pierre Bourdieu et de Jean-Claude Passeron. Par exemple, des adolescents qui ne reçoivent pas les outils dont ils ont besoin pour être autonomes, ne pourront pas assumer cette injonction. Mais, à l'inverse, ceux recevant ces outils ne seront pas, pour autant, avantagés pour devenir autonomes. Au sein des apprentissages, il y a tout autant d'outils pour vivre soi-même qu'avec les autres.

Les exclusions sociales auxquelles font face les jeunes entraînent un devoir de se responsabiliser par eux-mêmes. Pour contrer ce contexte, cette responsabilisation peut être simplifiée par des politiques permettant un rééquilibrage. Même si ces politiques sont indirectes face à cet objectif, elles peuvent développer des conditions favorables. Nous naissons dépendants des autres, de notre famille et, plus largement, de notre environnement, au niveau physiologique, structurel mais également relationnel, affectif et culturel.

Dans ce tissu de liens complexes, il est difficile d'accéder à l'autonomie et de se responsabiliser. Les adolescents les moins accompagnés dans cette transition peuvent devenir des adultes vulnérables. Le terme de vulnérabilité appliqué aux jeunes implique les concepts de dépendance et de sentiment d'impuissance. L'adolescent vulnérable est un individu qui présente des comportements à risque. Pour Robert Castel (Castel, 1995), dans ce contexte, la vulnérabilité se rapproche de la désaffiliation et de l'exclusion sociale<sup>74</sup>. Elle peut se développer à un niveau tant intellectuel que physiologique ou relationnel.

---

<sup>73</sup> BOURDIEU Pierre et PASSERON Jean-Claude (1970), *La Reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit.

<sup>74</sup> CASTEL Robert (1995), *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.

### *B.3) Les individus vulnérables face à une injonction inégalitaire*

En soustrayant les individus à un impératif de responsabilisation, une catégorie de personnes est délaissée. Une hausse de la responsabilité rendrait les individus plus vulnérables. Ceux manquant de fondement pour atteindre l'autonomie et la responsabilité sont dans un rapport complexe. À ce titre, Castel met en évidence une certaine fragilité des impétrants chez cette catégorie de personnes. Cela rend complexe l'institution d'un projet sans l'aide d'une personne externe<sup>75</sup>. Comment responsabiliser face à l'absence de repères ? Le philosophe John Rawls insiste précisément sur le caractère important des circonstances familiales et sociales dans la construction de l'individu. En cela, les choix de vie sont restreints. Si le travail sur soi est un élément de cette responsabilisation, l'environnement et l'éducation le sont tout autant. La personne participe à la société depuis une place à la fois déterminée et choisie. Être responsable, c'est assumer ses choix et ses déterminismes. Cette injonction peut être perçue comme une violence symbolique, sorte d'individualisme négatif<sup>76</sup>. L'obligation de devenir un individu positif peut défavoriser les personnes vulnérables. Cette contractualisation demande une certaine autonomie. Si elle peut être un élément de violence symbolique, elle serait surtout une utopie. Cette utopie serait, comme nous le dit François Dubet, une « *fiction nécessaire* »<sup>77</sup>. Si les choix pris peuvent être aliénés, cette fiction peut permettre le rééquilibrage de la relation.

Pour parler des personnes vulnérables, nous devons d'abord définir cette notion floue de vulnérabilité. Selon Jacques Theys, « *le mot lui-même souffre d'un trop-plein sémantique puisqu'il évoque aussi bien la dépendance ou la fragilité que l'insécurité, la centralité, la complexité, l'absence de régulations efficaces ou la faible résilience – et ce ne sont là que quelques exemples* » (Theys, 1987, p. 14). Le vocable est utilisé pour définir des états de grande fragilité, de précarité et un manque de capacité à faire face à des événements compliqués. Simultanément, il apparaît avec les termes d'autonomie et de responsabilité, ou peut faire référence à une perte d'indépendance, voire à une incapacité d'agir. Impliquer la responsabilité d'un individu face à ses pratiques ou ses “choix” demande de connaître sa trajectoire de vie.

---

<sup>75</sup> CASTEL Robert et HAROCHE Claudine (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard.

<sup>76</sup> CASTEL Robert (1999), *Les Métamorphoses de la question sociale, op. cit.*.

<sup>77</sup> DUBET François (2004), *L'École des chances. Qu'est-ce qu'une école juste ?*, Paris, Seuil, pp. 36-39.

Mais cette connaissance a un coût financier et social. Pour la cigarette, il faudrait avoir connaissance des causes de l'addiction et établir des degrés de responsabilité. Cependant, c'« est une démarche coûteuse, hasardeuse, incompatible avec le respect des libertés et qui repose sur le mythe d'un individu sans histoire » (Orobon, 2013, p. 6).

C'est justement la croissance de demande de responsabilité et son degré très élevé qui entraînent des phénomènes tels que la consommation de drogues ou les dépressions. Alain Ehrenberg attire notre attention sur deux catégories de possibilités induites par la société pour pallier le poids de cette responsabilité et faciliter la capacité d'agir : l'une concerne les mises en scène de soi à travers des technologies de la communication, l'autre les moyens d'action sur soi engagés par la pharmacologie (drogues illicites ou autres). Dans la partie suivante, nous allons analyser ce phénomène semblant agir comme une inférence réciproque. Ainsi, la demande de responsabilisation élevée entraînerait un accroissement des vulnérabilités, comme illustré dans *La Fatigue d'être soi* d'Alain Ehrenberg : pour atténuer la charge de cette dernière, certains individus s'évaderaient par le biais de la prise de drogues ou des mises en scène et, réciproquement, le fait de consommer des drogues de manière régulière amplifierait les vulnérabilités, voire en créerait de nouvelles.

#### *B.4) Les personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues : des stratégies de mesure de la responsabilisation influencées ?*

Les personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues peuvent être rattachées à la catégorie des individus "vulnérables". Une personne dépendante à une ou à des drogues peut être autonome. Certains acteurs ont essayé de mesurer les effets de leurs interventions. Il faudrait percevoir la capacité d'un usager de drogues à devenir maître de sa trajectoire, à s'insérer dans son parcours en tant que coopérant. Toutefois, ce moyen de mesurer la responsabilisation s'inscrit dans une logique professionnelle. Une autre stratégie a été adoptée pour percevoir le degré de responsabilisation : l'enquête sur le traitement de substitution. Le traitement peut être prescrit soit tous les jours, soit au maximum toutes les deux semaines. L'individu le plus autonome sera celui qui réussira à allonger le temps entre ses prescriptions. Le choix de ces délais dépend des médecins et, lorsque la demande est faite par un usager, elle peut être refusée « *quand les usagers ne sont pas assez "stabilisés" selon les médecins* ("on verra cela quand vos tests urinaires sont cleans", "c'est une décision d'équipe, je vais leur en parler") » (Pedersen, 2013, p. 36). Les décisions relatives aux délais de

prescription et aux dosages sont surtout prises par les médecins. Ces derniers plaident plus facilement pour l'augmentation des doses que pour la diminution, considérant la substitution comme un outil, et percevant une demande de diminution du dosage comme synonyme de rechute ou de problèmes divers. Les décisions autour des délais entre les rendez-vous sont, au contraire, laissées aux usagers pour éviter les liens de dépendance avec les structures et les professionnels.

Ainsi, « *l'autonomie du patient s'acquiert donc dans l'épreuve de gestion du traitement : pouvoir distribuer le traitement pour une semaine entière sans que l'usager revienne et sans qu'il consomme d'autres drogues est le signe d'une gestion autonome du traitement. Autrement dit, en acceptant le cadre contraignant de prescription et de distribution et en faisant preuve d'une volonté de s'en sortir, les usagers se voient reconnus le droit de négocier avec les professionnels au niveau du dosage et de l'espacement des venues au centre* » (ibid., p. 37). L'auteur postule que le traitement de substitution est un enjeu primordial de l'autonomie et de l'identité. À condition que l'usager accepte cette identité de malade, les intervenants laissent place à la subjectivité du patient. *A contrario*, les individus perçus comme non responsables sont identifiés par des manquements aux rendez-vous, des refus d'augmentation de doses ou encore des changements de traitement. Ces critères seraient le symbole qu'ils n'ont pas conscience de ce qui est bon pour eux. Toutefois, cette stratégie de mesure est façonnée par le corps professionnel. Il y a une négociation des statuts qui se joue dans cette logique. Pour autant, l'individu n'est considéré comme responsable que s'il s'inscrit dans les critères associés.

## 2) Néolibéralisme

Au centre de la notion de responsabilisation, nous pouvons trouver la définition de l'individualité comme autocontrôle, maîtrise de soi et capacité à surmonter les déterminismes associés. Cet *homo medicus*, autonome et entrepreneur de soi, est à interroger. Malgré l'importance accordée à la liberté de tous, cette conception individuelle de la responsabilité possède des limites. La liberté implique des devoirs. Ainsi, liberté et responsabilité se trouvent dans un rapport mutuel. Aujourd'hui, l'État est considéré comme le détenteur de l'assurance des droits et libertés. Traditionnellement, cette liberté serait sous contrainte. Les devoirs exigés seraient ceux assurant l'ordre social. La crise de l'État-providence a entraîné une réduction de l'aide aux individus. Pour autonomiser les individus, les ouvertures aux aides sont adressées aux personnes appliquées et impliquées. Cette responsabilisation se retrouve sur plusieurs

domaines passant du personnel au psychologique. Elle détournerait les individus de la dimension collective. Le but serait que chacun soit apte à assumer les risques et non plus à engager une solidarité donnant l'occasion aux individus d'extérioriser les risques sur la collectivité.

En effet, « *le principe de responsabilité des membres de la société s'est en quelque sorte substitué au principe de solidarité de la société envers ses membres* » (Soulet, 2005, p. 1). Cette redistribution des responsabilités révèle le passage d'un État social "compensateur" à un État social "souteneur" (du don-contre-don). Si les principes évoqués précédemment ont changé, il apparaît un nouveau modèle qui prend appui sur l'autodétermination, la responsabilité individuelle et « *c'est au cœur de cette double transformation modifiant significativement la relation gouvernants/gouvernés telle qu'elle s'est construite au cours de l'édification de l'État Providence, que nous rencontrons le concept de responsabilité* » (Hache, 2007, p. 5). Le mode de gouvernement néolibéral est indirect et l'un de ses mécanismes serait la responsabilisation, laquelle est à confronter au modèle du néolibéralisme, même si elle ne le concerne pas directement. Avant d'étudier les enjeux performatifs de ce modèle sur le domaine des addictions (voir chapitre 3 : « *La responsabilisation dans le domaine de l'addictologie : une politique, des enjeux* »), nous allons débiter par une analyse critique des effets du néolibéralisme en santé. Il existe plusieurs acceptions du terme « *néolibéralisme* », celle politique, celle économique ou encore celle philosophique. Même s'il n'y a pas de réel choix à faire « *entre ces trois acceptions, toutes légitimes en ce qu'elles dévoilent des aspects bien réels et même très importants de notre réalité présente* » (Haber, 2007, p. 141-142), pour cette étude, nous allons privilégier une perspective plus individualiste<sup>78</sup>.

## A) Un nouveau lien social : entre autonomie et contrôle

### A.1) La notion de contrôle social

Émile Durkheim déclarait que seul le contrôle permet le processus de socialisation par une initiation morale sous contrainte. Marcel Mauss, quant à lui, pensait les règles comme une attribution de capacités. Alors, ces règles seraient obligatoires pour la cohésion. Cette manière fonctionnaliste d'aborder le contrôle a été mise de côté. Elle a laissé place à une approche plus

---

<sup>78</sup> L'objectif de cette recherche n'est pas de faire le procès du néolibéralisme.

interactionniste percevant ce dernier comme prémices de la déviance<sup>79</sup>. De fait, plusieurs acceptations s'enchevêtrent : celle tirée des origines, comme les sociologues précédemment évoqués ; celle se concentrant sur la polysémie du terme ; ou encore une manière plus positive de l'appréhender. Il faut analyser le contrôle de manière critique car il perd un peu son sens premier et se dirige vers le domaine de l'intervention de la santé et des positions de pouvoir en son sein.

Aujourd'hui, le pouvoir serait plus neutre, moins coercitif. Il y a une transformation des normes sociales et un abaissement de la régulation par la discipline. Selon Michalis Lianos (Lianos, 2001), il y aurait trois tendances de ce nouveau contrôle<sup>80</sup>. La première serait la privatisation effectuée par des organismes spécifiques à cette gestion ; la seconde, la "cindysation" impulsée par la prise de consciences des risques et la mise en place de dispositifs face à cette "insécurité" ; et enfin, la "périopticité", correspondant à l'autonomisation du contrôle, l'autodisciplinarité (sorte d'injonction douce créée par la rationalité) et la responsabilisation des individus. C'est justement cette troisième tendance qui nous intéresse. Ce contrôle est intériorisé face à cette volonté de gestion individuelle ancrée dans la société. Sans entrer dans le totalitarisme qu'expose Aldous Huxley dans *Le Meilleur des mondes*<sup>81</sup>, la responsabilité serait construite dans le but d'un contrôle<sup>82</sup>. Plus il y aurait une volonté de responsabilisation de la population, plus cela signifierait une volonté gouvernementale de répression. Toutefois, il ne faut pas la prendre de manière globale mais davantage dans ses tensions et ses paradoxes car elle comprend les procédés qui permettent une régulation et un maintien des rapports établis (Balandier, 1974). La responsabilisation serait un moyen de gestion des problèmes sociaux.

L'individu moderne ne serait ni libre, ni autonome. L'objectif est de le rendre rationnel face à ses actions. La gouvernance serait établie à distance et serait capable de prévoir les

---

<sup>79</sup> BECKER Howard Saul (2012), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, trad. fr., Paris, Métailié (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963). La déviance « est une propriété non du comportement lui-même, mais de l'interaction entre la personne qui commet l'acte et celles qui réagissent à cet acte ».

<sup>80</sup> LIANOS Michalis (2001), *Le Nouveau Contrôle social*, Paris, L'Harmattan.

<sup>81</sup> HUXLEY Aldous (2002), *Le Meilleur des mondes*, trad. fr., Paris, Pocket (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1932).

<sup>82</sup> COMBESSIE Philippe (2008), « Paul Fauconnet et l'imputation pénale de la responsabilité », *Anamnèse*, n° 3, janvier, p. 233.

comportements<sup>83</sup>. L'individu responsable est pris dans un contrat social avec le collectif, symbolisant le passage de la clinique médicale à la santé publique.

Selon Kant<sup>84</sup>, l'individu est pris dans une spirale entre la volonté de règles (garantissant la sociabilité) et la volonté de les transgresser. Ce philosophe explique qu'il faut construire des barrières pour que s'exercent les libertés individuelles. La socialisation, pour lui, façonne les individus à une liberté sous contrainte. Si l'autonomie complète reste une utopie, il faut analyser les productions de l'individu et celles externes liées aux déterminants sociaux ou aux contraintes. En effet, « *la socialisation change de nature : le mode d'intériorisation de la norme ne repose plus tant sur l'apprentissage ou le conditionnement que sur des expériences enracinées dans la transaction et l'élaboration processuelle des normes, tout comme le modèle de contrôle social des normes change, passant de la culpabilisation à la responsabilisation* » (Soulet, 2005, p. 4). Cette injonction de responsabilité de soi possède des coûts : un coût individuel, « *être symboliquement et pratiquement acteur de la production de soi et donc de la société* » (*ibid.*, p. 4), et social, en constituant des individus déviants et en entraînant des politiques adaptées.

Pour Jean-Pierre Couteron<sup>85</sup>, le contrôle social actuel dans le domaine de l'addiction se traduit par trois logiques : celle législative, celle thérapeutique et celle de la réduction des risques. La première, la plus ancrée, correspond à l'interdiction ou à la limitation des consommations par le biais de lois. La seconde fait de l'usage un "mal" à effacer. La pathologisation de l'addiction met de côté son aspect social. Par cette prise de position, les usagers se rencontrent au travers de dispositifs, ce qui peut nuancer le propos précédent. La dernière logique est la réduction des risques<sup>86</sup>. Pour comprendre l'étendue de cette notion de contrôle social, nous devons observer sa mise en application.

---

<sup>83</sup> FASSIN Didier et MEMMI Dominique (2004), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'EHESS.

<sup>84</sup> MUGLIONI Jean-Michel (1993), *Kant, Idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolite*, Paris, Bordas (1<sup>re</sup> éd : 1784).

<sup>85</sup> COUTERON Jean-Pierre (2012), « Société et addiction », *Le Sociographe*, vol. 39, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 10-16.

<sup>86</sup> Nous approfondirons cette logique dans la partie concernant cette politique. Dans cette section, nous verrons en quoi cette politique peut être liée à une logique de contrôle social.

## A.2) *Le contrôle social en application : un système de sanction*

La notion de responsabilité change de signification dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Auparavant, elle correspondait à une attribution d'un acte à un auteur. De nos jours, elle engage, en plus, la réparation. Certains auteurs<sup>87</sup> affirment que, dans le champ médical, la sanction n'est pas une solution adaptée. La négociation serait préférée à ce système. Se baser sur un processus de bonus/malus pour les questions de santé amène à considérer l'individu comme rationnel, retiré de son environnement et ses déterminismes sociaux. La sanction des conduites "déviantes" aboutirait à une obligation de santé liberticide. Par exemple, faire payer les fumeurs pour leur addiction serait les incriminer d'une responsabilité totale.

Néanmoins, l'addiction est liée à une histoire, une identification et des représentations souvent inconscientes. Cette taxation est construite par rapport à la responsabilité financière des montants dus face aux dégâts provoqués par la conduite. Ces caractéristiques amènent une considération spécifique du fumeur, celle d'une personne incapable de choix indépendants.

Ce contrôle est employé pour des raisons sécuritaires, économiques mais possède des limites. Celles-ci se caractérisent par des difficultés intrinsèques à la stratégie ou encore par les points de vue des professionnels ou des usagers. Il existe un lien entre responsabilité et gestion qui rapproche les termes de responsabilité, évaluation et contrôle : « *Ainsi, la chaîne peut être établie entre la liberté du sujet, la décision, l'action, l'évaluation, puis, éventuellement, la sanction qui se traduit par une peine et/ou par l'obligation de réparer. La responsabilité engage toutes ces dimensions* » (Jaeger, 2009, p. 74).

Cette injonction à devenir responsable touche la totalité du monde social. Les comportements des individus deviennent des objets d'investigation et de normalisation. Cette sanction n'est plus construite comme la punition d'un acte illicite. Dorénavant, elle s'empare de techniques coercitives et normalisantes et devient un « *pouvoir disciplinaire* »<sup>88</sup> au sens de Michel Foucault. C'est pourquoi « *le vilain métier de punir se trouve [...] retourné dans le beau métier de guérir* » (Foucault, 1999, p. 23). Par conséquent, une partie des travailleurs sociaux s'engagent dans des stratégies, au sein des espaces publics et privés, pour faire obstacle à ce

---

<sup>87</sup> Comme, par exemple, MUCCHIELLI Laurent (1999), « La déviance : entre normes, transgression et stigmatisation », *Sciences humaines*, n° 99, novembre, p. 22.

<sup>88</sup> FOUCAULT Michel (1993), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> éd. : 1975).

contrôle. Le but de ce corps de métier est de composer avec ces normes et de guider ces individus vers l'émancipation. Ceux-ci constatent le manque d'autonomie de certains individus. Pour que la responsabilité soit imputée, cette autonomie est inéluctable. Cette injonction se construit « *dans un contexte de conquête de la sécurité et une recherche de santé parfaite* » (Guilleux, 2011, p. 3).

Pour autant, penser une individualisation totale des politiques sociales pour laisser place aux usagers serait inconcevable. Cette autonomie est construite, en partie, par l'institution mais la place de la négociation est importante et pourrait amener un aménagement pour défaire la contrainte. Ainsi, comment fonctionne cette autonomie ? Est-elle accessible au plus grand nombre dans un contexte de classification ? Comment est-elle devenue un impératif moral et politique ?

### *A.3) L'autonomie au cœur du processus de socialisation*

L'autonomie émancipatrice serait devenue une injonction. Si, fut un temps, elle était perçue comme une valeur émancipatrice, de nos jours elle semble assimilée à une contrainte. Il est question de savoir comment l'individu est amené à devenir une personne responsable, contrainte à l'autonomie. Les sociétés libérales démocratiques prônent cette autonomie individuelle. Paradoxalement, « *alors que l'idéal d'autonomie motivait les mouvements de contestation et de libération vis-à-vis des formes traditionnelles, autoritaires et disciplinaires de contrôle social, il en serait aujourd'hui devenu à la fois le ressort et l'instrument* » (Jouan, 2012, p. 42).

Pour compléter cette notion, il faut s'interroger sur le processus d'*affiliation*. L'autonomie est, d'une part, polysémique mais aussi idéologique.

Si dans le modèle traditionnel, elle est reliée à l'intégration, Christophe Moreau préfère l'utilisation du terme d'"*affiliation*" à celui d'autonomie. Cette dernière appellation serait imprécise et contribuerait à occulter plusieurs processus internes. Elle mettrait de côté les compétences cognitives propres à chaque individu, la construction identitaire, l'exercice de la responsabilité et la régulation des émotions. L'auteur pointe du doigt sa sémantique approximative et son danger au niveau intellectuel et idéologique. L'autonomie correspondrait à la régression, dans nos représentations, de la solidarité, de l'entraide ou encore de la responsabilité collective.

Cette surresponsabilisation serait caractéristique de l'idée d'une socialisation atomisée, individuelle et indépendante, qui nierait l'importance du collectif et de l'environnement. Ainsi, « *l'idéologie de l'autonomie risque d'affaiblir notre capacité relationnelle, d'évider notre espace public, d'atomiser toujours plus des individus réduits à produire et à consommer dans la sphère privée* » (Moreau et Sauvage, 2006, p. 149).

Cette notion d'autonomie est pourtant acceptée des professionnels, des décideurs publics et se trouve ancrée dans l'imaginaire collectif. Elle correspond à une décision uniquement individuelle : le fait de répondre de ses actes. Christophe Moreau se questionne sur la similarité entre la responsabilité et le libre arbitre. Pour autant, le terme d'autonomie sera utilisé comme tel en fonction des questionnements et des critiques de cet auteur.

Paradoxalement, si l'autonomie implique qu'un individu se détermine par lui-même, elle renverrait, dans son application, au conformisme. Elle deviendrait un devoir de l'ordre de la socialisation "bordée" et correspond à la capacité d'agir selon ses propres règles. Elle possède deux significations : l'une se rapprochant de l'insertion socioprofessionnelle (indépendance financière), et l'autre de l'administration de soi (liberté, responsabilité). Cette pluralité de significations permet d'étendre la définition.

Ce vocable est largement utilisé et varie selon plusieurs facteurs tels que le passage de l'enfance à l'âge adulte, la décohabitation, la diminution de la consommation et bien d'autres. Si l'autonomie est le résultat du processus d'individualisation comme nous le suggère Norbert Elias dans *La Société des individus*<sup>89</sup>, elle s'accompagne d'un contrôle plus confiné.

Ce phénomène de différenciation, sans diminuer les déterminants sociaux, s'accompagne de formes d'interdépendance entre les individus et la société et « *alors que les sociétés contemporaines tendent à nier les limites objectives de l'autonomie individuelle, la sociologie met l'accent sur les multiples interdépendances entre acteurs et l'ensemble des facteurs qui conditionnent les choix, même lorsqu'ils sont vécus ou perçus comme totalement autonomes* » (Lebaron, 2008, p. 57). S'il est nécessaire de se questionner sur le renforcement des rapports de domination face à cette injonction, il faut également percevoir la volonté d'acheminement vers cet idéal d'autonomie.

---

<sup>89</sup> ELIAS Norbert (1993), *La Société des individus*, trad. fr., Paris, Pocket (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1987).

#### A.4) L'application de l'autonomie en santé

Ce souhait touche également le champ de la santé. Selon Alain Morel<sup>90</sup>, psychiatre, les intervenants sociaux défendent l'idée que les individus sont capables d'autonomie. Ce domaine est ainsi pensé car « *parallèlement, l'objectif même de la trajectoire de soin dans ces centres est justement l'autonomisation des toxicomanes : ils doivent s'éloigner des drogues et stabiliser leur situation, et leur état sanitaire grâce à la prescription et la distribution de la méthadone pour pouvoir considérer que leur trajectoire de soins est terminée* » (Pedersen, 2013, p. 32). Line Pedersen a enquêté sur les trajectoires types des usagers dans les CSAPA. Par le parcours de soins « *idéal-typique* »<sup>91</sup>, au sens de Max Weber, elle s'intéresse au traitement de la méthadone. Par des entretiens et des observations, elle constate qu'un individu prenant conscience de sa maladie peut être considéré comme un patient responsable et autonome. L'utilisateur serait perçu comme l'acteur de sa démarche de soin. L'auteure indique une limite : il faut considérer « *l'“Autonomie” comme une forme d'existence se manifestant au cours des épreuves de coopération et se négociant dans la communication, et véhiculée par les acteurs, professionnels et usagers, en ce sens qu'ils y font référence pour définir le soin* » (*ibid.*, p. 43).

Dans l'interrogation face à la proportion d'autonomie accordée aux personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre de l'usage de drogue, il ne faut pas catégoriser les usagers comme des individus autonomes et stratégiques face à la volonté d'une liberté, et les professionnels comme des obstacles qui imposeraient leurs propres systèmes de pensées. Toutefois, seraient-ce les usagers de drogues qui s'autonomisent ou bien l'adhésion à la norme d'autonomie telle qu'elle est proposée par les professionnels qui s'impose ? Ce questionnement amène à s'intéresser à l'étude du culturalisme. Les professionnels ne seraient-ils pas pris dans un jeu de normes ? Dans les différentes structures, ces derniers comprennent les problèmes d'accès à la santé comme un décalage de ces individus face aux normes sociétales. Ceux-ci auraient des perceptions spécifiques autour des représentations de la santé des usagers de drogues. Ils n'auraient pas la même vision due à une culture, une éducation et des représentations différentes. Pourtant, comment mobiliser le culturalisme comme explication, comme variable ? Il ne faudrait pas réduire des groupes à une caractéristique principale et

---

<sup>90</sup> MOREL Alain (2008), « Drogues, plaisirs et politique », *Socio-anthropologie* [en ligne], n° 21, novembre, pp. 3-22.

<sup>91</sup> WEBER Max (1996), *Le Savant et le politique*, trad. fr., Paris, 10/18 (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1919).

homogène. Le 13 juin 2016, le ministère des Affaires sociales et de la Santé lance un appel à projet dans le cadre de l'article 92 de la loi de la Modernisation du système de santé. Cet appel constitue une nouvelle étape pour la démocratie sanitaire ayant pour objectif l'émergence de nouvelles pratiques et de modalités innovantes dans le but de renforcer les capacités et l'autonomie des personnes confrontées à une vulnérabilité en santé. L'autonomie en santé y est définie comme suit : « *L'accompagnement à [cette] autonomie [...] met en œuvre des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien destinées à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé* »<sup>92</sup>. Son champ d'intervention se trouve dans le renforcement des capacités d'agir en termes de prises de décisions et d'actions qui sera développé dans la partie « *Empowerment* » (voir Chapitre 2).

Il faut distinguer indépendance et autonomie. Être autonome ne signifie pas que la personne est exclue des liens sociaux, ces derniers seraient même l'un des piliers de la construction de l'autonomie : « *L'autonomie socialement construite ne signifie aucunement "indépendance absolue", ou "liberté individuelle" face aux "contraintes sociales"* » (Lahire, 2005, p. 343). Cette question de l'autonomie implique celle de la responsabilisation. Jean-François Malherbe (Malherbe, 1994) fait valoir le besoin de l'utilisation de la notion d'autonomie hétéronome afin de modérer son aspect individualiste. Cette dernière peut être le fruit d'un processus de socialisation. *Autos* correspondant au sujet dans son rapport à l'autre et *nomos* aux coutumes partagées, l'autonomie est au croisement entre l'individuel et le social. Cette intersection est difficile à appréhender dans le monde médical. Si cet idéal est présent chez tous les acteurs, professionnels ou non, cet appui sociétal peut être vécu comme une injonction. Les personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre d'usage de drogues font appel à autrui et à leurs droits. Cela pourrait être perçu comme un symbole de renonciation à l'autonomie. On peut entretenir des relations problématiques avec les structures aidantes. Cette autonomie est valorisée et s'accompagne de politiques constituées pour cet idéal de responsabilisation. Par conséquent, nous pouvons voir une confrontation au nom des mêmes valeurs. Les patients sont pris dans une tension entre les rapports de domination et ceux

---

<sup>92</sup> Décrets, arrêtés, circulaires du ministère des Affaires sociales et de la Santé (24 mars 2016), « Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé », *Journal officiel de la République française*, pp. 1-7.

d'émancipation. Ils peuvent apporter des réponses face à cette injonction en développant des stratégies face aux dispositifs et à la relation d'aide. Nous remarquons l'essor de certaines d'entre elles qui symbolisent le passage de l'institutionnalisation du comportement à celle de la réflexion comme la « résilience »<sup>93</sup> ou encore « la capacité »<sup>94</sup>. Selon Brigitte Bouquet, « *il est de plus en plus reconnu par les sciences sociales que "définir des projets de vie, tenter de les contrôler n'est pas qu'une illusion, mais le propre d'individus réflexifs qui aspirent à contrôler au mieux leur existence" et les travailleurs sociaux y contribuent. De nombreuses stratégies micro-sociales existent. C'est notamment cette aide coproductive et le soutien au changement, à la créativité, que cherche à apporter le travail social, combinant réalisme et ouverture sur l'avenir* » (Bouquet, 2012, p. 27).

En insistant sur l'autonomie, perçue de manière positive, ce vocable va dissimuler l'autocontrôle qu'il induit. Si le contrôle est souvent appréhendé dans sa dimension répressive, il possède également une dimension régulatrice des comportements. La volonté de protection des personnes vulnérables entraîne de nouvelles formes de contrôle, énumérées précédemment, comme l'objectif d'autonomie, la contractualisation, la responsabilisation, en somme les formes du lien social. Ces formes sont liées au contexte et à la conception de la société. L'individu doit être l'autoentrepreneur de sa vie, de ses comportements, pour devenir une sorte de sujet conforme aux attentes de la société. « *L'usage de drogues exprimant le désir de dépasser les limites et de jouer avec l'interdit, cette pratique peut exprimer la difficulté des individus à se sentir libre tout en se donnant des limites et en acceptant la contrainte. Les drogues peuvent d'ailleurs constituer le révélateur social des difficultés de l'individu à concilier autonomie et liberté dans nos sociétés démocratiques contemporaines* » (Jauffret-Roustide, 2009, p. 110).

Les tensions entre le contrôle et l'autonomie sont entendues dans les politiques sociales et chez les acteurs, usagers et professionnels. Des paradoxes apparaissent au sein de ces relations. D'un côté, la relation d'aide entraîne une certaine dépendance et, de l'autre, les individus souhaitent s'en écarter. Pour autant, ils demandent une assistance pour accéder à

---

<sup>93</sup> Voir CYRULNIK Boris (2000), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob. La « résilience » se définit par la capacité et les aptitudes, face à des situations complexes à issues probablement négatives, de rebondir de manière positive.

<sup>94</sup> Concept proposé par SEN Amartya (2012), *Éthique et économie et autres essais*, trad. fr., Paris, PUF (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1989). La capacité représente la possibilité effective que possède un individu à faire des choix selon l'estime que les autres lui portent et qu'il souhaite alors atteindre. La capacité est au fondement de la théorie de la justice sociale proposée par cet auteur.

l'autonomie. Ainsi, « *dans les situations d'incertitude, l'individu décide-t-il en réalité ou se vit-il comme prenant des décisions ? Les théories de la rationalité cognitive peuvent difficilement prendre en compte la mise en jeu de soi dans la quête de la reconnaissance sociale ou celle de sa propre valeur* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 61). Quels sont les moyens pour que les personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre d'une consommation de drogues atteignent cet objectif ? Comment réguler cette relation entre contrôle, assistanat et demande d'indépendance ?

## B) La responsabilisation comme technique néolibérale

### B.1) Définition du néolibéralisme

Michel Foucault, en étudiant le libéralisme, s'est intéressé à la crise qui s'en est suivie, laissant place au néolibéralisme. Ces analyses ont permis le développement d'une littérature focalisée sur la notion de responsabilité qui est au cœur de la constitution théorique et pratique du néolibéralisme. Celle-ci serait utilisée en tant que nouvel art de gouverner, succédant au règne du pouvoir. Cette *gouvernementalité* néolibérale aurait pour effet principal l'individualisation qui serait elle-même un des moyens de la responsabilisation. Cette manière de gouverner est constituée par un changement d'organisation de l'État. Sans se retirer, ce moyen aurait changé de forme d'interventionnisme. Par le déplacement de responsabilité vers les individus et une augmentation des coûts de l'éducation, ces formes seraient plus indirectes. Tout d'abord, le néolibéralisme se définit comme un moyen de gouverner qui se différencie du libéralisme classique en accordant une plus grande place aux interventions étatiques. Cette gouvernementalité implique la morale en tant que principe de légitimation des conduites individuelles.

Les individus seraient confrontés aux impératifs induits par le mode de gouvernance néolibéral. La présence d'injonctions comportementales comme l'autonomie, la responsabilité individuelle ou la performance<sup>95</sup>, encourage une concurrence forte. De plus, ce modèle entraîne une décentralisation de l'autorité et de la gestion. Il amène des changements d'échelles tels que celui du national vers le local et du public vers le privé. Cet *ethos* managérial tend à modifier « *le rôle économique et politique de l'État dans les secteurs publics en laissant place à la*

---

<sup>95</sup> EHRENBURG Alain (1991), *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.

*privatisation, à l'économie du savoir et à la reproduction des inégalités* » (Duclos, 2014, p. 2), caractéristiques de la société du risque et des stratégies évaluatives individuelles. L'individu doit assumer et travailler ses qualifications pour son développement personnel. Le néolibéralisme, en généralisant la rationalité économique au champ social dans son entièreté, transforme les individus en entrepreneurs d'eux-mêmes. Par l'intermédiaire de la modification de la signification de la responsabilité en termes de risque, les interventions changent de techniques. De manière plus rationnelle, les décideurs calculent les coûts de l'irresponsabilité, qu'ils soient directs ou indirects, sociaux, biologiques ou économiques, afin d'amener les individus à la surresponsabilisation.

La sécurité, dans ce nouveau mode de gouverner, se développe autour du risque en diminuant les conduites dites criminogènes ou pathogènes. Ce capital humain est à façonner par l'individu lui-même à travers l'implication indirecte de l'État, imposant des normes comportementales. Pour autant, toute intervention de celui-ci est considérée comme un trouble de la liberté individuelle. Le néolibéralisme prône deux notions principales : la *justice sociale* et la *liberté*. En établissant certains champs au rang de marchandises, ce modèle réduirait la liberté au niveau économique, plus précisément le gain, et impliquerait une distanciation avec la solidarité. Les patients sont transformés en clients, les médecins sont regroupés dans des agences, et les soins sont soumis aux lois de l'offre et de la demande.

La santé, au sein d'un modèle néolibéral, est perçue comme une marchandise. On nierait le principe du droit à la santé pour tous les usagers. Michel Foucault relève deux types de problèmes découlant de la notion de responsabilité : la question juridique et celle du rapport à soi. Ces dernières, dans une approche par la subjectivité, seraient affectées par les discours néolibéraux.

De manière moins critique, Lippmann insuffle l'idée que l'interventionnisme du gouvernement est obligatoire pour réduire les inégalités sociales. Le principe de compétitivité amènerait une égalité permettant à chacun d'entrevoir sa propre trajectoire.

### *B.2) La responsabilisation comme technique découlant du néolibéralisme*

La responsabilisation des individus se trouve être un outil du modèle néolibéral. Si cette responsabilisation, prise sous l'angle de la morale, est une technique de *gouvernementalité*, il faut analyser ses modes de production et ses repères. Cette injonction morale jouerait sur « la

*confusion entre la promesse d'une mise en capacité à agir et l'assignation moralisante de la prise en charge matérielle de soi sous peine d'accusation d'irresponsabilité, et ce dans des domaines aussi différents que le médical, le pénal, le sécuritaire ou le social* » (Hache, 2007, p. 7).

Revenons sur le terme de *gouvernementalité*. Michel Foucault, dans *Sécurité, territoire, population*, développe cette notion d'origine religieuse. Elle proviendrait du pouvoir exercé par les prêtres sur leurs partisans et introduirait un rapport de soumission face aux ordres. On peut voir apparaître une relation paradoxale de la gouvernementalité néolibérale. L'État se retire progressivement, laissant place en réalité à un interventionnisme plus absolu mais indirect, sorte de « *politique active sans dirigisme* »<sup>96</sup>, où « [celui-ci] *ne va pas se placer sous le signe du laissez-faire, mais, au contraire, sous le signe d'une vigilance, d'une activité, d'une intervention permanente* » (Foucault, 2004, p. 137). Il s'élargit à l'ensemble des sphères des individus ne faisant pas de différences stratégiques entre le politique, l'économique ou entre les sphères publiques et privées des individus. Si cette étendue est comparable aux formes primitives du pouvoir pastoral du XVI<sup>e</sup> siècle, le néolibéralisme s'en éloigne par sa volonté d'autonomisation des individus et de responsabilisation. En cela, « *on peut noter qu'il est l'exact opposé du pastorat chrétien qui rend le berger responsable de toutes et chacune de ses brebis* » (Hache, 2007, p. 51).

Le transfert de responsabilités précédemment évoqué se produit par le culte d'une nouvelle façon d'agir et de penser. Dans un premier temps, le néolibéralisme souhaite rendre inopportun un type de comportement et, simultanément, il veut généraliser un comportement dit "responsable" afin de rendre, du moins en apparence, les individus indépendants de l'État, contrairement à la précédente manière de gouverner de l'État-providence. Par exemple, pour la sécurité sociale, l'État a souhaité rendre la dépendance des individus à l'État-providence incommode en rapprochant le terme de redistribution de celui d'assistanat. En transformant les individus touchant des aides en "assistés", l'État a souhaité avancer l'idée que les individus doivent, avant d'en venir aux aides, s'en sortir seuls et prendre leurs destins en main. Ainsi, « *le fait de rendre indésirable notre attachement à l'État passe par le fait de le concevoir uniquement comme une dépendance et non plus comme une condition d'indépendance – ce*

---

<sup>96</sup> FOUCAULT Michel (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Seuil, p. 137.

*qu'elle a été pour de nombreuses personnes » (ibid., p. 52).* Ce modèle semble méritocratique. Il part du principe que chaque individu est capable d'être en bonne santé et que tout échec est imputé uniquement à lui-même.

Ce nouveau culte d'agir et de penser correspond, selon Michel Foucault, à une « *individualisation du mode de changement social* »<sup>97</sup>. Il relève une spécificité de ce mode de gouvernance, celle de l'« *Exemple* ». Ce mode fonctionne par imitation et correspond à un comportement responsable. Cette responsabilisation libératrice<sup>98</sup> est implicite et se veut synonyme d'une gouvernance à distance. « *C'est en ce sens un gouvernement qui appelle à la transformation de soi, au changement de comportement et de manière de penser, mais à l'inverse du pastorat chrétien dans lequel ce rapport de modification de soi est censé tendre vers l'élimination de toute volonté personnelle, la pastorale néolibérale oriente au contraire cette transformation de soi vers la maximisation de sa volonté* » (Hache, 2007, p. 53). Ce modèle néolibéral en appelle à la responsabilisation individuelle. En cela, il semblerait souhaiter un affranchissement des individus par rapport à leurs liens. Le choix charitable dont nous parle Erica Bornstein<sup>99</sup>, construit l'individu en élément autonome et responsable. S'il aide les populations vulnérables à choisir la relation d'aide dont elles pensent avoir besoin, les individus, dans leur globalité, peuvent décider d'entrer dans ces relations de solidarité ou non. « *Le paradigme de l'utilité des théories de l'individu rationnel qui choisirait toujours de façon à maximaliser son gain est d'une portée limitée pour comprendre ce qui se joue dans les situations et les comportements à risques. Toutes décisions est à considérer dans le contexte social et d'organisation des interactions sociales où elle s'inscrit. Ce contexte fonctionne comme un système de contraintes qui limite les choix possibles, et donc les oriente* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 61).

La notion de responsabilité serait l'outil principal de la gouvernementalité néolibérale. En s'appuyant sur une identification de la responsabilisation, le modèle aspire à développer l'auto-entreprenariat des individus. En permettant l'individualisation, la responsabilité dans ce

---

<sup>97</sup> FOUCAULT Michel (1979), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979, op. cit.*, p. 149.

<sup>98</sup> BORNSTEIN Erica (2006), « *Charitable Choice. L'humanitaire et les politiques de la foi* », *Vacarme*, n ° 34, janvier, p. 6.

<sup>99</sup> *Ibid.*, p. 5.

contexte aurait une signification davantage positive en s'alliant à celle d'*empowerment*. Ces changements s'incarnent dans un nouveau rapport entre individus et société.

### *B.3) Biopouvoir et nouveau rapport individu société*

Après avoir expliqué ce rapport entre néolibéralisme et responsabilité, Foucault amène une nouvelle notion, celle du *biopouvoir*. Ce vocable correspond à une forme de pouvoir antagoniste au pouvoir disciplinaire, non répressif, mais davantage généralisé sur les diverses sphères. Ce biopouvoir normalise les processus tels que la mort ou la maladie. Dans une perspective épidémiologique, il intervient sur les déterminants de ces phénomènes. Mais ce pouvoir amènerait des contraintes dans sa réalisation. Selon Stéphane Legrand, il y aurait l'apparition d'un « *chiasme qui articulerait aussi, sur un mode hautement problématique et instable, ces deux technologies de pouvoir inhérentes aux conditions d'existence et de fonctionnement du capitalisme que sont, d'un côté le pouvoir disciplinaire, de l'autre le biopouvoir, qui en dépit de leurs profondes différences fonctionnent cependant ensemble* » (Legrand, 2007, p. 47). Le pouvoir disciplinaire correspondrait à l'institution judiciaire, individualisante et psychologisante, et paradoxalement éliminerait « *l'enjeu porté par la notion de responsabilité parce qu'elle tend à naturaliser la volonté, et une politique criminelle qui pourrait bien être tendanciellement de plus en plus biopolitique, c'est-à-dire, malgré les apparences, de plus en plus axée sur la constitution de cadres impersonnels pour assurer l'autorégulation du marché de la criminalité autour de son état économiquement optimal, mais qui serait justement, par cela même, inversement sur-responsabilisante pour les sujets qui, à n'en pas douter, lorsqu'ils ne seront pas de parfaits et hardis entrepreneur d'eux-mêmes, lorsqu'ils n'auront pas convenablement subjectivé la forme entreprise, lorsqu'ils seront plus ou moins marginalisés, plus ou moins pauvres, plus ou moins fous, n'auront clairement à s'en prendre qu'à eux-mêmes* » (*ibid.*, pp. 47-48).

Ce biopouvoir amène un nouveau rapport entre l'individu et la société. Ce nouvel État souteneur enclenche un processus davantage construit dans une démarche de *bottom-up* basée sur l'autodétermination et la responsabilisation. Ce changement à la solidarité auto-déclarée est incarné dans trois bouleversements : celui du risque, celui de la citoyenneté et celui du politique<sup>100</sup>. Le modèle ancien de la solidarité est matérialisé par la responsabilité collective.

---

<sup>100</sup> SOULET Marc-Henry (2005), « Une solidarité de responsabilisation », *Researchgate*, janvier.

Une logique de protection et de réparation des dommages poserait certains problèmes. Cet ancien modèle, au niveau technique, aurait plus marqué les effets que les risques eux-mêmes. Au niveau politique, il reposait sur une externalisation des risques. Enfin, au niveau moral, il faisait redouter les imprévus moraux. L'idéalisation de la démarche ascendante a amené une nouvelle perception du risque, celle du modèle responsabiliste qui n'est « *plus vecteur de sécurité par l'entremise des mécanismes de protection mutualisée mais support de dynamisation de la société (et de l'économie) par la libération des forces entrepreneuriales et principe moral d'ensemble car engageant chacun dans une éthique de la responsabilité* » (Soulet, 2005, p. 3). Ce modèle est basé sur le principe de prévention et de privatisation active, sorte de gouvernance des dommages par l'incrimination autour d'une échelle de tolérance définie par le collectif.

La seconde transformation, où ce changement de manière de gouverner de l'État se perçoit, est dans la citoyenneté. Elle devient subjectiviste en incitant les personnes à mettre en évidence leurs capacités. Ce nouvel interventionnisme demande leurs participations dans leurs trajectoires de vie. Enfin, ce rapport figure dans la transformation du politique. Dorénavant, il assure simplement la cohabitation, mettant de côté la partie moralisante, et s'interroge sur la place de l'individu dans la société<sup>101</sup>. En se désacralisant, il régule les rapports marchands. Il est également un « *élaborateur* » « *de préférences négatives (comme l'illustre le principe de précaution) et [un créateur] d'opportunités permettant à chacun d'assumer le maximum de risques dans une visée promotionnelle et réalisatrice (comme l'exemplifient les politiques soutenant la logique de la capability)* » (Soulet, 2005, p. 3).

Ainsi, nous assisterions à un basculement d'un droit à la santé vers un devoir de santé. Claudine Herzlich, dans *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, constate que si la santé devient un capital primordial dont chacun est responsable, alors les personnes qui ne seront pas en bonne santé seront tenues comme coupables. De fait, par ce biopouvoir, les pratiques des professionnels du milieu médical s'individualiseraient afin d'entrer dans une démarche néolibérale du contrôle. Dans le champ de la santé, ces transformations influencent l'aspect moral et celui juridique.

---

<sup>101</sup> LACROIX Marie (2003), « L'expérience des demandeurs d'asile vers l'élaboration de nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, automne, pp. 182-183.

## C) Le néolibéralisme en santé

### C.1) Du juridique au psychologique

La responsabilisation des individus a subi une transformation lors du passage du libéralisme au néolibéralisme. Au niveau juridique, cette responsabilité transformée change les normes juridiques en normes psychologiques. Ce déplacement de la moralisation modifie la caractérisation des individus dits “délinquants” qui sont moins perçus comme “anormaux” mais comme des personnes modulables, capables d’adaptation et d’entendre les conseils pour s’acquitter de bonnes pratiques. Si le néolibéralisme dépathologise ces individus, il ouvrirait à une dimension moralisante par le biais de la responsabilisation. Il est question du choix rationnel que doit prendre l’individu ayant commis des erreurs. Ainsi, « *on serait en train de passer de la responsabilité juridique classique pour faute conjuguée à la responsabilité juridico-psychiatrique pour risque [...], à une responsabilité “juridico-économique” fondée sur un calcul imité de la théorie du choix rationnel* » (Hache, 2007, p. 58). Le passage du jugement de l’acte au jugement de l’individu indique un changement de paradigme jugeant les capacités des individus à se responsabiliser.

Michel Foucault, s’étant attardé sur cette question du jugement des personnes atteintes de problèmes psychologique dans l’affaire Pierre Rivière, engage des réflexions sur la pénalisation des actes criminels. Aujourd’hui, les interrogations sur ces crimes dérivent et passent de l’acte et de sa sanction, à la volonté de donner les capacités aux individus de se contrôler. En souhaitant modifier les manières de penser, la société veut interagir sur les manières d’agir. De fait, ces transformations engagent une double stratégie de responsabilisation<sup>102</sup>. Si une nouvelle pénologie se manifeste au niveau individuel, apparaît également un transfert des responsabilités de l’État aux individus et au secteur privé. Le rapport entre individu et société est modifié. Le contrat social inscrit entre les deux parties ne relèverait pas du domaine constitutionnel, sorte d’agrégat général provenant d’un assemblage cosmopolite, mais d’interactions entre leurs intérêts. Le recodage de la criminalité « *en termes de coûts et de dangers, et donc à une sorte d’élision de facto de la responsabilité elle-même* » (Legrand, 2007, p. 39), en individualisant et psychologisant l’individu, aurait tendance à

---

<sup>102</sup> GARLAND David (1998), « Les contradictions de la société “punitive” : le cas britannique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 124, septembre, pp. 56-57.

déresponsabiliser en substituant la notion même de responsabilité. Par conséquent, les transformations de la responsabilité juridique dans le passage au néolibéralisme seraient contradictoires car la « “colonisation des normes du droit par les normes psychologiques ou psychopathologiques” tend à une déresponsabilisation, non pas pénale mais psychologique, des sujets, tandis que le mode d’objectivation néolibérale de la délinquance produit une “surreponsabilisation” des sujets, acculés à “une sorte de dette infinie à l’égard du capital qu’ils sont” » (Hache, 2007, p. 7). Ce modèle d’objectivation nierait les déterminants individuels et analyserait les actes délinquants uniquement comme phénomène biopolitique.

### C.2) *Le néolibéralisme dans le système de santé*

Pour aller plus loin, le rapport individu à société est également à aborder autour du concept de morale. Certains auteurs<sup>103</sup> pensent que le néolibéralisme pourrait revêtir des aspects amoraux. Pourtant, celui-ci prône des aspects inverses en permettant l’acceptation des conduites que l’État ne peut justifier. Le néolibéralisme entraîne plusieurs changements tels que les normes politiques en normes techniques, les problèmes sociaux en problèmes moraux et ces derniers en problèmes de responsabilité individuelle<sup>104</sup>. Le rapport entre morale et politique est à analyser de plus près. Cette dimension morale est obligatoire dans cette perspective puisque la responsabilité est son agent. En induisant une dimension émancipatrice, le néolibéralisme, dit Max Horkheimer<sup>105</sup>, instrumentalise la morale. Cette conception dominante de la responsabilisation libératrice a amené à percevoir la maladie d’une autre manière. Elle n’est plus perçue comme intentionnelle. Les individus seraient capables d’anticiper ces comportements pour prévenir les maladies. « *La maîtrise de soi est un prérequis à la santé : le manque de maîtrise de soi est une maladie préalable à l’affection physique, dont les symptômes sont détectables comme schémas comportementaux, psychologiques et cognitifs [...]. La responsabilité morale a été associée à la prévention qui représente une extension des devoirs [...] incombant au malade. C’est comme si [...] le rôle du malade commençait avant le début de sa maladie elle-même, et que “le devoir d’aller mieux” avait été modifié en “devoir de rester*

---

<sup>103</sup> HACHE Émilie (2007a), « Néolibéralisme et responsabilité », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 5-9.

<sup>104</sup> RENAULT Emmanuel (2000), *Mépris social. Éthique et politique de la reconnaissance*, Bordeaux, Passant.

<sup>105</sup> HORKHEIMER Max (1974), *Éclipse de la raison*, trad. fr., Paris, Payot, p. 27 (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1970).

*en bonne santé* » (Greco, in Hache, sous la dir. de, 2007, p. 56<sup>106</sup>). Cette volonté de modifier les comportements dits «à risques» demande aux individus de devenir des êtres rationnels. En maximisant le capital santé, cette conception, selon Foucault dans *Naissance de la biopolitique*, explique que la responsabilité morale se réduit à un ensemble de comportements définis liés à la théorie du capital humain, qui se généralise dans les autres sphères que celle économique. La rationalité néolibérale s'investit dans le domaine de la santé où chaque individu se doit de prendre soin de lui et d'augmenter son estime personnelle.

Maurice Godelier affirmait que nous serions « *dans une société dont le fonctionnement même sépare les individus les uns des autres, les isole dans leur famille, et ne les promeut qu'en les opposant les uns aux autres. Nous sommes dans une société qui libère, comme aucune autre ne l'a fait, toutes les forces, les potentialités qui sommeillent dans l'individu, mais qui pousse aussi chaque individu à se désolidariser des autres tout en se servant d'eux* » (Godelier, 1996, p. 241). Provenant du darwinisme social au sens d'Herbert Spencer<sup>107</sup>, le néolibéralisme ne représente pas une idéologie du retraitement de l'État mais davantage une rationalité politique neutre tendant à ordonnancer les actions des dirigeants et les conduites des dirigés. Cette nouvelle pensée d'État est, en réalité, une morale qui souhaite s'étendre à tous les niveaux de l'existence de ses membres<sup>108</sup>. Pierre Dardot et Christian Laval considèrent le néolibéralisme comme un fait social total en tant qu'il se rapproche de la praxéologie et de l'incitation à l'entreprise de soi. L'individu adaptatif est l'idéaltype que veut confectionner ce modèle. Le néolibéralisme, qui imposerait une norme de vie, n'est cependant pas uniquement un moyen de gouverner : il est une morale décomplexée du capitalisme. Cette rationalité possède des effets négatifs sur les processus démocratiques, en dépolitisant les rapports dirigeants/dirigés, ou en prônant la performance en dépit des principes moraux ou encore en créant de nouvelles hiérarchies, intérieures à l'individu, à travers l'autocontrôle.

---

<sup>106</sup> GRECO Monica (1993), « Psychosomatic subjects and "The duty to Be Well". Personal agency within medical rationality », *Economy and Society*, vol. 22, n° 3, août, pp. 361-370, cité par HACHE Émilie (2007), « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques*, vol. 28, juillet, n° 4, p. 56.

<sup>107</sup> BRUNET Diane (2002), *Herbert Spencer : autobiographie. Naissance de l'évolutionnisme libéral*, à partir d'une traduction et d'un résumé de DE VARIGNY Henry (1907), édition électronique, p. 50.

<sup>108</sup> DARDOT Pierre et LAVAL Christian (2009), *La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte, p. 232.

Plusieurs auteurs<sup>109</sup> font part d'un passage d'une clinique du corps à une clinique par l'image jusqu'à une clinique par le virtuel. Cette mutation engage une « *e-santé* » qui aurait pour effet une perte du regard réflexif du sachant envers le patient. En s'écartant d'autant plus des prises de décisions, nous pouvons rejoindre l'une des pensées de Michel Foucault dans *Surveiller et punir* sur les nouveaux modes de pouvoir. Cela se traduirait par une rééducation, par les savoirs médicaux, qui accentuent le pouvoir disciplinaire par l'investissement politique des corps. Inversement, la démocratie sanitaire ainsi que l'autonomisation des usagers deviennent inéluctables au sein du système de santé. Cette antinomie illustre l'un des aspects d'une conception néolibérale : d'un côté, cette virtualisation permet un accès au plus grand nombre et, de l'autre, cette dernière sollicite l'autonomie de chacun. Comme nous le fait observer Tristan Renard<sup>110</sup>, il ne faut pas pour autant entrer dans le piège du "juridisme" et penser que les acteurs ne sont qu'exécutants face à des règles construites car « *tout d'abord, la force d'une loi, d'une règle, d'une contrainte dépend de "l'état normatif qu'elle rencontre", ce qui implique qu'il existe une géographie et une temporalité de la contrainte qui font que cette dernière prend des aspects différents selon l'échelle où l'on se place. Ensuite, cette dimension suppose qu'il puisse exister des conflits normatifs transformant la nature et le sens de la contrainte* » (Renard, 2013, p. 33).

Certains auteurs ont démontré que la responsabilisation des individus dans une conception néolibérale faisant appel à un "soi indépendant"<sup>111</sup> implique des limites. Comme vu précédemment, elle peut exclure une partie de la population, telle que les jeunes et les plus vulnérables, et se focalise sur des individus détachés de leur environnement et de leurs trajectoires. Cette injonction, malgré sa volonté émancipatrice, reste vécue comme n'importe quelle exigence. Ainsi, de « *ce gouvernement par la responsabilisation résulterait d'une nouvelle division (entre individus aptes ou pas à un comportement responsable) fondée sur un*

---

<sup>109</sup> Par exemple : WALTON Robert, DOVEY Susan, HARVEY Emma et FREEMANTLE Nill (2001), « Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice », *Cochrane Review*, vol. 22, n° 1, février, pp. 1-22 ; TRASHER Evelyn et REVELS Mark (2012), « The role of information technology as a complementary resource in healthcare integrated delivery systems », *Hospital Topics*, vol. 90, n° 2, avril, pp. 23-32.

<sup>110</sup> RENARD Tristan (2013), « La contrainte : quelles contraintes ? Les condamnés et les soignants : d'une responsabilité à l'autre », *Empan*, vol. 89, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 32-37.

<sup>111</sup> BÈGUE Laurent et DESRICHARD Olivier (sous la dir. de) (2013), *Traité de psychologie sociale : la science des interactions humaines*, Bruxelles, De Boeck, p. 138.

*amalgame entre responsabilité morale et les diverses compétences d'un individu dont les effets de cette division, par un jeu de naturalisation, sont pris pour sa cause » (Hache, 2007, p. 62).*

## D) Les inégalités

### *D.1) Une équation désolidarisante*

Avec l'introduction de l'accentuation de la responsabilisation en place, seules les personnes conscientes de cette volonté en amont, qui ont précédé les campagnes de prévention et de promotion de la santé, réussissent à prendre le chemin des bonnes pratiques sanitaires. Il serait très compliqué d'introduire la notion de responsabilité individuelle dans le champ des politiques sociales. Les individus les mieux établis aux niveaux tant sanitaire qu'éducatif ou économique peuvent faire face à cette injonction. Pour autant, comment font ceux ne faisant pas partie de ce groupe privilégié ? Ces derniers ne pouvant assumer, en plus, la responsabilité des autres, il est certain qu'il faut un support social stable. Cette conception pose des problèmes à l'égard de la société. Elle amènerait une désolidarisation des individus entre eux. La surresponsabilisation, entraînée par la volonté d'individus autoentrepreneurs, incite au renfermement sur soi et au désintéressement face aux autres. En entraînant une certaine concurrence, elle prône la réussite à tout prix, engageant l'échec comme un désavantage qui augmente les faiblesses des plus vulnérables. Cet échec est imputable à l'individu qui est responsable de sa trajectoire. Certaines enquêtes dévoilent qu'une partie assez grande de la population accepte ce principe méritocratique, entendant que chacun est récompensé en fonction des efforts fournis.

Cette individualisation de la société ne se trouve pas qu'au niveau sanitaire, elle est également présente sur le plan sécuritaire. Une prise en charge individualisée de la sécurité serait visible et entraînerait un accroissement du clivage par le capital économique. Selon Robert Castel et Claudine Haroche<sup>112</sup> cette société devient "duale", en ce sens où il y aurait deux types d'individus séparés par cette volonté de responsabilisation entraînant des individualités par défaut<sup>113</sup>. Si ce néolibéralisme amène une désolidarisation et un désengagement des individus dans la société, l'outil primordial pour diminuer ces effets reste le renforcement de la société civile. Cette solidarité serait réduite par la perspective néolibérale.

---

<sup>112</sup> CASTEL Robert et HAROCHE Claudine (2001), *Propriété privée, propriété sociale, ..., op. cit.*, p. 91.

<sup>113</sup> *Ibid.*, pp. 117-118.

À l'époque de l'État-providence, les individus possédaient des supports, ils avaient des « *ressources* » ou de « *capitaux* » au sens de Bourdieu ; *c'est la capacité de disposer de réserves qui peuvent être de type relationnel, culturel, économique, etc.* » (Castel et Haroche, 2001, p. 30) et paradoxalement, « *ils sont les assises sur lesquelles peut s'appuyer la possibilité de développer des stratégies individuelles* » (*ibid.*, p. 30), demandées dans le contexte actuel.

L'Ancien Régime permettait l'accès à la propriété sociale, au sens de Castel, incluant la protection, le logement et l'ensemble des biens collectifs livrés par la société et accordés aux personnes en état de vulnérabilité contre la dépendance et la décadence sociale<sup>114</sup>. Dans ce contexte, l'individu n'était pas responsable de sa situation puisque les inégalités émanaient de l'extérieur.

Ce déplacement de la responsabilité entraîne une fatigue interne de l'individu<sup>115</sup> et amène « *le premier individu à vivre en ignorant qu'il vit en société, le premier individu à pouvoir se permettre, de par l'évolution même de la société, d'ignorer qu'il est en société* » (Castel et Haroche, 2001, pp. 129-130). En conséquence, deux individus désaffiliés antagonistes sont percevables : l'un déconnecté du social car trop ancré dans la subjectivité et dégagé de tout appartenance au collectif, l'autre davantage en manque d'appartenance et de supports divers.

#### *D.2) Les inégalités multifactorielles*

La réorganisation de l'État dit « social » bouleverse certains domaines. Les acteurs institutionnels alimentent l'individualité en tant qu'organisation et responsabilité mais cette individualisation cherche à comprendre les problèmes sociaux et leurs solutions. « [Elle] *ne se fait pas a priori sous la forme d'une discrimination des personnes marginales ou anormales. [Elle] se fait a posteriori par l'identification des manques, des insuffisances, des fragilités qu'a révélés toute une biographie. En conséquence, ces individus qui auraient dû s'en sortir par une mobilisation de leur volonté et de leurs ressources, par un travail sur eux-mêmes et leur environnement, deviennent paradoxalement, parce qu'ils restent là où ils sont, responsables de leur situation, qu'ils soient dépressifs ou chômeurs de longue durée* » (Soulet, 2005, p. 5). Cette injonction à

---

<sup>114</sup> *Ibid.*, pp. 76-77.

<sup>115</sup> EHRENBURG Alain (2011), *La Fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

la responsabilisation dérive vers l'exclusion, rendant acceptable « *l'idée de traits objectifs individuels incorporés de non (ou de faible) capacité à s'intégrer et, par voie de conséquence, à être intégrés* » (*ibid.*, p. 7). L'individu se doit de minimiser les dommages encourus par les prises de risques. Les effets de cette approche sont inégalitaires et néfastes sur la santé publique. Ces demandes inéquitables de responsabilisation tendent à minimiser les influences des contextes sociaux. Que la responsabilité des individus soit prise en compte de manière faible ou forte, il faut prêter attention aux sens que donnent les individus à leurs conduites. Aujourd'hui, « *la différenciation sociale ne résulte plus essentiellement d'identités héritées provenant d'inégalités structurelles mais devient davantage le fruit de singularités cherchant à s'affirmer et visant la reconnaissance sociale* » (*ibid.*, p. 8).

La redistribution des supports sociaux n'est pas la même selon les individus, l'échec n'est plus collectif. Il faudrait que les individus soient détachés de l'environnement et de déterminismes pour accorder les principes de la responsabilisation. Ce capital santé est une chose complexe et variable selon l'environnement. Pour Georges Canguilhem, l'individu doit se sentir "normal". Le milieu doit lui sembler adapté par rapport à ses exigences et aux normes dominantes. Ce sentiment donnerait les capacités à faire face aux aléas, même lorsque des risques sont pris<sup>116</sup>. Même si l'imprévu reste plus compliqué à gérer, il doit être capable de rebondir. Cette manière d'appréhender la santé considère que les conduites dépendent entièrement des individus. Dans ce cas, une telle approche est également modulable selon des facteurs externes. Cette conception de l'auto-entrepreneur qui contrôle sa propre vie va à l'encontre du principe du déterminisme et des inégalités qu'il entraîne.

La santé étant un bien primordial, le principe d'égalité d'accès au système sanitaire pour tous devrait être appliqué. Ainsi, pourquoi les prises en charge et la tarification de ces traitements peuvent-elles dépendre des conduites des individus ? Dans la société néolibérale actuelle, les individus doivent être libres de rechercher la réussite à tous les niveaux, en respectant le bien des autres. Dans ce cas, des sanctions des conduites "à risque" ne peuvent être acceptées. Les individus ne peuvent être jugés sur leur imprévoyance, d'où l'obligation d'un filet social, car « *il y a des gagnants, mais également beaucoup de perdants au jeu des recompositions en cours, et l'exigence généralisée d'individualisation des tâches, des performances, des carrières, reclive deux manières contraires de se retrouver un individu*

---

<sup>116</sup> CANGUILHEM Georges (1984), *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, p. 134 (1<sup>re</sup> éd. : 1984).

*comme au temps de l'opposition entre propriétaires et non-propriétaires* » (Castel et Haroche, 2001, p. 122). Pour comprendre cette aspect d'incrimination inéquitable, il faut analyser l'exemple de l'addiction aux cigarettes.

### *D.3) L'exemple de la consommation de tabac : des inégalités sociales aux inégalités de santé*

La taxation du tabac est un des exemples mettant en exergue les inégalités sociales induisant celles de santé. Si ce dispositif souhaite diminuer la consommation de cigarette, il ne peut être, à lui seul, un moyen de prévention. Il pourrait éventuellement inciter les personnes à bas revenus à s'en détacher ainsi que celles qui souhaitent arrêter pour le bien-être personnel. Cette approche par la sanction financière implique un individu responsable de sa santé et qui reconnaît les conduites saines. En conséquence, l'individu identifiant les bonnes pratiques est perçu comme capable de les suivre. De fait, celui qui se nuit semble devenir imprévoyant, voire ignorant, face à son bien-être.

Les campagnes de prévention ont pour volonté de rendre la consommation de tabac moins "ordinaire". Fumer devient interdit dans beaucoup de lieux. Cette action est instituée comme une nouvelle déviance. Les experts de santé publique ont toujours identifié le tabagisme à une sorte de maladie épidémique, comme pour l'alcool, qui, en se médicalisant, serait devenu un problème social. La sociologie nous apprend que les drogues deviennent un symbole de déviance en ce qu'elles sont construites comme telles par le regard critiques des différentes instances juridiques et morales. Si les psychologues déterminent les comportements addictifs comme les effets d'un mal-être lié à des déterminants familiaux et sociaux, sociologues et psychologues s'accordent sur le fait que l'utilisation de drogues est expliquée par des facteurs sociaux directs ou indirects. Ces aspects sont à étoffer par l'étude de la dimension éthique et axiologique de ces addictions, par le rapport au plaisir.

Sans entrer dans une perspective dualiste du bien ou du mal, l'individu est confronté à des choix parmi plusieurs alternatives qui seraient façonnées par un jugement moral, pas uniquement du point de vue extérieur mais également sous l'angle de l'individu. Certains fumeurs savent pourtant qu'il est préférable de ne pas fumer et connaissent les conséquences pour leur santé. Le plaisir, la symbolique, la convivialité, la transgression des règles ou simplement l'addiction aux cigarettes peuvent contrecarrer ces croyances. La prise de risques n'induit pas forcément le manque de connaissance sur le sujet, des facteurs externes peuvent les annihiler. Ces connaissances, qu'elles soient solides ou non, n'exercent pas forcément une

modification des conduites. Les prises de risques sont souvent accompagnées du déni de responsabilité. Les individus accusés de délit trouvent très souvent la justification de l'irresponsabilité lors des faits. Néanmoins, dans le contexte actuel, cette justification n'est pas acceptable.

Patrick Peretti-Watel, François Beck et Stéphane Legleye, dans *Les Usages sociaux des drogues*, proposent trois types de ce déni<sup>117</sup> davantage acceptable dans une société qui prône la culture du risque. Le premier se trouve dans l'affirmation de la capacité de l'individu à le maîtriser et à s'en écarter. Ce sentiment de force est en accord avec la conception individualiste de la société actuelle souhaitant développer un individu auto-entrepreneur qui se contrôle. Par exemple, certains fumeurs disent s'éloigner des conséquences néfastes du tabagisme en le corrélant à une vie saine (par la pratique sportive ou la nourriture). Le deuxième type de déni repose sur la comparaison avec d'autres pratiques à risque comme l'alimentation avec pesticide ou la pollution. Fondée sur l'épidémiologie, cette rationalité statistique est en concordance avec la culture du risque. Cependant, cette technique est davantage utilisée par les industries. Par exemple, les lobbies des tabacs peuvent utiliser les conséquences des pesticides au sein de la nourriture quotidienne pour relativiser les effets de leurs produits sur les consommateurs. Enfin, la rationalité plus spécifiquement instrumentale prônée dans ce contexte fait émerger un autre type de déni, celui de l'accomplissement individuel. Ce calcul coûts/bénéfices est présent, par exemple, chez les usagers injecteurs qui justifient leurs pratiques par l'effet positif que possède le produit dans l'affrontement de situations complexes. Les individus s'exposant aux pratiques à risques peuvent normaliser ces dernières tout en ayant conscience des risques qu'elles peuvent amener. « *Ce déni du risque renouvelle les techniques de neutralisation mises en évidence par la sociologie de la déviance, car il met l'accent sur la responsabilité individuelle* » (Peretti-Watel, 2005, p. 241).

À partir du tableau n° 11 sur la typologie des attitudes des fumeurs de cigarettes à l'égard de leur consommation, tiré de l'enquête sur le tabagisme réalisé en 2000 par l'Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, il est possible d'appuyer les arguments précédents statistiquement. Si 97 % des personnes tirées du profil moyen pensent que fumer est nocif pour la santé, 91 % de ces mêmes personnes se sentent suffisamment informées sur les risques

---

<sup>117</sup> PERETTI-WATEL Patrick, BECK François et LEGLEYE Stéphane (2007), *Les Usages sociaux des drogues*, Paris, PUF, pp. 168-199.

encourus par cette consommation (Tableau n° 11, encadré rouge). Pour l'argument du déni portant sur les capacités de l'individu, 60 % des consommateurs pensent maîtriser leur consommation. De manière paradoxale, dans ces 60 %, une partie a également répondu, à 53 % (Tableau n° 11, encadré vert), favorablement au fait de se sentir esclaves de cette consommation. Il y a donc des individus qui savent maîtriser leur consommation mais qui se sentent esclaves de cette dernière. Autre argument : 27 % pensent que l'arrêt du tabac ne changerait en rien la probabilité de déclencher ou non une maladie. De fait, le pourcentage d'argument de création du déni du risque est très élevé : « *La quasi-totalité des fumeurs interrogés reconnaît les risques pour la santé liés à la consommation de tabac, et cette proportion ne faiblit pas parmi ceux qui soutiennent de nombreuses opinions qui permettent de mettre ce risque à distance, ou de le relativiser pour soi-même* » (Peretti-Watel, Beck et Legleye, 2007, pp. 180-181).

Associé au tableau précédent, le tableau n° 12 sur les profils d'opinions à l'égard du tabac et des motifs d'usage parmi les fumeurs quotidiens, permet de compléter l'analyse en démontrant les motivations du fumeur. Les profils sont réunis en fonction de critères. Le premier, représentant 52 % de la population interrogée, correspond aux individus conscients de la nocivité de la cigarette mais appuyant la liberté de choisir s'ils veulent ou non consommer. Ils s'adonnent, par le biais de la cigarette, à la relaxation mais restent les plus dépendants au tabac.

Le deuxième profil, représentant 19 % des consommateurs, reconnaît moins les risques de dépendance du tabac, puisque ces individus sont les moins dépendants, mais minimisent également les risques pour autrui. Si ces personnes ont choisi de consommer, elles n'en ont pas besoin pour augmenter leur assurance face aux autres et elles aiment partager ces moments avec des amis.

Le troisième profil, 17 %, s'il est comparable au premier par la reconnaissance du danger, est constitué d'individus ayant choisi la cigarette comme moyen d'assurance de soi et de convivialité. Le dernier profil correspond au profil moyen. Il n'a ni trop conscience des dangers, ni pas assez : la cigarette doit être un choix personnel et peut provenir de multiples motivations. Quel que soit le profil, les fumeurs perçoivent leur consommation comme un outil plus ou moins risqué permettant de satisfaire les besoins individuels et personnels comme ceux communs. Par exemple, sur le plan public, 50 % des quatre profils se mettent d'accord sur le

fait qu'il est agréable de fumer entre amis. Sur le plan personnel, même si le profil n° 2 est un peu moins homogène face à cette réponse, les individus prennent la cigarette comme un moyen de se calmer.

Après avoir perçu les facteurs motivationnels et les justifications démontrant le déni du risque, il est possible d'apercevoir d'autres contraintes. Cette addiction ne doit pas seulement être amalgamée à un risque uniquement individuel puisque celui-ci est également collectif. Une multitude de facteurs déterminent l'entrée dans le tabagisme. Les acteurs institutionnels incarnent cette responsabilité collective lors de la vente même de ce produit. Ce produit étant légal, il est plus facile de s'en procurer mais d'autres facteurs sont perceptibles. Cette consommation de tabac est l'un des exemples de la reproduction. Les facteurs familiaux et sociaux jouent un grand rôle. En outre, une telle consommation est étroitement liée à la catégorie socioprofessionnelle. Si l'hypothèse de la situation de l'individu comme créatrice du manque de soin est valide, les inégalités de santé seraient, en fait, le reflet des inégalités sociales.

Si la consommation de cigarette diminue dans toutes les catégories par le biais de la taxation, de la prévention ou du changement de conception de la société face au risque, les clivages restent présents. Cette diminution de la consommation peut même biaiser les résultats car, dorénavant, le fait de ne pas fumer devient un critère de distanciation sociale. Les inégalités de santé sont statistiquement prouvées. Un cadre supérieur de 35 ans a une espérance de vie six ans plus longue que celle d'un ouvrier. Les inégalités de santé cachent en fait des inégalités d'éducation. Ces dernières auraient un impact fort sur la santé : une personne sans diplôme a deux fois et demi plus de risque de décéder avant 65 ans qu'une personne qui a effectué de longues études. Il est également possible d'ajouter à cela les inégalités territoriales avec les déserts médicaux ou encore la disparité face à l'assurance publique complémentaire. L'accès aux soins et à la prise en charge s'est démocratisé depuis quelques décennies. Pourtant, selon Pierre Aïach et Didier Fassin<sup>118</sup>, cela ne réduit pas les inégalités sociales face à la maladie et à la mort, voire même les creuse. Ainsi, si les soins ne réduisent pas ces inégalités, alors d'où proviendraient ces dernières ? Les pratiques des professionnelles seraient-elles discriminatoires ?

---

<sup>118</sup> AÏACH Pierre et FASSIN Didier (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, vol. 54, n° 20, décembre, pp. 2221-2227.

Maud Gelly<sup>119</sup> a développé dans sa thèse cette classification par une ethnographie de l'action publique<sup>120</sup>. À travers une enquête dans un CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), cette sociologue se demande de quelle manière les soignants classent les publics et comment ils délivrent un service différencié. Elle perçoit que les pratiques de classement sont davantage marquées dans les services publics puisqu'elles sont faites en amont de l'interaction avec le public. Elle raconte ainsi une action de l'association AIDES se déroulant sur la place Pigalle et montre les techniques professionnels de repérage des publics cibles. La classification serait d'autant plus fine lorsque le professionnel serait socialement proche de l'utilisateur. Pour le corps médical, les classements sont davantage déterminés par les nomenclatures épidémiologiques. Ces résultats interrogent sur les effets de cadrage des critères de financement (en fonction des publics) sur la pratique (voir chapitre 2 : Représentations).

Tous les individus sont capables de devenir responsables, mais cette responsabilité n'est pas innée et provient de la situation dans laquelle l'individu évolue. La stratégie de responsabilisation serait un moyen de donner des outils à l'individu pour construire ses choix. Pour autant, ses croyances, acquises tout au long de sa trajectoire, ne sont-elles pas des biens ancrés, difficiles à extirper ? Il est possible d'agir sur sa propre santé mais il est compliqué de faire face aux déterminants de l'environnement. Même si les individus sont prévenus des risques et qu'ils les reconnaissent, cela n'induit pas forcément de nouvelles pratiques. Les croyances peuvent sans cesse être bousculées par les expériences, les statistiques ou les comparaisons : « *C'est pourquoi l'action des individus sur leur santé peut être à la fois certaine, au vu des données épidémiologiques étudiant les causes des maladies et de la mort, mais modeste, puisque la connaissance des conduites réputées saines ne préjuge pas de leur adoption* » (Orobon, 2013, p. 6). L'addiction et la transmission sont deux termes connectés.

Pour passer du besoin au plaisir, les scientifiques démontrent une transmission phylogénétique des circuits de la récompense et, réciproquement, du plaisir au besoin, l'addiction. La transmission de l'addiction provient de plusieurs facteurs comme l'adversité sociale, les événements de la vie ou encore l'épigénétique. En somme, cette responsabilisation

---

<sup>119</sup> GELLY Maud (2016), *Classer pour soigner ? Savoirs d'État et raisons pratiques. Le cas du dépistage du sida en France*, thèse de sociologie, Université Paris 8, décembre, 430 p.

<sup>120</sup> Ce terme est en référence à Vincent DUBOIS (2012), « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, vol. 1, n° 1, septembre, pp. 83-101.

des individus ne devrait-elle pas être adaptée, sachant que l'aspect sanitaire provient de l'interaction d'une pluralité de facteurs passant de la génétique au social ?

**Tableau n° 11 : Typologie des attitudes des fumeurs à l'égard du tabagisme**

|  | Déni du risque faible |                    | Déni du risque fort |                    |              |
|--|-----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------|
|  | Profil 1<br>(38 %)    | Profil 2<br>(18 %) | Profil 3<br>(28 %)  | Profil 4<br>(16 %) | Profil moyen |
| <i>Variables actives :</i>   |                       |                    |                     |                    |              |
| Je fume depuis trop peu de temps pour être en danger d'avoir une maladie liée au tabac   | 6 %                   | 10 %               | 64 %                | 52 %               | 31 %         |
| La quantité que je fume est trop faible pour être atteint d'une maladie liée au tabac  | 11 %                  | 11 %               | 68 %                | 48 %               | 33 %         |
| Mes antécédents familiaux me protègent des conséquences du tabac sur ma santé  | 7 %                   | 4 %                | 12 %                | 92 %               | 23 %         |
| L'activité physique et sportive me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac                                       | 28 %                  | 40 %               | 73 %                | 78 %               | 52 %         |
| Vivre au grand air me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac  | 34 %                  | 50 %               | 73 %                | 85 %               | 56 %         |
| Ma manière de fumer me protège des conséquences nocives de ma consommation de tabac  | 7 %                   | 11 %               | 34 %                | 56 %               | 23 %         |
| J'ai déjà beaucoup trop fumé, arrêter maintenant ne diminuerait en rien mon risque d'avoir des maladies liées au tabac         | 19 %                  | 47 %               | 19 %                | 60 %               | 27 %         |
| Les progrès de la science en médecine vont bientôt trouver un traitement qui guérit définitivement les maladies liées au tabac | 0 %                   | 91 %               | 9 %                 | 47 %               | 31 %         |
| <i>Variables illustratives :</i>   |                       |                    |                     |                    |              |
| J'ai le sentiment d'être esclave de ma consommation de tabac   | 63 %                  | 60 %               | 36 %                | 50 %               | 53 %         |
| Je maîtrise complètement ma consommation de tabac  | 46 %                  | 58 %               | 75 %                | 69 %               | 60 %         |
| Fumer du tabac est mauvais pour la santé   | 99 %                  | 96 %               | 94 %                | 97 %               | 97 %         |
| Je suis suffisamment informé des conséquences sur la santé du tabagisme  | 93 %                  | 90 %               | 89 %                | 90 %               | 91 %         |
| <i>Statut tabagique :</i>  |                       |                    |                     |                    |              |
| Fumeur quotidien   | 85 %                  | 93 %               | 67 %                | 77 %               | 80 %         |
| Fumeur occasionnel   | 15 %                  | 7 %                | 33 %                | 23 %               | 20 %         |
| <i>Première cigarette* :</i>   |                       |                    |                     |                    |              |
| Fumée dans la demi-heure suivant le réveil   | 34 %                  | 31 %               | 22 %                | 32 %               | 31 %         |
| Fumée plus tard  | 66 %                  | 69 %               | 78 %                | 67 %               | 69 %         |
| <i>Nombre de cigarettes fumées :</i>   |                       |                    |                     |                    |              |
| Par jour pour les fumeurs quotidiens   | 16                    | 16                 | 12                  | 15                 | 15           |
| Par semaine pour les fumeurs occasionnels  | 7                     | 7                  | 8                   | 8                  | 8            |
| <i>Années passées depuis la première cigarette</i>   |                       |                    |                     |                    |              |
| Années passées depuis la première cigarette  | 17                    | 20                 | 19                  | 23                 | 19           |
| <i>Années passées à fumer quotidiennement*</i>   |                       |                    |                     |                    |              |
| Années passées à fumer quotidiennement*  | 16                    | 19                 | 18                  | 21                 | 18           |

\* Pour les fumeurs quotidiens seulement.

Exemple de lecture : parmi les fumeurs réunis dans le profil, 1, 6 % sont tout à fait ou plutôt d'accord pour estimer qu'ils fument depuis trop peu de temps pour être en danger d'avoir une maladie liée au tabac. Les fumeurs quotidiens de ce profil fument en moyenne 16 cigarettes par jour.

Source : ORSIF, 2000.

**Tableau n° 12 : Profils d'opinions à l'égard du tabac et motifs d'usage parmi les fumeurs quotidiens**

|   | Profil 1<br>(52 %) | Profil 2<br>(19 %) | Profil 3<br>(17 %) | Profil 4<br>(12 %) |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <i>Pourcentages d'accord (en colonne)</i>   |                    |                    |                    |                    |
| L'usage de tabac peut entraîner de graves troubles de santé                           | 97                 | 76                 | 92                 | 58                 |
| L'usage de tabac peut entraîner une dépendance  | 98                 | 56                 | 95                 | 54                 |
| L'usage de tabac implique un contrôle de soi  | 71                 | 78                 | 70                 | 73                 |
| L'usage de tabac est gênant pour les autres   | 72                 | 49                 | 76                 | 62                 |
| L'usage de tabac est une affaire personnelle, chacun est libre de faire comme il veut | 94                 | 94                 | 73                 | 84                 |
| <i>Pourcentages jugeant le motif plutôt ou très important</i>                         |                    |                    |                    |                    |
| <i>Motivations de l'usage :</i>   |                    |                    |                    |                    |
| C'est agréable de fumer avec des copains  | 42                 | 47                 | 58                 | 55                 |
| C'est difficile de ne pas faire comme les autres                                      | 1                  | 9                  | 60                 | 37                 |
| Fumer me calme  | 93                 | 43                 | 90                 | 83                 |
| Fumer me rend plus sûr de moi   | 12                 | 11                 | 53                 | 32                 |
| Je ne peux pas m'en passer  | 80                 | 17                 | 64                 | 53                 |

Source : CADIS-MAIF-OFDT, 2000.

« *Devant le dépérissement de l'État, surtout sous le poids de la globalisation néolibéraliste, la société civile se pose comme un correctif au désengagement civique et à la désolidarisation citoyenne* » (Fils-Aime, 2012, p. 10). Certains acteurs établissent une série de stratégies comme la mise en place de partenariats avec les pouvoirs publics pour répondre aux manquements de l'État. Par ailleurs, divers acteurs comme la famille, le monde communautaire ou associatif deviennent des acteurs contribuant à la prise en charge des personnes en mal de responsabilisation. Pour préserver l'autonomie et influencer une réinsertion, « *sous la supervision de l'État, les responsabilités sont donc toujours plurielles, partagées et fonctionnellement solidaires* » (Gagnon et Saillant, 2004, p. 8).

### 3) La démocratie sanitaire

Cette dernière section souhaite étudier la facette ascendante de la responsabilisation. Le passage du contrôle à la coopération symbolique s'inscrit dans cette démarche. À travers plusieurs théories (comme celle de l'autodétermination, de l'entretien motivationnel ou des

préoccupations actuelles), nous exposerons les sources directes et indirectes de la démocratie sanitaire. Nous présenterons les acteurs principaux que sont les usagers et les associations dans l'apparition de ce processus participatif. Enfin, nous étudierons les droits individuels et collectifs dans le but d'entrevoir les limites et les évolutions de la place donnée à l'implication des usagers sur la scène politique, médiatique et dans sa propre trajectoire de soin.

## A) Du contrôle à la coopération symbolique

### A.1) *Théorie de l'autodétermination*

Pour analyser les comportements sains et efficaces face à notre santé, plusieurs théories ont été développées. Elles sont apparues avant la démocratie sanitaire et son application en politique. La première est celle de l'*autodétermination*. La variété d'axes d'entrée, qui va de l'éducation à la santé ou encore à l'environnement, justifie son utilisation internationale. Elle concerne les motivations humaines, internes et externes, et les personnalités individuelles, sur les plans tant sociaux que cognitifs. Elle part du principe que les facteurs socio-culturels possèdent des effets positifs et négatifs sur la motivation innée des êtres humains. Elle s'interroge sur les manières dont les individus peuvent acquérir l'autonomie, l'affiliation et les capacités diverses. Ces trois besoins psychologiques sont fondamentaux<sup>121</sup>. Le besoin d'autonomie se caractérise par une responsabilité face à ces actes, celui d'*affiliation* par un sentiment d'appartenance, et celui de *capacités* par le sentiment d'efficacité dans les interactions.

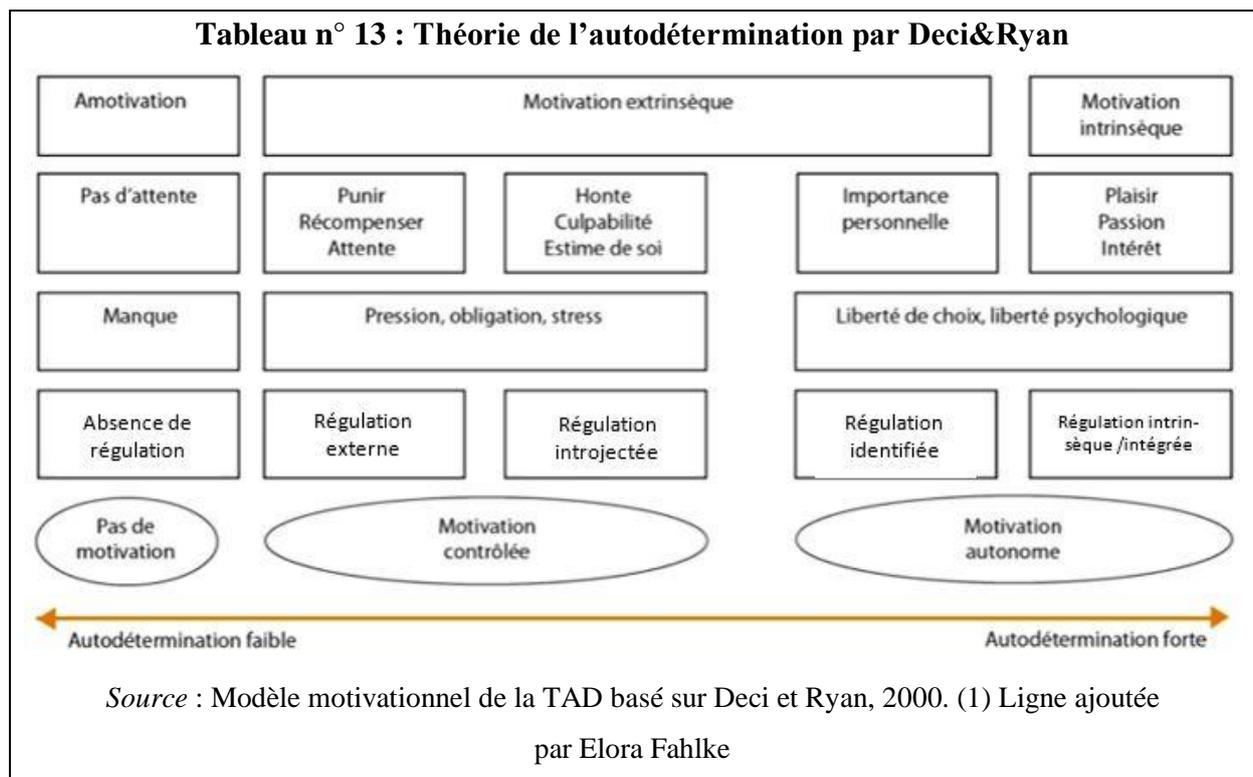
Dans cette optique, la motivation n'est pas perçue comme un phénomène total. Les individus ne sont pas cloisonnés car les niveaux de motivation peuvent diverger selon les perspectives, sur le plan qualitatif ou quantitatif. Un type de motivation n'a pas forcément le même débouché. On peut distinguer trois types de motivation explicités dans le tableau n° 13 : intrinsèque, extrinsèque et amotivation. Cette classification prend appui sur un système d'analyse des niveaux de régulations qui les déterminent.

La perspective intrinsèque incarne une action uniquement basée sur le plaisir et les intérêts qu'elle apporte. Elle symbolise la liberté de choix construite par un individu autonome. Cette catégorie est considérée comme l'essence même de l'autodétermination. Elle est

---

<sup>121</sup> DECI Edward et RYAN Richard (2000), « Intrinsic and extrinsic motivation: classic definition and new directions », *Contemporary Educational Psychology*, vol. 35, n° 1, janvier, pp. 54-67.

synonyme de spontanéité, de performance et de productivité. Elle se caractérise par deux types d'autodétermination : intégrée et intrinsèque. Le premier correspond à une cohésion entre l'action et les perceptions de l'individu. En s'appropriant l'activité, l'utilisateur trouve des techniques d'auto-motivation. Par exemple, une personne qui tente de s'inscrire dans une démarche de soin en CSAPA peut, en appréciant certains changements, trouver la motivation pour procéder à des changements extérieurs à cette demande. L'autodétermination intrinsèque peut correspondre à un individu qui va au CAARUD simplement pour le plaisir que lui procurent le lieu et ses activités.



Si cette motivation intrinsèque est engagée par une causalité interne, régulée par l'individu lui-même, celle extrinsèque semble différente. Par sa volonté davantage instrumentale, elle engage une action déterminée par des facteurs externes à l'individu. La punition, le système de récompense et la pression sociale sont les techniques de cette motivation qui provient du risque de l'obtention de désagréments divers ou de l'extraction de choses agréables. La motivation est contrôlée par le biais de facteurs externes. Elle contient en son sein trois types d'autodétermination : externe, introjectée et identifiée. La régulation externe façonne les comportements par divers moyens comme une pression, familiale ou amicale, poussant l'individu à s'inscrire dans une démarche de soin. L'autodétermination introjectée correspond

à l'intériorisation des contraintes extrinsèques : si l'action n'est pas libre, cet individu l'accomplit pour éviter les conséquences néfastes qui suivent. Enfin, l'autodétermination identifiée est très proche du modèle intrinsèque. Elle consiste en une action qui permet une valorisation de soi incitant la personne à s'identifier face à cette action. À la différence de celle extrinsèque, l'amotivation se caractérise par un individu dégage de toute motivation. L'utilisateur a l'impression de manquer de capacités pour affronter les actions et leurs conséquences. L'individu ne comprend pas les enjeux de la démarche et s'éloigne des motivations possibles.

Ces trois orientations, impersonnelle, contrôlée et autonome, sont, en ce sens, liées à la volonté de responsabilisation de la société néolibérale. Pour favoriser cette responsabilisation, il est impératif de travailler autour de cette perspective. Les individus atteindraient plus facilement ce modèle autonome en agissant sur les facteurs d'évolution de cette régulation tels que les dispositifs médicaux. Pour le moment, dans ces institutions, ce serait le modèle extrinsèque qui primerait sur les autres, tandis que les usagers de ce système tendent vers une volonté d'autonomie ou, pour les plus vulnérables, vers l'amotivation. C'est par le biais de l'amalgame entre les symptômes et les causes que ce système s'ancre dans les régulations du modèle externe. Les paramètres contextuels auraient une incidence sur les agissements de individus. Même si les effets ne sont pas inhérents à ces facteurs, les significations pragmatiques que l'individu leur donnent sont en jeu : « *En résumé, l'ensemble de ces études permet de constater que les concepts issus de la théorie de l'autodétermination sont associés ou prédisent certains comportements avant l'entrée en traitement (tentatives de réduction, intérêt envers le traitement), pendant le traitement (implication, assiduité) et après le traitement (diminution du taux de rechutes). De plus, ces concepts facilitent la compréhension des processus psychologiques qui favorisent l'internalisation de la motivation (perception de compétence, contexte qui soutient l'autonomie)* » (Tremblay et Simoneau, 2010, p. 188).

#### A.2) L'entretien motivationnel

Cette échelle de motivation a permis de disposer de nouvelles techniques. William Miller et Stephan Rollnick ont développé un dispositif, l'entretien motivationnel. Il provient de plusieurs sources telles que l'approche de Carl Rogers centrée sur la personne. L'entretien motivationnel est une conversation coopérative qui a pour but d'accroître la motivation des individus pour les engager vers un changement. Pour cela, six points concomitants ont été relevés par ces auteurs :

*feedback, responsibility, advice, menu, empathy* et *self-efficacy*<sup>122</sup>. Si cet entretien était, dans les années 1980, centré sur la dépendance à l'alcool, il est maintenant répandu dans le domaine de la santé, de l'éducation et du social. William Miller (Miller, 1983) proposait de s'appuyer sur la dissonance, amenée par un retour en fin de dispositif, pour engager l'individu dans un changement comportemental<sup>123</sup>. Celle-ci empêcherait tout renforcement dans le déni et le sentiment d'incompétence. Ces contributions ont été valorisées par l'engouement d'écrits sur l'efficacité de ce dispositif. Les travaux sur cet outil sont apparus par le biais de contestation face aux moyens employés, à l'époque, pour le traitement des consommateurs de drogues.

Joël Tremblay et Hélène Simoneau cherchaient à comprendre la manière d'augmenter la motivation des personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues. L'entretien motivationnel se base sur des principes, des attitudes et des stratégies d'intervention. Cette motivation face au changement serait modifiable par la relation thérapeutique. Cette approche cible les individus peu enclins au changement ou, du moins, ambivalents par rapport à celui-ci. Malgré l'urgence face à la santé dans certaines situations, l'ambivalence est innée quant aux changements. Le professionnel peut avoir tendance à prendre les décisions à la place de l'utilisateur, c'est un réflexe correcteur. Il empêche tout processus d'autonomisation de l'individu et peut engendrer l'amotivation. Il peut souhaiter conserver son indépendance. En cela, dans l'entretien motivationnel, ce professionnel doit chercher à se détourner de ce réflexe et à autonomiser cette personne aidée. Cette perspective, centrée sur la personne, est basée sur trois termes principaux : l'empathie, l'acceptation et la cohérence structurelle. L'empathie est cette volonté de l'intervenant à comprendre les choix de l'individu. L'acceptation est l'attitude positive face aux personnes accueillies et accompagnées. Cet entretien est directionnel et donne un grand rôle à l'intervenant. En souhaitant augmenter les motivations face au changement, cette technique prend en compte les valeurs et perceptions de la personne laissant la responsabilité à l'individu de choisir l'issue. Les motivations intrinsèques du "client"<sup>124</sup> seraient les moyens les plus favorables au changement, les interventions étant uniquement basées sur le

---

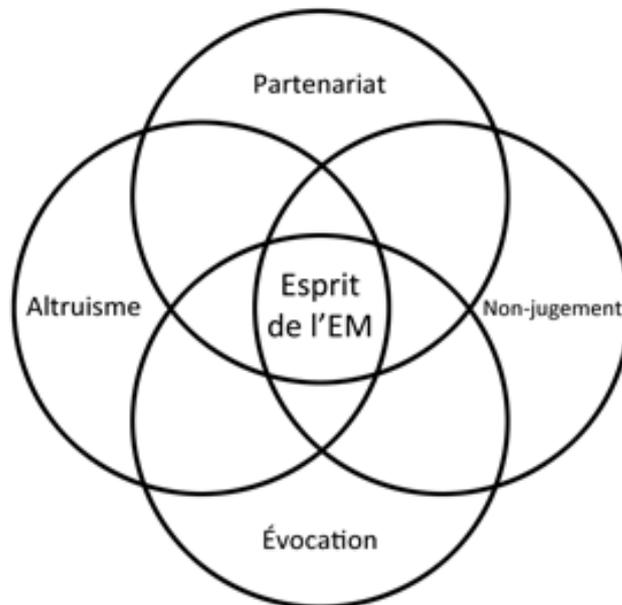
<sup>122</sup> TREMBLAY Joël et SIMONEAU Hélène (2010), « Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives », *Drogues, santé et société*, vol. 9, n° 1, juin, pp. 165-210.

<sup>123</sup> MILLER William (1983), « Motivational Interviewing with problem drinkers », *Behavioural Psychotherapy*, vol. 11, n° 2, avril, pp. 147-172.

<sup>124</sup> Introduite par Carl ROGERS, cette notion a remplacé le mot « patient ».

soutien. L'esprit de cet entretien repose sur plusieurs principes représentés sur la figure n° 3 : le partenariat, le non-jugement, l'évocation et l'altruisme.

**Figure n° 3 : L'esprit de l'entretien motivationnel**



Source : AFDEM (Association francophone de Diffusion de l'Entretien motivationnel), janvier 2015, p. 4.

Cette approche relève plusieurs éléments. Le premier serait la volonté partenariale. Elle se caractériserait par une coopération entre ces deux experts que sont le professionnel et le « *client* » au sens de Carl Rogers. Le second se trouve être l'évocation. Celle-ci consiste à indiquer que l'intervenant n'est qu'un soutien au changement et adopte une posture explicite et ouverte face aux capacités reconnues des personnes. Le troisième et dernier élément se rapporte à l'autonomie. L'intervenant reste à l'écoute des choix des individus, quelle que soit sa décision. Les valeurs exprimées par les trois attitudes précédentes sont le non-jugement, par la reconnaissance des savoirs expérientiels des individus, la valorisation de ses capacités, et l'altruisme qui en découle. Cette posture de non-jugement se constitue par un regard positif de l'intervenant. Elle est caractérisée par l'acceptation de la personne, par une empathie évitant l'évaluation de cette personne et par un soutien à l'autonomie. La démarche altruiste promeut « *de façon active le bien-être de l'autre, donner la priorité aux besoins de l'autre* » (Miller et Rollnick, 2013, p. 21).

La personne qui veut adopter des changements passe par plusieurs étapes, théorisées par deux phases. Aujourd'hui, cette caractérisation linéaire a été abandonnée pour une théorisation en quatre processus évolutifs qu'il est possible de réitérer. Le premier est celui de l'engagement dans la relation. L'alliance thérapeutique, non spécifique à cette approche, est centrée sur la mise en place d'une « *relation fondée sur la confiance mutuelle et sur une aide respectueuse* »<sup>125</sup> (*ibid.*, p. 43). Cette recherche d'équilibre fait émerger les dissonances et s'efforce d'éviter de les inscrire dans la relation.

Le deuxième processus est la focalisation, laquelle insiste sur cet équilibre en prônant la mobilisation des deux parties dans la trajectoire que doit prendre cette démarche de soin. Cet accord sur le déroulement de l'accompagnement ne doit être ni directif, car contre-productif, ni trop libre selon les situations. L'intervenant doit guider par l'échange.

Le troisième processus est lié à l'évocation. Cette étape correspond à l'expression de la volonté de l'individu à changer. Ce discours sur le changement est au centre de cette méthode. Les intervenants veulent traiter le problème par la verbalisation des motivations intrinsèques de ces personnes pour percevoir l'ambivalence. C'est à partir de ce discours que l'intervenant peut essayer, avec l'individu, de construire un parcours de changement. Le dernier processus est celui de la planification. Lorsque l'individu commence à aborder un discours sur sa volonté de changement, l'intervenant doit appuyer cette volonté vers le concret. Un plan d'action est décidé avec la personne tout en explicitant et en informant chacun des points possibles.

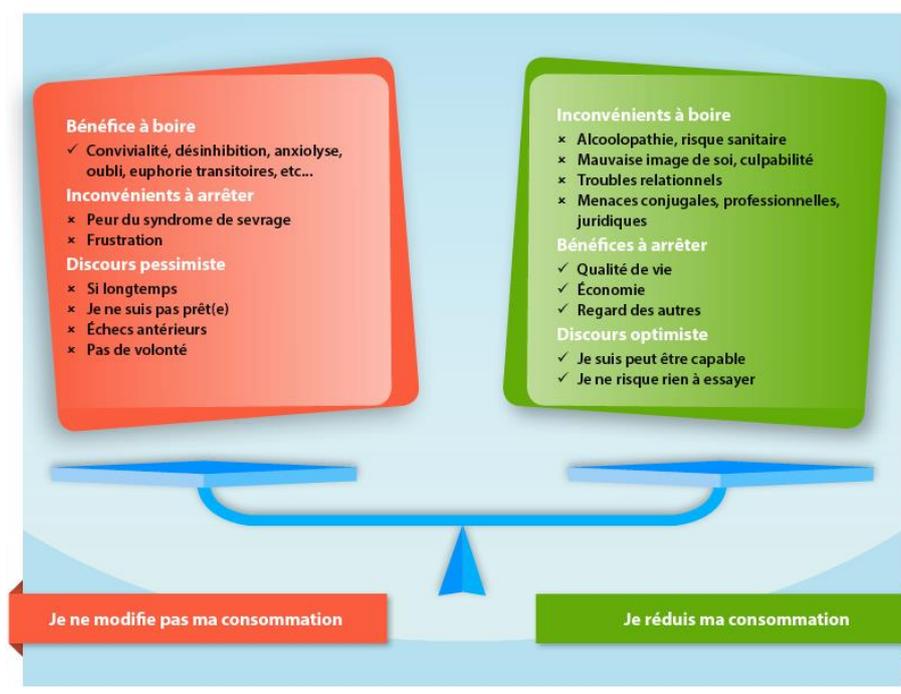
Ces attitudes et moyens mis en place sont modulables en fonction des situations. Ils ont pour principaux objectifs la coopération et l'empathie, la recherche des dissonances, l'exploration des résistances et l'augmentation des attentes individuelles. L'empathie symbolise un changement dans le rapport soignant/soigné, elle permet d'éviter les résistances. Elle est primordiale pour construire une alliance thérapeutique. L'action de l'intervenant doit être en adéquation avec les objectifs de l'individu. La résistance peut être le résultat de cette inadéquation. Pour autant, elle est souvent perçue comme un déni ou une amotivation et non comme le résultat d'un mauvais équilibre entre les deux parties. C'est justement cette réponse face à la résistance qui est l'une des clés de l'entretien motivationnel, c'est ce que William Miller et Stephen Rollnick appellent « *rouler avec les résistances* ». En ces termes, l'entretien

---

<sup>125</sup> MILLER William et ROLLNICK Stephen (2013), *L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, trad. fr., Paris, InterÉditions, p. 43 (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 2002).

a également pour but de renforcer les capacités mais surtout de faire prendre conscience aux individus de leurs compétences par le biais de rétroactions ou de balances décisionnelles comme cela est illustré dans le tableau n° 14 relatif à l'approche d'Irving Lester Janis et Leon Mann.

**Tableau n° 14 : Balance décisionnelle dans le cas de la consommation d'alcool**



Source : Système d'information en Santé, Travail et Environnement, 2015. Tableau de la balance décisionnelle de Janis et Mann, 1977.

Cet entretien est un outil pluriel. Il n'est pas forcément utilisé seul mais peut faire partie intégrante d'autres techniques : « *Finally, l'entretien motivationnel, lorsqu'il est utilisé au début d'un programme de traitement, favoriserait la rétention en traitement, qui à son tour est associée à une meilleure efficacité* » (Tremblay et Simoneau, 2010, p. 180).

### A.3) Théorie des préoccupations actuelles

Une autre théorie de la motivation a été développée. Par rapport aux précédentes, elle fait davantage polémique. Plusieurs écoles en psychologie sont apparues depuis le début de la théorie des préoccupations, connue sous le terme de "counseling". Nous pouvons voir différentes appréhensions philosophiques du concept de liberté telles que les buts, la vision de la souffrance ou encore de la théorie du changement. Les écoles sont les suivantes : l'école

rogérienne, faisant suite au *counseling* et centrée sur la personne ; celle comportementaliste ; celle existentialiste par rapport au biologique, à la vie et à la mort ou encore à la sexualité où la question du sens est centrale ; l'approche systémique et bien d'autres.

L'ouvrage de référence, écrit par Carl Rogers, marque le tournant du *counseling* puisqu'il s'élargit au champ thérapeutique. C'est seulement dans les années 1970 que cette théorisation se diffuse de manière plurielle. Cette mise en évidence des capacités des individus à agir sur leur propre personne et leur environnement va prendre tout son sens dans les années 1990 avec l'arrivée de l'épidémie du SIDA. Peu après, le *counseling* devient officiellement un outil de santé publique. Cela donne aux individus l'opportunité de s'informer et de faire ses propres choix par rapport à sa situation. Au vu du manque de traitement et de prise en charge à cette époque face à cette épidémie inédite, les intervenants ont pu remarquer que les individus atteints du VIH sont mieux informés sur leur maladie qu'eux-mêmes. Le *counseling* aurait été une réponse adaptée puisqu'elle trouve ses fondements dans la reconnaissance des capacités des individus et du droit des personnes à s'emparer de la trajectoire de soins. Le *counseling* sera, au fur et à mesure, reconnu comme un outil de prévention, complémentaire aux traitements et aux prises en charges médicales.

Développée par Eric Klinger et Miles Cox, la perspective des préoccupations actuelles se base sur le postulat que « *les comportements et les expériences sont organisés autour de la poursuite de buts et de la joie que procurent l'anticipation et l'atteinte de ceux-ci. La modification de comportement doit donc naturellement être comprise comme l'adhésion à la poursuite de buts différents de ceux actuellement poursuivis par l'utilisateur* » (Tremblay et Simoneau, 2010, p. 189). Cette théorie aurait comme application clinique le modèle du *counseling*. Ce modèle a pour volonté une modification des fondements de la motivation des personnes ayant des problèmes de consommation. C'est l'anticipation du changement affectif, due à l'obtention ou non d'un but, qui a une place centrale. C'est à partir d'un incitatif, un but, qui peut être un objet ou un événement, que l'individu anticipe une réaction affective, qu'elle soit positive ou négative : « *Les gens veulent acquérir des incitatifs positifs pour augmenter leurs affects positifs et veulent se débarrasser des incitatifs négatifs qui augmenteraient leurs affects négatifs* » (*ibid.*, p. 190).

La consommation de substances psychoactives joue un rôle dans ces incitatifs. À court terme, elle possède des effets affectifs, négatifs comme positifs. Elle est souvent prise dans le

but de réduire des affects négatifs ou d'augmenter les affects positifs. Cette consommation est vécue comme la seule incitative et positive. Elle rend flous les autres affects positifs de la vie quotidienne. En cela, elle devient un incitateur négatif et crée cette ambivalence. La motivation se nourrit de ces incitatifs qui, lorsqu'ils sont poursuivis, amorcent le phénomène des "préoccupations actuelles". Ce phénomène façonne ces motivations intrinsèques qui sont régies par l'affect, les pensées, les émotions et qui induisent un style de comportement. Les buts des individus sont différents et n'ont pas toujours comme issue souhaitée l'affect positif. Plusieurs facteurs sont limitatifs, comme le manque d'estime de soi ou la non-croyance en ses capacités.

Dans la consommation d'alcool, par exemple, « *les attentes de bénéfices sont élevées, et ce, malgré toutes les détériorations dans la non-atteinte d'autres buts cruciaux de la vie* » (Tremblay et Simoneau, 2010, p. 191). Il faut que la personne puisse avoir des alternatives d'affects autres que celle de la consommation pour pouvoir plus facilement s'extraire ou contrôler cette dernière. Il faudrait analyser le contexte motivationnel en dehors de la consommation pour pouvoir comprendre et intervenir dans ce changement. « *En somme, s'appuyant sur le postulat que le changement de comportement est déterminé par le pouvoir attractif des incitatifs faisant partie du répertoire d'un individu, l'ensemble du processus clinique vise à réorganiser la structure motivationnelle de la personne de manière à ce que les incitatifs autres que la consommation de SPA soient plus attractifs* » (*ibid.*, p. 193). En cherchant à comprendre les motivations externes à la consommation, cette méthode souhaite amener d'autres incitatifs dans la recherche du plaisir<sup>126</sup> pour s'écarter de ces substances psychoactives. Dans la société du risque, le *counseling* cherche à responsabiliser les individus dans un contexte de contraintes dès le plus jeune âge.

Les fondamentaux de chaque modèle sont révélés à travers le tableau n° 15. Celui-ci expose une comparaison entre les trois modèles précédents. L'entretien motivationnel se trouve être une étape de préparation pour le *counseling*. Pour amener les individus au changement, dans le cas de la consommation de drogues, ces approches semblent être bien intégrées dans le champ des addictions.

---

<sup>126</sup> Dans un volet théorique de la sociologie morale, Patrick Pharo s'est intéressé à la question des addictions en focalisant davantage son attention sur le sens et les motifs de ces actions sociales que sur la rationalité. Cet auteur s'est beaucoup rapproché des neurosciences pour la question de l'addiction. Pour lui, l'attente de plaisir, ou la « *récompense* » en termes plus médicaux, est au centre de cette question (PHARO, 2012, p. 341).

Si les théories de l'autodétermination et des préoccupations actuelles sont générales, l'entretien motivationnel se base plutôt sur les stratégies utilisées dans le domaine médical, surtout dans le traitement de l'alcoolisme ou de la consommation de drogues. Les deux premières donnent les racines de la motivation. Si elles sont davantage centrées sur l'aspect cognitif, l'entretien motivationnel est plus pragmatique. Il cherche des stratégies d'intervention en amont des changements, sorte de préparation. Ces trois théories ne sont pas antagonistes. L'entretien motivationnel est plus répandu et connu dans le milieu de l'addiction par rapport aux deux autres. Ces trois théories seraient des points d'appui pour les recherches futures sur l'efficacité des approches afin de mieux comprendre la théorie du changement. Nous aurions pu également parler d'une autre approche, celle de la médecine narrative<sup>127</sup>. Dans les années 1990, celle-ci se développe dans les pays anglophones. Elle est centrée sur le patient en « (re)mettant le récit du patient et son écoute attentive au cœur de l'acte médical et [en établissant] une relation de qualité, marquée par l'empathie, entre le soignant et le soigné » (Rossi, 2019, p. 236).

**Tableau n° 15 : Approche comparative des trois théories de la motivation : l'entretien motivationnel, la théorie de la motivation et la théorie des préoccupations actuelles**

|  | EM   | TAD   | TPA / CMS  |
|--|--|---|--|
| <b>Approche</b>                            | Humaniste avec éléments cognitifs et comportementaux   | Humaniste avec éléments cognitifs   | Cognitive mais à saveur humaniste dans son application   |
| <b>Théorie ou modèle clinique</b>          | Modèle clinique  | Théorie avec applications cliniques   | Théorie avec modèle clinique structuré   |
| <b>But d'origine</b>                       | Faciliter l'intérêt au changement chez les toxicomanes   | Modèle général de compréhension de la motivation  | Modèle général de compréhension de la motivation mais appliqué principalement à la toxicomanie   |
| <b>Développements subséquents</b>          | Application à de nombreuses problématiques   | Application à de très nombreuses problématiques mais peu à la toxicomanie                               | Modèle théorico-clinique peu utilisé jusqu'à maintenant  |
| <b>Buts ou besoins fondamentaux ciblés</b> | <b>Pas de besoins fondamentaux nommés mais interventions apparemment fondées sur la prémisse de la présence de ces besoins</b><br>- Recours à la relation thérapeutique comme principal levier de changement<br>- Utilisation clinique du manque de cohérence valeurs-but (dissonance)<br>- Vise à rehausser le sentiment d'efficacité personnelle | <b>Trois besoins fondamentaux</b><br>- Être en relation<br>- Autodétermination<br>- Se sentir compétent | <b>Cinq buts fondamentaux</b><br>- Relations intimes<br>- Soutien d'autrui dans l'atteinte de ses propres buts<br>- Cohérence entre buts et valeurs<br>- Impression de progresser dans l'atteinte de buts<br>- Emploi satisfaisant |
| <b>Orientation temporelle</b>              | Présent  | Présent   | Présent et futur (buts)  |
| <b>« Focus » clinique</b>                  | Centrée sur le client, empathie  | Centrée sur le client, empathie   | Centrée sur le client, empathie  |

EM = entretien motivationnel; TAD = théorie de l'autodétermination; TPA / CMS = théorie des préoccupations actuelles / counseling motivationnel systématique

Source : Tremblay et Simoneau, 2010, p. 196.

<sup>127</sup> Pour aller plus loin sur cette approche, voir VICARELLI Giovanna (2017), « L'Italie à l'épreuve de l'efficacité de son système de santé », *CDSA*, n° 25, novembre, pp. 171-190.

## B) Un bref historique

### *B.1) L'épopée de la démocratie participative*

Pour analyser l'apparition de la démocratie sanitaire en France, il faut, tout d'abord, étudier les jeux des acteurs. De fait, cette démocratie est le résultat de deux mouvements sociétaux : l'augmentation de la volonté du pouvoir d'agir des personnes "malades" et le développement de cette forme de démocratie face à celle représentative.

Dans les années 1990, le système ne démontrait pas réellement une proximité et un dialogue entre les citoyens et les décideurs. Certains intermédiaires, comme les collectivités locales ou d'autres élus, représentaient, tous domaines confondus, la population et prenaient les décisions techniques sans consultations réelles. Certaines commissions étaient organisées afin d'obtenir des propositions des citoyens mais les décisions, les agendas et les réformes s'inscrivaient davantage comme un pouvoir politique provenant de savoirs experts, au sens professionnel du terme. Ce fonctionnement n'avait que l'allure d'une démocratie. De manière plus précise, dans le champ de la santé, la représentation était personnifiée par la Sécurité sociale, défenseur des groupes sociaux. Elle possédait toutefois une limite. Elle ne représentait pas toutes les catégories, et la participation même du citoyen était écartée. Cette sécurité a été associée à la notion de démocratie puisqu'elle permettait la participation d'élus syndicaux dans les conseils d'administration. Elle était nommée "démocratie sociale" du fait de son financement basé, pour partie, sur les cotisations des travailleurs. Ceux-ci étaient à la fois souscripteurs et bénéficiaires.

Des mesures comme la loi sur l'assurance maladie de 2004 ou la loi Hôpital, Patients, Santé et territoire de 2009, renforcent cette démocratie à plusieurs niveaux. Cette dernière entraîne la création des ARS, des délégations territoriales, des conférences régionales ainsi qu'une participation des usagers. Cette contribution des citoyens est apparue lorsque certains mouvements sociaux n'ont pas réussi à être repris par ces représentants. Ils ont commencé à se développer dans le domaine de l'environnement et ont rendu possible un changement de démarches des politiques publiques, en aidant les individus à exprimer leurs revendications et en entraînant des propositions. Cependant, cette adhésion est surtout un nouveau type de pouvoir ancré dans ceux déjà en place : « *Dès lors que la démocratie participative ne se réduit pas à la communication, elle enrichit le processus de gouvernance, sans forcément réduire la*

*capacité d'action des titulaires du pouvoir [ ; ] tantôt elle la renforce, tantôt elle l'oblige à des inflexions significatives* » (Letourmy et Naïditch, 2009, p. 17). À la suite de problèmes sanitaires comme le scandale du sang contaminé créant des mouvements contestataires ou encore la mobilisation des usagers en 1984 pour la vente de matériel, des conférences régionales et nationales de santé ont fait émerger des espaces de parole pour les citoyens.

Ce sujet n'est pas récent. 1946 signe le début d'un long processus de cette relation entre citoyens et décideurs dans le champ de la santé. La société garantit l'accès aux soins pour tous et démontre une solidarité nationale. En 1974, la Charte du malade, promue par Simone Veil, s'inscrit en promettant dignité et respect aux individus. Par la suite, Alain Juppé, en 1996, inscrit une loi relative aux droits des malades qui prévoit leur représentation pour la première fois dans chaque établissement public français. En 1998, 180 000 personnes, avec des associations, participent à des forums citoyens sur la question de la santé. Ceux-ci ont pour revendications les droits des malades. La démocratie sanitaire a pu être mise au jour et contient, en son sein, l'aspect participatif de la population. La loi de 2002 de Bernard Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a donné lieu à l'application officielle de cette démocratie. Cette modernisation des politiques publiques, entre autres, permet à cette loi d'instaurer « *une participation élargie des citoyens aux décisions, accorde beaucoup de place au renforcement des droits des malades et traite aussi de la prise en charge par l'État des conséquences des aléas thérapeutiques* » (Letourmy et Naïditch, 2009, p. 16). En donnant l'occasion aux individus de prouver leurs savoirs experts, il s'agit d'accorder de l'attention à la transparence des pratiques de soins tels que le dossier du patient.

Les paradoxes en santé mentale et en addictologie indiquent des enjeux normatifs spécifiques à ce domaine. Une tension règne entre le modèle médical du malade et celui sécuritaire du délinquant. Pourtant, dès 1986, la charte d'Ottawa<sup>128</sup> pour la promotion de la santé axe son travail sur cette démocratie. Elle veut conférer aux individus des moyens et inscrire la santé comme une ressource quotidienne. Cinq axes peuvent être distingués dans cette charte : l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, la création de milieux opportuns (*supportive environments*), le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles pour l'autonomie et la réorientation des services de santé. Néanmoins, ces axes ne sont pas perçus de la même manière entre les pays. Par exemple, en

---

<sup>128</sup> *Charte d'Ottawa*, issue de la première Conférence internationale sur la Promotion de la santé (novembre 1986).

France, l'axe premier, concernant l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, concerne uniquement le médical. Au Canada, il a été traduit comme pluridisciplinaire et se rapporte autant au médical qu'à l'éducation ou le transport (ou encore par rapport au combat pour la démedicalisation du test rapide d'orientation diagnostique [TROD]).

La démocratie sanitaire est vaste puisqu'elle s'appuie sur plusieurs principes. Tout d'abord, ce processus légal et politique pose le patient au cœur du système. En effet, les malades doivent être acteurs de leur propre santé. Pour qu'ils soient acteurs, ils doivent être inscrits dans le processus décisionnel et chacun peut prendre la parole. La démocratie sanitaire est également conçue comme politique, par ces élus, et sociale, par la redistribution. Cet enjeu majeur du XXI<sup>e</sup> siècle propose que l'égalité soit opérationnelle et que les propositions des citoyens soient prises en compte dans les choix politiques. Sans démocratie sanitaire, le fait simple d'être malade ressort de l'inégalité. Pourtant, lorsque l'individu est patient, il est avant tout citoyen.

Cette démocratie est devenue, en 2016, pour les décideurs, la démocratie en santé. Selon les dires de l'ex-ministre Marisol Touraine<sup>129</sup>, cette nouvelle terminologie couvre l'ensemble des thématiques de la santé sans la réduire aux seuls soins. Malgré ce changement, il semblerait que « *la démocratie sanitaire [se soit] arrêtée au seuil de la gouvernance économique du secteur même si, aujourd'hui, les associations tentent de s'immiscer dans celle-ci* » (Letourmy et Naïditch, 2009, p. 18).

### *B.2) Un point d'honneur pour les associations*

Pour compléter l'analyse de l'apparition de la démocratie sanitaire, il faut étudier la place des associations dans cette approche. Sans surestimer le pouvoir de ces acteurs dans ce processus, cette démocratie aurait été possible par la prise de pouvoir des associations du système de la santé. Dans les années 1980, la société assiste au développement de l'implication des associations de patients. Pour évoquer cette dernière, AIDES est l'association par excellence.

Créée en 1984, elle est la première association française de lutte contre le Sida, et est reconnue d'utilité publique en 1990. Elle a pour objectif principal de réunir et d'organiser les personnes atteintes directement ou indirectement par cette maladie face à cette épidémie inédite. Ce seraient les associations de patients qui seraient à l'origine de cette participation des usagers.

---

<sup>129</sup> FAVEREAU Éric (2016), « La "démocratie sanitaire" est morte, vive la "démocratie en santé" », *Libération*, juillet [En ligne].

Dans le milieu des années 1990, la création du CISS (Collectif Inter associatif Sur la Santé) regroupe des associations de personnes malades au sens large du terme. Ce collectif a renforcé leur pouvoir sur le plan politique et a conduit à des changements des pouvoirs publics.

Cette conquête de pouvoir par les associations indique une part très dynamique de cette tranche. Les associations de patients séropositifs mettent en lumière les changements dans la manière de représenter des individus face aux autorités publiques et aux professionnels du monde médical. Elles voulaient aider le travail de soin et faire progresser leurs connaissances. Elles étaient soutien financier et sujet.

Aucune revendication n'était avancée, et ces associations cherchaient simplement les savoirs experts. Par la suite, elles ont décidé de réclamer une nouvelle place dans le processus de recherche, celle de membre à part entière de la démarche de soins. Ces associations ont demandé aux pouvoirs publics de financer et de prioriser les campagnes de prévention, de soin et de recherche sur le sida. De plus, elles se sont rapprochées des médecins spécialistes des infections pour créer un partenariat jusqu'ici inédit. Ce partenariat mêle les savoirs experts et médicaux à ceux profanes et expérimentiels. Ces associations demandent un droit similaire aux leurs dans l'orientation des recherches et sur les essais thérapeutiques.

Par leurs actions, ces associations deviennent un des acteurs capitaux pour cette lutte et trouvent une place à l'Agence nationale pour la Recherche contre le Sida. Ainsi, *« elles ont initié un nouveau modèle d'intégration dans la sphère publique, fondé sur la légitimation de la connaissance des patients du domaine et sur la participation systématique à la décision »* (Letourmy et Naïditch, 2009, p. 20).

Plusieurs autres associations ont donné une voix implicite à cette démocratie sanitaire. Par les fonds récoltés par le Téléthon, l'Association française contre les myopathies a permis l'apparition d'une institution privée de recherche. Les recherches ne dépendent plus uniquement de fonds publics. De plus, cette association a continué à distribuer des subventions dans certains services. Si elle n'a pas bouleversé la relation médicale, elle a amené des innovations, surtout dans une indépendance totale par rapport aux autorités. C'est un rapport complémentaire avec ces dernières.

Même si ce type de partenariat n'est pas totalement nouveau, il laisse transparaître une relation entre une association d'usagers et les pouvoirs publics. D'autres associations ont pris

la gestion de certains établissements avant la Seconde Guerre mondiale. Ce substitut à l'action publique ou ce modèle de cogestion ne s'est pourtant pas poursuivi au sein de la démocratie sanitaire actuelle. Ces différentes actions ont placé, petit à petit, les individus dans le dialogue politique.

Ces différentes associations aident également à la diffusion d'informations sur la santé. Elles étaient les porte-paroles des individus, ce qui aujourd'hui est accentué par Internet. Cette évolution a modifié le rapport des usagers du système de soins avec les autorités publiques. La loi Kouchner délimite les aspects de la participation à l'implication. Ce modèle serait perçu comme technocratique ; en ce sens, la question du mythe ou de la réalité est souvent soulevée par différents auteurs.

## C) Les droits

### *C.1) Les droits individuels*

Pour finir cette analyse, il faut étudier les droits des malades. La démocratie sanitaire ne se limite pas uniquement à la participation directe des individus aux processus décisionnels. Elle veut également garantir l'égalité d'accès aux soins et le droit à l'information sur la démarche de soin. La loi du 4 mars 2002 a précisé et rassemblé en un seul texte les droits des malades. Cette loi n'évoque pas uniquement des points nouveaux. Des textes précédents<sup>130</sup> étaient déjà présents et posaient certaines obligations, mais l'officialisation de ce texte plus complet au sein de cette loi aborde les contours de la démocratie sanitaire.

Cette projection est basée sur trois piliers qui garantissent des droits aux malades et une qualité du système de soins : les droits individuels, les droits collectifs et le droit des citoyens à prendre part aux débats sur les questions de santé publique. Si cette participation a été éclairée dans la partie historique de la démocratie sanitaire, les droits individuels et collectifs doivent être explicités pour comprendre le résultat des multiples revendications associatives et citoyennes.

Les droits individuels du patient, usager du système de soin, sont inscrits dans le code de la santé publique depuis plusieurs décennies mais ils sont précisés et réunis dans la loi de

---

<sup>130</sup> Les références sont les suivantes : le texte sur la délivrance de soins en cas de nécessité et la Charte du patient hospitalisé, comprenant l'officialisation du droit à l'accès au dossier.

2002. Le socle de ces droits est l'égalité pour tous devant le service public. Cette égalité sans conditions est appuyée par plusieurs principes précis. Le droit à l'information était une revendication claire des différentes parties. Les individus doivent être informés des droits qui leur sont conférés selon les lois en vigueur. Avant ces décrets, le rapport entre soignant et soigné était paternaliste, voire infantilisant. Le soigné n'avait pas de pouvoir face au médecin. Depuis cette loi, cette relation tutélaire change. Les médecins se doivent d'entrer dans un processus de discussion avec le patient. Ce rééquilibrage de la relation présuppose une décision partagée sur toute prescription dans la démarche de soin. S'il faut renforcer les capacités des patients, il faut également que les médecins s'impliquent en tant que soutien, à l'écoute des malades et de leurs savoirs profanes. Les savoirs expérimentiels ainsi que les savoirs experts peuvent être transformés, ensemble, en expérience collective.

Cette participation est limitée. Les individus ne sont pas égaux devant ces droits. Les trajectoires des patients sont diverses et certains n'ont pas connaissance des droits réglementaires. L'enjeu est d'informer les patients de leurs savoirs experts, des différents droits, individuels et collectifs. Les professionnels doivent également permettre de les faire entrer, en tant qu'acteurs, dans une trajectoire de soin. Pour que cet équilibre se mette en place, l'individu doit pouvoir avoir confiance en cette relation. En cela, l'un des droits conférés par cette loi est celui du consentement. Ce concept, actuel et pluridisciplinaire, est rendu obligatoire. Il découle du code de Nuremberg<sup>131</sup>. Les médecins se doivent d'attendre le consentement de la personne malade afin d'entamer des traitements. Pour que le consentement soit libre, il doit être éclairé. Les droits individuels ont un sens uniquement s'ils sont tous mis en œuvre. La personne doit être informée pour pouvoir consentir. Ce terme est à relativiser puisqu'il faut y faire apparaître le droit à ne pas consentir. Pour qu'il y ait cette acceptation, l'individu doit être informé mais aussi avoir un temps de réflexion. La question du délai de consentement n'est pas appuyée dans ces textes. Pourtant, il est très important de pouvoir réfléchir et de discuter des propositions du médecin. Plusieurs facteurs, tels que le stress ou un poids hiérarchique symbolique et ancien entre le "savant" et l'"ignorant", peuvent façonner la réponse si elle est immédiate. Le droit à la sollicitation d'un second avis médical avant la prise de décision est un point qui ressort de ce texte. La question de ce délai serait implicite mais non inscrite explicitement dans ces écrits.

---

<sup>131</sup> Le code de Nuremberg contient une liste de critères qui proviennent des procès des médecins de Nuremberg de 1946 à 1947 à propos d'expérimentations sur l'être humain.

*A contrario*, un autre droit concerne une demande historique en France. Notre pays est le dernier à avoir accepté l'accès au dossier par le patient. Il semble être un critère complexe à inscrire. Dans les années 1990, beaucoup de patients ont été jusqu'à entreprendre des démarches judiciaires pour avoir cet accès aux données. Si les dossiers étaient peu remplis à cette époque, ce serait davantage la question hiérarchique qui est mise en cause. La relation médecin/malade se dresse encore auprès des deux parties. Des médecins reprocheraient ces demandes aux patients en utilisant les arguments du savoir, de la confiance et des délais. À cette pression morale s'ajoute le manque d'assurance de certains patients, dû au flottement hiérarchique ancien. Cette volonté de prendre possession de sa propre histoire n'est pas perçue de la même manière selon les facteurs environnementaux d'un côté et selon les professionnels de l'autre.

Cette pression morale est inscrite dans la relation soignant/soigné. C'est ainsi que ces droits conférés par la loi Kouchner semblent conditionnés par des devoirs. Certaines volontés archaïques sur le conditionnement des droits par des devoirs sont encore présentes. Dans la loi de 2002, ces droits sont inaccessibles et non négociables. Par exemple, certaines structures peuvent utiliser l'argument du non-suivi du traitement comme justificatif de non-remboursement des frais médicaux. Ces devoirs sont des entraves à l'équilibre prévu par la loi. Malgré la reconnaissance progressive des droits de malades, cette notion clivante serait accompagnée de devoirs. Si l'individu est acteur de sa maladie, il devrait répondre à des attentes de la partie professionnelle.

Ces différents droits amènent la reconnaissance de l'individu pour ce qu'il est, un citoyen avec les droits que ce terme engage. Si l'histoire de la médecine préconise l'approche globale, elle est aujourd'hui devenue l'histoire des techniques. Cette recherche diffère et éloigne les professionnels du patient qui est pourtant au cœur de ce système. Leur but est de faire revenir cet individu sur la scène médicale dans la relation thérapeutique. Pour éviter la dépossession, ces personnes sont protégées comme tous les citoyens avec l'obligation du respect de la vie privée, de l'intimité et la confidentialité qui en découle. Le non-respect de ces différents articles peut amener l'individu à être dédommagé des préjudices.

Les limites énoncées précédemment n'empêchent pas les expérimentations de ses droits dans des projets. Les médiateurs santé pairs, le projet pôle de renforcement des compétences à la CASE (Tomate Social Club), l'appel à projet « *Droits des usagers de la santé* » sont tous des projets ou événements qui s'engagent pour la démocratie sanitaire. Un projet, s'échelonnant de

2016 à 2019, analyse la prise en compte des savoirs profanes et la participation des personnes sur la question de santé publique. Les raisons de ce programme sont diverses. Même si ces membres constatent que des pratiques allant dans le sens de cette démocratie sont présents, ils perçoivent un retard sensible d'autres établissements. Ensuite, ce projet veut répondre à la loi de 2002 et à la Charte d'Ottawa tout en explicitant l'accroissement des représentations politiques telles qu'ASUD. Ces participants ont pour objectif de faire infuser les expériences présentes dans toutes les pratiques professionnelles. Deux axes majeurs émergent : le déplacement de la pensée du soin et de l'accompagnement comme l'un des éléments d'une même trajectoire de vie, et la présentation de pratiques innovantes aux structures pour leur développement. À la fin de ce projet, l'équipe présentera un guide : l'intérêt est dans l'équité entre professionnels et usagers au sein de la méthode employée. Ce projet a pris le parti de la reconnaissance des capacités et des droits à agir sur soi, de la coopération, de l'horizontalité de l'accompagnement et de la démocratie sanitaire.

### *C.2) Les droits collectifs*

L'essentiel de la loi porte sur les droits individuels qui proviennent de mesures précédentes. C'est l'une des critiques apportées à la démocratie sanitaire. Elle ne peut se réduire à une relation individuelle entre les deux parties, patient et professionnel de la santé. Les droits collectifs sont à définir afin de compléter l'analyse de l'application de cette démocratie. Ce déséquilibre entre les droits individuels et collectifs est illustré par la loi de 2011 relative à la bioéthique, qui promeut le débat public pour toute réforme sur les problèmes éthiques concernant les progrès dans les recherches biologiques et de santé. Toutefois, ses effets pragmatiques sont limités. Ces droits collectifs comprennent l'aspect participatif mis de côté par les autorités politiques. À travers l'explication des droits collectifs, il est possible d'apercevoir les limites de l'application de cette démocratie.

Lorsque l'individu est seul et que les droits individuels sont méconnus, ces droits entraînent la défense de l'application générale de la loi de 2002. Ceux collectifs font référence à la politique de la santé. Tout d'abord, ces textes "injectent" du collectif dans les situations, jusque-là individuelles ou interpersonnelles. Par exemple, les syndicats s'engagent dans une volonté de mise en place d'organisations associatives pour permettre l'apparition de moyens de protestations collectifs. Cette marche vers la prise de pouvoir est renforcée par la mobilisation. C'est en 1984 que l'association AIDES publie une lettre qui invite les autorités à ce que les

malades deviennent des réformateurs sociaux. Daniel Defert, ancien président d'AIDES, a énoncé cette idée lors de la Conférence mondiale sur le sida en 1989. Peu après, dans les années 2000, le *Journal du SIDA* a été renommé le *Journal du SIDA et de la démocratie sanitaire*. Les associations de lutte contre cette maladie ont eu un rôle majeur dans le contenu de la loi de 2002. Cette volonté de reprendre une place dans le système de santé, d'être un "malade actif", avait été évoquée dans les principes de Denver avec le slogan « *Nothing for us, without us* » et repris dans les principes de Gipa adoptés en 1994 par 42 pays. Cette mobilisation a pour but d'entraîner des transformations sociales et l'évolution des dispositifs en place.

Pour peser sur la scène politique, le CISS (Collectif Inter-associatif Sur la Santé), supplanté depuis le 21 mars 2017 par une nouvelle organisation : l'Union nationale des associations agréées du système de santé (Unaass), réunit beaucoup d'associations du champ de la santé. Cette inter-associativité souhaite la sortie du clivage entre attentes et besoins. Il est difficile de réunir des associations qui ont des thèmes divergents et des entrées différentes mais il existe des liens entre les maladies et une cause commune, la souffrance. Ces collectifs veulent redonner le pouvoir aux malades par des outils de renforcement des capacités. Pour cela, ils développent l'éducation thérapeutique mais son application est modérée. D'une part, la diversité et le nombre de modules proposés sont limités et, d'autre part, il y aurait des inégalités territoriales. Les individus doivent se déplacer, d'où qu'ils proviennent, jusqu'à l'hôpital pour participer à un de ces modules. Cette éducation thérapeutique devrait être une démarche d'équipe. Dans les faits, elle est souvent déléguée aux infirmières, seules, pour créer un programme.

Lorsqu'il est fait référence aux droits collectifs de cette loi de 2002, l'accent est mis sur la représentation des usagers. Bien que méconnus, leurs représentants sont au cœur de la démocratie sanitaire. Ils siègent, en tant que bénévoles, dans certaines instances hospitalières ou dans diverses instances de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés (comme les conseils d'administration, l'ARS ou les instances territoriales). Cette loi définit le cadre de cette représentation. Elle l'inscrit dans un dispositif d'agrément auprès des ministères de la Santé ou de l'ARS. Cette accréditation est le seul moyen par lequel l'individu peut être habilité à cette représentation. Une formation sur plusieurs années est mise à la disposition des mandataires. Ces représentants ne sont pas forcément issus du domaine de la gestion et n'ont pas obligatoirement les connaissances techniques en santé.

Cette participation des représentants d'usagers pose plusieurs questions. La première concerne leur capacité d'action face aux établissements et à leurs gestionnaires. La place accordée aux associations dans les établissements serait mise en péril. Si le fait d'amener des représentants au sein des établissements est une évolution positive par rapport au moment où les individus étaient abandonnés à leur propre sort, l'évolution de la gestion peut avoir des conséquences sur la place de l'association. La gestion administrative de la réforme Debré avait déjà subi des problèmes. Les établissements d'économie sociale, avec l'idée de cette participation des usagers, se sont vus imposer, en se ralliant au service public hospitalier, les mêmes principes que ces derniers. De nos jours, la gestion évolue vers la volonté de performance. Ce changement entraîne une montée du pouvoir des agents privés. Elle induit la transformation du patient en consommateur. Cette montée concurrentielle démontre que la démocratie sanitaire serait également « *l'affaiblissement annoncé de la gestion associative* » (Letourmy et Naïditch, 2009, p. 15).

La question du nombre de représentants d'usagers est une autre limite présente. Les groupes d'individus à représenter sont divers, ce qui complique la tâche demandée. Ces représentants reprochent le caractère général du mandat et l'obligation de mise à l'écart de sa propre maladie. Néanmoins, ils qualifient la provenance de leur mobilisation par une volonté particulière. À cela s'ajoute la question de la disponibilité face au travail demandé. Neuf jours par an sont donnés pour effectuer leurs tâches mais cela ne suffirait pas. De plus, une contrainte financière découle des déplacements, lesquels ne sont pas toujours pris en charge.

Des tensions internes sont présentes. Nous pouvons mentionner des problèmes de légitimité face aux syndicats, aux directions et aux professionnels. Chaque partie pense être la plus apte à représenter les usagers. La question de la création d'un nouveau groupe quasi professionnel de la représentation est à interroger. Il pourrait se préoccuper plus fortement de la pérennisation des statuts par rapport à la défense des intérêts des malades, « *voire établir une forme de connivence avec les professionnels* » (Letourmy et Naïditch, 2009, p. 21).

Cette loi donne, par des représentants, une nouvelle place aux usagers dans le système de soins mais elle peut être, d'une autre manière, limitative. Par exemple, si les représentants ont accès aux conseils d'administration, les autorités publiques ont pu tout à fait réduire le pouvoir de ces derniers. La démocratie part du principe que le devoir des individus est de demander mais les droits acquis sont des conquêtes instables. Des facteurs tels que le contrôle

ou le conditionnement révèlent le jeu constant des volontés.

Les droits individuels et collectifs conférés par ces textes<sup>132</sup> deviennent des enjeux fondamentaux face au pouvoir médical. Cette loi a permis beaucoup d'avancées telles que l'accès au dossier, la décision partagée, le droit à l'information, la valorisation du savoir profane ou encore la création de représentants d'usagers officiels. Ces points avaient été revendiqués par des associations mais n'ont été prises en compte que depuis 2002. Le paternalisme médical est effacé au travers de cette phrase : « *une conscience au service d'une confiance* ». Cette confiance doit « *maintenant provenir de l'énonciation de la réalité connue du médecin et le malade doit être à même d'accepter ou de refuser tel ou tel traitement* » (*ibid.*, p. 19). Ces droits inscrits entraînent un rééquilibrage de la relation entre soignants et soignés. La démocratie sanitaire n'a pas toujours été reconnue en France mais elle correspond aujourd'hui à la participation des usagers aux politiques de santé publique ainsi qu'à la mise en place de l'égalité des droits de ces derniers. Sous l'impulsion des associations d'usagers et d'autres mouvements sociaux, la place du patient a changé. La loi de 2002 a officialisé cette démocratie, qui a été renforcée par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009. Par les droits collectifs, la démocratie peut se concrétiser au sein de débats publics et au travers d'autres moyens techniques d'expression. L'émergence du pouvoir citoyen au sein du système de santé possède plusieurs origines : la modernisation des politiques publiques, l'inscription législative des droits des malades et les revendications associatives.

Si beaucoup de points existaient déjà auparavant, il est possible de tirer deux interprétations de cette démocratie. La première interprétation correspond à l'importance d'écouter les besoins des usagers du système de soin. La réponse doit être très formelle et sans réelle modification de la décision de départ « *qui demeure l'apanage des médecins et de l'administration* » (*ibid.*, p. 21).

L'autre interprétation, moins défaitiste, est représentée par la croissance de l'espace de liberté donnée aux associations dans plusieurs étapes du processus (recherche, soins, qualité etc.). La démocratie diversifie les sources de la connaissance, rééquilibre les responsabilités entre les professionnels de santé et les citoyens.

---

<sup>132</sup> Voir tableau n° 16, Synthèse des droits et devoirs conférés par la loi Kouchner de 2002.

Le rapport<sup>133</sup> de Claire Compagnon, datant de 2014, lié à la demande du ministère de la Santé, indique le vieillissement des dispositifs en place et décrit l'importance de la création d'instances dans les établissements et dans les territoires. Ce rapport conclut sur l'intérêt d'une nouvelle démocratie sanitaire.

**Tableau n° 16 : Synthèse des droits et devoirs conférés par la loi Kouchner de 2002**

| Droits individuels (droits inaliénables)                             | Droits collectifs              |
|--|--------------------------------|
| ❖ Information  | ❖ Mobilisation                 |
| ❖ Décision partagée  | ❖ Organisation                 |
| ❖ Savoirs profanes complémentaires<br>aux savoirs experts (médicaux) | ❖ Participation                |
| ❖ Accès au dossier   | ❖ Représentants d'utilisateurs |
| ❖ Consentement ou non  | ❖ Éducation thérapeutique      |
| ❖ Patient, citoyen avant tout  | ❖ <i>Empowerment</i>           |

∴

En guise de conclusion, il est possible d'entrevoir une corrélation entre les deux facettes de la responsabilisation. Celles-ci se développent simultanément. L'une proviendrait d'un élan néolibéral consistant en un nouveau moyen de gouverner plus implicite tandis que l'autre correspondrait à une population désireuse d'un nouvel équilibre de pouvoir. Tout en définissant les concepts principaux de cette thèse, ce chapitre a voulu éclairer l'aspect général de la responsabilisation, ses principes, ses applications diverses et ses limites. La responsabilisation pourrait être un outil de contrôle distant ou un moyen de renforcement du pouvoir d'agir. Elle engendrerait cependant des inégalités de santé fortes, surtout auprès d'une population davantage

<sup>133</sup> Rapport de COMPAGNON Claire et GHADI Véronique (2014), *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*, Paris, La Documentation française, p. 104.

vulnérable. Pour que cette responsabilisation soit efficace, ne faudrait-il pas prendre ce problème autrement et percevoir comment la société déresponsabilise la population dans un contexte où le culte de la performance et la culture du risque priment ? Cet écrit se focalise sur la population des consommateurs de drogues. Pour aller plus loin, le prochain chapitre s'appuiera davantage sur les usagers de drogues, jeunes et/ou vulnérables.

## Chapitre 3

# La responsabilisation dans le domaine de l'addictologie : une politique, des enjeux

Ce chapitre a pour objectif de traiter la notion de responsabilisation à travers la politique de réduction des risques (RDR). Plus empirique que les développements précédents, il aidera à la compréhension de notre objet et de ses diversités d'exploitation.

Une première section sera focalisée sur la politique de RDR. Nous explorerons brièvement son contexte d'apparition pour comprendre ses fondements, sa cohabitation, en France, avec le modèle prohibitionniste ainsi que les effets de cette coprésence. Nous entrerons dans le détail de cette politique pour entrevoir ses différentes acceptations théoriques mais surtout pratiques.

Après avoir apporté un éclairage sur cette politique, nous passerons à un processus, l'*empowerment*, spécifique à ces origines pour découvrir ces applications pragmatiques. Nous expliquerons son émergence et insisterons sur sa définition particulière dans le cadre de notre étude. Ensuite, nous illustrerons ce processus dans le domaine de l'addictologie pour bien saisir ses différents sens. Cette classification nous permettra de voir si l'*empowerment* est resté fidèle à ses fondements. Nous pourrions alors comprendre s'il possède d'autres ambitions dénaturées par les contextes d'application.

Nous terminerons en explorant les représentations. Nous nous intéresserons à celles des drogues mais également à celles des usagers. Nous mettrons en évidence les différentes perceptions de la dangerosité de ces drogues façonnant les objectifs des politiques publiques. Certaines représentations sont déployées par des « *entrepreneurs de morale* ». Ainsi, nous observerons les effets et les impacts que ceux-ci peuvent avoir sur l'intervention auprès des usagers. Nous finirons avec un bref retour sur l'évolution du statut d'usager pour évoquer les conséquences que peuvent avoir ces représentations.

∴

## 1) La réduction des risques, des dommages, des méfaits ou encore des doses ?

Pour analyser les enjeux de la politique de réduction des risques, il faut prendre en compte les origines de cette stratégie ainsi qu'analyser les différentes désinences qu'elle adopte selon les situations spatiales. À travers cette partie, une étude sera menée sur ses conditions sociales, culturelles et politiques dues à son caractère multidimensionnel, sur ses tensions internes et ses enjeux, dans le cadre de son émergence en France.

Trois périodes ont été identifiées en ce qui concerne le traitement de l'usage de drogues. Aux XVI<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, ces produits étaient perçus comme positifs, le savoir-vivre passait par les interactions entre pairs. Dans un second temps, au XIX<sup>e</sup>, par la popularisation de ces usages, s'installe un climat d'anxiété dans le corps médical. Ensuite, le temps des réglementations par la répression discrédite les usagers. Sans revenir sur l'histoire des représentations des drogues et de ces effets, il sera établi un bref retour historique pour mieux appréhender le contexte d'émanation de la loi de 1970. Après avoir rappelé les effets de cette législation, une analyse sera faite de la politique actuelle de réduction des risques dans notre pays.

### A) La panique morale bornée par la prohibition : un diptyque en errance

Les sociétés façonnent des problèmes aux références multiples. L'usage de drogue devient, au fur et à mesure, un problème social et politique. Il se construit à partir de l'usage de l'alcool au XIX<sup>e</sup> siècle, avant la massification de la consommation de drogues. Le "fléau" de cette substance porte une dimension collective qui dénonce un comportement "nuisible" pour la population. Il entre dans les critères des fléaux collectifs puisqu'il provient d'un mode de vie global, l'excès d'une pratique quotidienne, et il peut potentiellement amener des dommages. Il n'est pas limité et entraîne une "croisade" autour de la santé. Ainsi, en 1873, est votée la loi qui tend à réprimer l'ivresse publique et à éradiquer l'alcoolisme. Plus les consommations s'intensifient et se diversifient, et plus des maladies apparaissent. Sur le modèle de l'alcoolisme, le tabagisme est révélé en 1880, le morphinisme en 1877 puis, sur le modèle de la toxicomanie démontrant un nouveau rapport avec cet usage qui à la base procurait uniquement du plaisir, apparaissent la cocaïnomanie en 1890 ou encore l'héroïnomanie.



Source : Unes de journaux, août 1969

amplifiant cette répression, amène l’interdiction de l’absinthe et la prohibition de stupéfiants dans les années 1915-1916.

En France, l’inquiétude autour des consommations tarde. Les consommations étant moins fortes et diverses qu’ailleurs, on commence à se focaliser sur cette thématique dans la deuxième moitié des années 1960. Une lecture des médias de l’époque permet de comprendre l’apparition de la loi de 1970. En effet, elle aide à l’analyse de l’apparition d’une « *panique morale* »<sup>134</sup>.

#### A.1) L’apparition d’une panique morale

Stanley Cohen définit la notion de “panique morale” comme suit : « *Un état, un épisode, une personne ou un groupe de personnes émerge et est défini comme une menace pour les valeurs et les intérêts de la société ; sa nature est présentée de manière stylisée et stéréotypée par les médias ; les barricades morales sont dressées par les rédacteurs en chef, les évêques, les politiciens et autres bien-pensants ; des experts socialement accrédités posent leur diagnostic et proposent des solutions ; des moyens d’y faire face sont élaborés ou (plus souvent) utilisés ;*

<sup>134</sup> COHEN Stanley (2011), *Folk Devils and Moral Panics*, Abingdon-on-Thames, Taylor et Francis (1<sup>re</sup> éd. : 1972).

Pendant ce siècle, certains concepts sont mis en avant et étudiés comme celui de *dépendance*. Cette massification des consommations métamorphose, par la législation, cette maladie en un problème social. Les usagers deviennent responsables de leurs maladies et “délinquants”, en relation avec les vols pharmaceutiques ou les violences diverses. Cercle vicieux, le traitement étant répressif plutôt qu’accompagnant, les usagers se tournent vers ces violences, créant un climat d’insécurité. Ce climat, confirmant et

*l'état disparaît alors, s'estompe ou se détériore et devient plus visible* » (Cohen, 2011, p. 110). Dans les années 1960, malgré une prohibition déjà implantée, les effets des consommations de drogues commencent à intéresser la population française. En 1969, l'*overdose* de Bandol fait la une de tous les journaux et connaît un traitement médiatique d'une grande ampleur. La nouveauté des drogues mais également leurs effets davantage dommageables que le cannabis ou la LSD connus à cette époque, entraînent cet engouement. La première partie de la panique morale est en place. En effet, le traitement médiatique de cette panique se forme autour de différents axes. Le premier, l'exagération des faits, est clairement utilisé avec des titres explosifs tels que : « *La jeunesse de France est assassinée !...* » ou encore « *La drogue, Menace n° 1* ». Le second axe est celui de l'amplification par association de faits incriminés à d'autres, comme la jeunesse et la drogue. En plus d'une personnification de la drogue et de sa symbolisation menaçante, il y a une « *prophétie du malheur* ». La drogue pèserait sur le monde et ce ne serait que son commencement.

Pour autant, ces paniques peuvent être recoupées avec des croisades morales. Si ce n'est pas toujours le cas, il faut analyser si cette panique provient d'entrepreneurs spécifiques<sup>135</sup>. D'où qu'elle provienne, cette panique autour de la consommation de drogues répond à trois critères qui la définissent : l'inquiétude des pouvoirs législatifs, des médias, etc. ; l'hostilité face à cette population identifiée comme une menace qui pèserait sur les valeurs et les intérêts de la société ; et le degré de consensus fort par rapport à la gravité des dommages causés et à l'identité des personnes responsables du "fléau". Ainsi, la loi de 1970 est apparue dans ce contexte mettant en lumière les usages de drogue.

#### *A.2) Une fusion hésitante*

Avant que la politique de réduction des risques n'apparaisse en France, de nombreuses tentatives de renouvellement de la loi répressive ont vu le jour, tandis que l'argumentation pour la prohibition progresse. La loi de 1970 « *dénonce une conception de la politique des drogues de type « civique » qui suppose une conformité des citoyens à une norme préétablie et une pédagogie adaptée [...]. Il faut défendre l'individu contre lui-même, protéger la jeunesse* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 11). Le premier argument en faveur de cette

---

<sup>135</sup> Nous irons plus loin sur la thématique des entrepreneurs lors de la partie sur les représentations des drogues et des usagers.

loi se trouve dans la volonté du maintien de la cohésion sociale. Même si les justifications autour du tout répressif restent présentes aujourd’hui en France, ce modèle cohabite avec celui de la réduction des risques.

Pourtant, ces deux modèles semblent antagonistes. L’un a pour objectif l’éradication des drogues par une approche médicalisante et psychanalytique tandis que l’autre, dans une vision plus inclusive, considère cet usage comme inévitable dans une société et souhaite en réduire les conséquences “néfastes”. L’apparition de la réduction des risques n’a pas réellement modifié le modèle juridique répressif en place. Ainsi, les usagers de drogues n’ont jamais été autant punis qu’aujourd’hui. Selon les chiffres tirés du service statistique ministériel de la Sécurité intérieure, en 2016, il y aurait eu plus de 160 000<sup>136</sup> personnes mises en cause pour usage<sup>137</sup> en France, soit trois fois plus d’interpellations qu’en 1995<sup>138</sup>. Le taux de réponse pénale à ces usages est en augmentation. Néanmoins, nous pouvons noter quelques dérogations ponctuelles dans un but de rapprochement avec la logique sanitaire.

En France, nous assistons à une antinomie juridique, un conflit de normes dont découle une injonction contradictoire. Comment le droit français peut-il conférer un statut légal à des dispositifs destinés à sécuriser les conditions de consommations de produits dont l’usage est interdit ? Il n’y a pas de cohérence dans ce magma normatif. Pourtant, cette contradiction semble être résolue par une hiérarchisation des normes en situation où l’intérêt pénal s’effacerait à mesure que le risque sanitaire augmente.

Nous pouvons ainsi nous interroger sur l’hypothèse d’une perte graduelle de la validité juridique<sup>139</sup> du modèle prohibitionniste au profit de l’avènement progressif du modèle de la réduction des risques. Cette substitution d’un modèle à l’autre influence les compréhensions de la réduction des risques et de ses effets en termes pratiques (voir chapitre 2 : « *Une politique aux enjeux pluriels* »). Cette validité juridique serait, selon François Ost, le produit d’un équilibre entre la légalité, la légitimité et l’effectivité. Le modèle prohibitionniste verrait sa

---

<sup>136</sup> BECK François (sous la dir. de) (2017), *Drogues. Chiffres clés*, OFDT, 7<sup>e</sup> édition, juin, pp. 1-8.

<sup>137</sup> Nous ne pouvons pas avoir de chiffre par produit. Depuis 2010, les statistiques nationales ne donnent plus le détail d’interpellations par produit.

<sup>138</sup> Ce chiffre est légèrement en baisse par rapport à 2015, mais la proportion au sein des différentes interpellations reste identique et représente 83 % du total.

<sup>139</sup> OST François (1999), *Le Temps du droit*, Paris, Odile Jacob.

validité s'affaiblir par une dépréciation de sa légitimité et une ineffectivité. Cet auteur souligne d'ailleurs les dangers de ces modifications du rapport à la norme. Elles permettraient l'émancipation et la responsabilisation mais comporteraient des limites. L'injonction à l'autonomie qu'elles apportent engagerait un « *individu [...] seul et désemparé dans un monde qui l'enjoint de s'instituer lui-même alors que s'estompent les repères normatifs qui pourraient renouer le lien social* » (Ost, 1999, p. 257).

Pour autant, les mesures de réduction des risques réalisées en limite du cadre juridique ont été consacrées par la loi de 2004 qui organise la prévention des dommages sociaux et psychologiques liés aux consommations.

Ce nouveau modèle a engagé un changement de conceptions, de pratiques de prévention et de soin sans pour autant changer en profondeur l'aspect politique. Si ce changement de paradigme a été très peu théorisé, cette réduction des risques a traversé plusieurs polémiques eu égard à son rapport à l'abstinence. La première controverse, intégrationniste, considère l'abstinence comme une finalité ultime. Cette dernière est définie comme la volonté pour un paradigme, celui de la réduction des risques, d'intégrer un autre, celui de l'abstinence. Elle est davantage choisie par le modèle français et a émergé à la suite de débats lors de la mise en place des seringues. Des conflits et des résistances sont apparus dans le corps médical et, même si les conflits sont moins visibles aujourd'hui, ils ont modelé les pratiques et amené des tensions entre les professionnels. La seconde controverse est gradualiste : elle « *crée un continuum entre les approches de réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence* » (Jaufret-Roustide, 2011, in *Aide-mémoire à la réduction des risques*, p. 132). Le gradualisme possède une plus grande ouverture et optimise la prise en charge et la collaboration entre les professionnels. L'abstinence n'est pas conçue comme un dogme mais simplement comme une des possibilités pour les usagers. La dernière controverse qui a traversé la réduction des risques est celle de la question de la place de la morale, de la politique et de la loi (voir chapitre 2 : « *Une politique polymorphe* »).

Avec un poids moral et l'axe médical choisi, la réduction reste un modèle fragile qui bouleverse certaines croyances liées au diptyque bien et mal. Nous avons pu voir, dans cette partie, les conflits et les tensions entre le modèle prohibitionniste et celui de la réduction des risques. Dans la partie suivante, il sera question d'analyser la mise en pratique de cette politique afin de mettre en lumière ses différents objectifs.

## B) Entre prohibition et réduction des risques : une dualité paradoxale française ?

Nous avons abordé, dans le chapitre précédent, les critiques des effets du néolibéralisme sur les individus et spécifiquement dans le système de santé. Si Patrick Pharo pointe une vision schizophrénique de l'exercice des libertés avec, d'une part, les « *bonnes libertés* », correspondant au commerce, au domaine de la finance et, d'autre part, les « *mauvaises* » comme le plaisir et l'ivresse, la politique de réduction des risques a engagé une nouvelle forme d'appréhension des drogues. Elle provient en partie de ce mode de gouvernance.

### B.1) La politique de réduction des risques, une discipline des corps ?

« *L'intérêt de l'approche ou de la visée de réduction des méfaits tient pour une grande part à la prise en compte résolue, qui la caractérise, de l'imperfection du monde réel et de toutes les sociétés, de leurs institutions, des personnes qui y vivent et y (inter)agissent* »<sup>140</sup>. En réponse urgente à l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues, la politique de réduction des risques apparaît à la fin des années 1980. Dans un premier temps, nous assistons à la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie. Ensuite, la délivrance de traitements de substitution aux opiacés est autorisée pour les médecins généralistes ainsi que dans les centres spécialisés dans l'addiction. Pour le côté matériel de réduction des risques, des centres d'accueil et d'accompagnement sont ouverts. Cette mission de distribution a pour objectif de limiter les risques de contaminations d'infections virales. Cette mise en application de la politique induit un changement de paradigme modifiant les manières d'intervenir mais également les représentations des usagers consommateurs.

L'individu est perçu comme responsable de sa santé. Helen Keane<sup>141</sup> fait le résumé, dans un de ses articles, d'études anglo-saxonnes sur les relations de pouvoir qui se jouent dans le

---

<sup>140</sup> BOURGEOULT Guy (2013), « Préface », in MASSÉ Raymond et MONDOU Isabelle (sous la dir. de), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*, Québec, Presses universitaires de Laval, pp. X-XVII.

<sup>141</sup> KEANE Helen (2009), « Foucault on methadone: beyond biopower », *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, n° 5, septembre, pp. 450-452. Cet article met en perspective quatre ouvrages et/ou articles : FRIEDMAN Jennifer et ALICEA Marixsa (2001), *Surviving Heroin: Interviews with Women in Methadone Clinics*, Gainesville, Presses universitaires de Floride ; BOURGEOIS Philippe (2000), « Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States », *Culture Medicine and Psychiatry*, vol. 24, n° 2, juin, pp. 165-195 ; BULL Melissa (2000), *Governing the Heroin trade: From Treaties to Treatment*, Londres, Routledge ; FRASER

traitement de substitution. Les auteurs s'accordent à dire que la méthadone est un moyen de régulation qui permet de rendre les usagers productifs et disciplinés mais ceux-ci ne perçoivent pas les relations de pouvoir de la même manière. Ainsi, ces spécialistes proposent de prendre la politique de réduction des risques comme un des effets du mode de gouverner néolibéral. Les individus consommateurs sont dorénavant gestionnaires des risques et ils sont considérés comme autonomes et capables de choix rationnels dans la conduite de leur santé. Si nous pouvons voir que la société compte sur la responsabilité des usagers, pour autant il est possible de repérer des processus de contrôle sur les pratiques.

Les dispositifs de réduction des risques proviennent de savoirs médicaux et épidémiologiques. En prônant une manière "propre" de se droguer, les acteurs de la réduction des risques imposeraient des règles de consommation : « *En d'autres termes, si l'usager de drogues est conçu comme un individu responsable de sa santé, il demeure néanmoins aussi celui qu'il faut accompagner dans ce processus de responsabilisation* » (Schmitt et Jauffret-Roustide, 2018, p. 57).

Certains auteurs<sup>142</sup> proposent de voir les centres d'accueil et d'accompagnement comme un lieu de la « *discipline des corps* » au sens de Michel Foucault. Katherine McLean<sup>143</sup> s'interroge sur l'exploration de « *l'imposition de l'ordre, et l'importance du pouvoir disciplinaire, dans un domaine qui est à la fois célébré et méprisé parce qu'il échappe au contrôle social* » (McLean, 2013, p. 416). Néanmoins, elle relativise ses propos en expliquant que ce pouvoir est moins coercitif que dans les politiques antidrogues : « *Il est certainement clair que ces derniers modèles utilisent des technologies de contrôle beaucoup plus coercitives et aliénantes, qui ne contribuent guère à réduire les risques réels liés à la consommation de drogues illicites. Contrairement à ces méthodes privilégiées, les programmes de réduction des méfaits attirent à la fois les personnes qui veulent continuer à consommer des drogues et celles qui ne le veulent pas, tout en fournissant à toutes les personnes concernées les outils de base de la survie, notamment le contact social et le soutien* » (*ibid.*, p. 418). Les moyens employés

---

Suzanne et VALENTINE Kylie (2008), *Substance & substitution: Methadone subjects in liberal societies*, New York, Palgrave-Macmillan.

<sup>142</sup> MCLEAN Katherine (2013), « Reducing risk, producing order: the surprisingly disciplinary world of needle exchange », *Contemporary Drug Problems*, vol. 40, n° 3, septembre, pp. 415-445.

<sup>143</sup> *Ibid.*, p. 416.

pour discipliner les corps seraient davantage cachés mais les volontés resteraient les mêmes. L'objectif serait de contraindre et de surveiller les individus pour qu'ils arrivent à intérioriser des habitudes de « *bonnes pratiques* ». L'auteure admet toutefois que ces incitations apportent des bénéfices : « *En même temps, cette discussion concédera la "productivité" essentielle et les plaisirs du pouvoir disciplinaire, vécus par certains utilisateurs de services comme une opportunité de réinvention personnelle et de soins personnels* » (*ibid.*, p. 417). Elle montre le passage de l'activisme à l'institutionnalisation de cette politique. Les objectifs "néolibéralisés" seraient réduits à la réduction de la transmission de maladie et à l'économie financière. Ce contrôle qui serait engagé par cette politique est également perçu par Peter Miller<sup>144</sup>. Cette politique aurait pour mission la moralisation autour de l'usage par l'intériorisation des bonnes et des mauvaises pratiques. Face à ces études, plusieurs enquêtes françaises<sup>145</sup> ont souhaité amener une autre analyse. L'auteure perçoit davantage une normalisation des comportements qu'une discipline des corps. Si l'objectif de sécurité est prôné par les professionnels, il est observé un contrôle moins appuyé que celui évoqué précédemment.

## *B.2) La réduction des risques, un dispositif de sécurité ?*

Outre cette forme de gouvernement par autocontrôle<sup>146</sup>, les travailleurs sociaux passent par de nombreuses autres manières pour atteindre les pratiques des usagers de drogues : l'entretien informel ou formel, individuel ou collectif, les questionnaires et le "bricolage"<sup>147</sup>. Ces outils permettent de créer des relations de confiance afin que l'individu se sente à l'aise pour parler de sa pratique, quitte à être en marge des exigences institutionnelles en composant « *avec les possibilités et les impossibilités* » (Soulet, 1997, p. 55, in Jauffret-Roustide et Schmitt, 2018, pp. 70-71) des usagers de drogues : « *Cette économie du pouvoir ou ce dosage de l'autorité s'illustre dans l'art de laisser faire sans laisser aller ; de ne pas faire à la place de l'autre sans*

---

<sup>144</sup> MILLER Peter (2001), « A critical review of the harm minimization ideology », *Critical Public Health*, vol. 11, n° 2, juillet, pp. 167-178.

<sup>145</sup> COTTENCIN Olivier, DUBOIS-ARBER Françoise, LAPREVOTE Vincent, POTIER Chloé et ROLLAND Benjamin (2014), « Supervised injection services: what has been demonstrated ? A systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 145, décembre, pp. 48-68.

<sup>146</sup> MEMMI Dominique (sous la dir. de) (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

<sup>147</sup> SOULET Marc-Henry (2016), « Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude », *SociologieS, Dossiers : Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité*, pp. 1-16.

*cependant le laisser entièrement livré à lui-même ; de ne pas changer l'autre, mais lui faire des suggestions, de le guider sans lui imposer de ligne de conduite, de reconnaître ses difficultés, sans l'infantiliser ou le déresponsabiliser* » (Naiman, 2012, p. 100).

Ces moyens sont également présents pour éveiller les consciences sur les prises de risques et pour que les individus s'autonomisent par rapport à ces conseils ; c'est un but de « *self-discipline* »<sup>148</sup> : « *Votre job, c'est de les "coacher" oui, mais dans le sens d'une meilleure autonomie, d'une meilleure responsabilisation pour qu'ils soient capables, je veux dire, de vivre en société [...]. Les responsabiliser ça fait partie de notre mission intégrante d'accompagnement* » (Naiman, 2012, p. 144). Il existe, en réalité, une dualité dans l'intervention en pratique. Comme nous l'avons vu, il y aurait, d'un côté, une partie de cette dernière qui donnerait l'avantage à l'accompagnement induisant une « *non-directivité* » (*ibid.*, p. 13) : « *L'objectif est finalement plus d'accompagner les projets des individus que les individus eux-mêmes. Le modèle d'action pour les professionnels de l'action publique est devenu un modèle incitatif. La normativité nouvelle est active. Il ne s'agit plus de faire rentrer les usagers dans le rang mais de les "faire faire"* » (Astier, 2007, p. 129). D'un autre côté, les personnes en « *détresse sociale* » ont besoin d'une réelle prise en charge.

L'offre de service découlant du plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique et du plan d'action interministériel en toxicomanie du Québec<sup>149</sup> indique, dans un passage sur la responsabilité individuelle, que « *l'offre mise sur la capacité des personnes à se responsabiliser par rapport à leur vie et à leur santé, à prendre des décisions éclairées et à exercer davantage de contrôle sur leur vie. Elle privilégie les interventions qui mettent à contribution les aptitudes individuelles et qui encouragent l'autonomie des personnes* » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, p. 18). Conséquemment, les intervenants ont pour mission de mettre au jour les capacités des individus à l'autocontrôle pour se délier de tout autre contrôle externe. Les actions ont à présent comme objectif de renforcement de l'autorégulation des conduites<sup>150</sup>.

---

<sup>148</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>149</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2006), « Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience », *Programme-services Dépendances*, Offre de service 2007-2012, p. 18.

<sup>150</sup> QUIRION Bastien (2010), « Les nouvelles tendances en matière de régulation de la pratique psychotrope : trente ans de politique québécoise sur l'usage de drogues et la toxicomanie (1976-2006) », *Drogues, santé et société*, vol. 9, n° 1, juin, p. 282.

Ainsi, des structures telles que les CAARUD ne seraient pas des lieux de discipline comme on l'entend chez Michel Foucauld<sup>151</sup>. Elles s'apparenteraient davantage aux dispositifs de sécurité de ce même auteur. Elles utiliseraient des moyens de régulation des individus et puisque « *se pose d'emblée une distinction entre différentes normalités – dans notre cas les prises de risques les plus “dangereuses” jusqu'aux conduites de prévention les plus “sûres” – [elles feraient en sorte] que les conduites les plus “défavorables” soient reportées vers les plus “favorables”* » (Jauffret-Roustide et Schmitt, 2018, p. 69).

En pratique, ce sont les lois de décentralisation qui ont apporté de nouveaux cadres aux techniques d'interventions, nommés aujourd'hui sous le terme de « *gouvernance* ». Pour entrevoir cette volonté responsabilisante, il faut aborder la question de la réadaptation des individus dans la société. Pour ce réapprentissage, l'intervenant a pour rôle d'amener l'individu à accroître et à certifier son autonomie pour l'engager dans un processus d'autocontrôle et d'autorégulation. Les comportements choisis par les professionnels semblent entrer dans une stratégie d'injonction. Cette dernière paraît toutefois dissimulée par d'autres manières d'intervenir comme la création du lien de confiance, le non-jugement et d'autres.

Nous constatons une évolution des pratiques d'intervention dans le milieu des addictions qui semblent dorénavant basées sur des principes réglementaires comme la prévention des conduites à risque, la responsabilisation des individus ainsi que la mobilisation communautaire (voir chapitre 2 : « *L'empowerment, une valeur de la réduction des risques* »). Dans un article<sup>152</sup>, Marie Jauffret-Roustide et Florent Schmitt concluent à un gouvernement par autocontrôles. Ils font le constat que les intervenants de ces structures neutralisent leurs injonctions face aux usagers dans l'application des règles institutionnelles et qu'ils utilisent des moyens moins coercitifs pour les amener. S'il n'y a pas de discipline des corps au sens foucauldien du terme, il y aurait une volonté de « *gouverner par autocontrôles* »<sup>153</sup>. Dominique Memmi analyse ces rapports lors des entretiens faits auprès de professionnels de trois sites

---

<sup>151</sup> Au sens de Michel Foucauld, cette discipline des corps correspond à des moyens mis en place dans le but de contraindre les individus à inculquer et à appliquer les normes en vigueur.

<sup>152</sup> JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et SCHMITT Florent (2018), « Gouverner par autocontrôle ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues », *Terrains & Travaux*, vol. 32, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 55-80.

<sup>153</sup> MEMMI Dominique (sous la dir. de) (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte, pp. 103-135.

d'observation en terrain hospitalier. D'autres auteurs<sup>154</sup> ont montré les similitudes qui pouvaient exister de cette configuration au sein des CAARUD. Il y aurait également deux acteurs, l'utilisateur et le professionnel, qui entreraient dans un processus d'autocontrôle. En effet, le professionnel, même s'il met en place des stratégies pour s'éloigner de l'injonction aux « *bonnes pratiques* », doit s'inscrire et divulguer les règles de prévention. Il doit s'autocontrôler entre la volonté d'un lien de proximité et le discours institutionnel de prévention. Il essaie de trouver un équilibre entre ces deux aspects. Du côté de l'utilisateur, celui-ci doit connaître les règles de prévention et de réduction des risques tout en parlant de ses pratiques de consommation.

Pour autant, « ce double attendu d'autocontrôle [amène] une forme de gouvernement [...] aux usagers modérés. Autrement dit, un gouvernement qui, comme on l'aura vu, fonctionne de façon partielle, ponctuelle et diluée dans le temps. Partielle, d'abord, car s'il faut créer une relation de confiance avec l'utilisateur, les modes de surveillance formels et exhaustifs des pratiques de consommation – tels que l'emploi du questionnaire – doivent être limités pour ne pas l'"effrayer". Ponctuelle, ensuite, car si on ne peut pas "parler consommation" à tout moment, cela suppose de le faire au détour d'un échange improvisé ou lorsque l'utilisateur a un instant de disponible quand il vient chercher du matériel. Diluée dans le temps, enfin, car s'il faut négocier l'application des règles de prévention et éviter de les imposer, cela suppose d'accepter de ne pas réussir à convaincre l'utilisateur et de devoir rouvrir une autre négociation lorsqu'une nouvelle occasion le permettra » (Jaufret-Roustide et Schmitt, 2018, p. 77). Ce « gouvernement par autocontrôles » n'est pas péremptoire mais il n'en reste pas moins une discipline, même s'il est plus subtil.

### C) Une politique polymorphe

La politique de réduction des risques peut être comprise de plusieurs manières selon le point de vue, le domaine ou encore la localisation. Tout d'abord, nous entendons parler à la fois de réduction des risques et de réduction des dommages. Ces deux manières de concevoir cette politique change profondément sa mise en application et, « malgré l'homogénéité promue par l'*International Harm Reduction Association (IHRA)*, le référentiel de réduction des risques recouvre une diversité de conceptions » (Rapport INSERM, 2010, p. 65). Ces conceptions étaient au départ séparées l'une de l'autre. Ainsi, celle des risques avait pour objectif de limiter

---

<sup>154</sup> JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et SCHMITT Florent (2018), « Gouverner par autocontrôle ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues », *Terrains & Travaux*, vol. 32, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 55-80.

l'usage de substances, ce qui pouvait produire des dommages. Celle des dommages visait davantage la limitation des conséquences néfastes de l'usage. Aujourd'hui, cette politique réunit ces deux aspects. Néanmoins, une troisième manière subsiste dans différentes structures : la réduction des doses.

### *C.1) Des propositions différentes selon la définition retenue*

Nous pouvons noter une diversification des formes de sortie de l'addiction. Celle induite par la réduction des risques, qui est maintenant socialement admise, permet de ne pas entrevoir comme seul et unique modèle celui de l'abstinence. Cette voie aurait changé de sens puisque s'abstenir pourrait signifier ne pas abuser. Toujours est-il que deux logiques cohabitent encore en France : celle de l'abstinence comme logique de normation et de résilience, et celle de la gestion. Cette promiscuité engage l'autonomie comme notion centrale par sa nouvelle compatibilité avec la consommation de drogues.

Jean-Yves Trépos<sup>155</sup> propose une analyse de la politique de réduction des risques à partir de sa définition. De celle-ci, il montre deux visions du monde qui induiraient des versions différentes de la mise en application de cette politique. La première est une version compensatoire<sup>156</sup>. Par la notion même de réduction des risques, l'auteur met en lumière l'objectif de cette logique dans cette version : réduire les risques à la place de ceux qui prennent ces risques. Cette version est « *centrée sur l'invention de grands équipements destinés à résoudre les problèmes par une action sur leur contexte. Il s'agit donc d'un renfort de l'environnement plus que d'une action directe sur le phénomène lui-même* » (Trépos, 2003, p. 102). La seconde version est dite « *autonomiste* ». Elle est corrélée à la traduction de l'expression anglaise « *harm reduction* », qui signifie réduire les dommages. Cette version insiste sur l'autonomie des acteurs et leur participation dans les dispositifs. Par cette coexistence, nous allons analyser les différentes pratiques de cette politique afin d'éclaircir ses objectifs de réduction des risques ou celle des dommages. Trépos constate que les intentions et les pratiques peuvent diverger ; nous pouvons assister à une intention autonomiste suivie par des pratiques compensatoires et réciproquement.

---

<sup>155</sup> TRÉPOS Jean-Yves (2003), « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 114, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 93-108.

<sup>156</sup> *Ibid.*, p. 102.

Si tous les dispositifs de réduction ont pour objectif d'améliorer les conditions d'usages, ces dernières sont très différentes dans les propositions faites aux premiers bénéficiaires. La réduction des risques, après la définition courte que nous avons faite, pourrait s'apparenter aux salles de consommation à moindre risque, à la Preps, tandis que celle des dommages conduirait les usagers vers les traitements de substitution. Les CAARUD et les CSAPA représentent cette différence. Ouverts simultanément, les premiers avaient pour mission de réduire les risques liés à l'usage de drogue, tandis que les seconds visaient les dommages en prescrivant des traitements de substitution. La réforme ayant transformé les CSST (centres spécialisés de soins aux toxicomanes) et les CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie) en CSAPA met en lumière une volonté de conciliation des deux volets de cette politique que sont la réduction des risques et celle des dommages en les rapprochant des CAARUD. Si le texte de création du pôle médico-social de l'addictologie prend soin de faire ressortir le caractère uniquement juridique de cet accord, Patrick Fouilland et Jean-Pierre Couteron font part de doutes. L'ambition de ce pôle serait plus profond et voudrait engager ces structures à adopter une culture et des pratiques communes. Or l'alcoologie et les autres drogues ne sont pas perçues de la même manière par les professionnels des divers horizons qui ont été regroupés par cette réforme et cela entraînerait un « *choc des cultures* »<sup>157</sup>.

Chacune des structures mises en place autour de la thématique des addictions possède des missions et des pratiques différentes en termes de réduction des risques liés aux usages de drogues. Les CSAPA ont pour but d'accompagner les individus jusqu'à une finalité qu'est le sevrage. Mais alors les CSAPA s'inscrivent-ils dans une volonté de réduction des risques au sens premier du terme ? Ils ont en partie cette mission. D'une part, à travers les différents rendez-vous inscrits dans la démarche de soin, les professionnels composent un programme des réductions des doses et évaluent les volontés et motivations de leurs patients. Ainsi, ils souhaitent voir les possibilités de détachement face aux différents produits. Ces diminutions peuvent être engagées par les professionnels ou par les bénéficiaires du service. Ayant parlé de la finalité de ces structures, les CSAPA proposent plus qu'une réduction des doses de produits. Ces structures souhaitent réduire les dommages liés aux usages. Le principal outil reste le traitement de substitution et correspond à une prise en charge alliant le médical, le social et le psychologique. En ne remplaçant pas les effets de la drogue que le traitement est censé relayer,

---

<sup>157</sup> FOUILLAND Patrick et COUTERON Jean-Pierre (2011), « CSAPA : le choc des cultures », *Santé, Réduction des risques, Usages de drogues*, n° 62, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 1-5.

ces structures sont générales et basées sur le travail de motivation du bénéficiaire. En effet, la substitution n'empêche pas tous les effets secondaires de sevrage. Elle a pour premier objectif de réduire l'appétence et la dépendance aux produits consommés, en limitant les dommages liés à cette consommation. Cependant, ce remplacement des drogues par un traitement spécifique a pour intentionnalité l'arrêt complet de ces usages. Si les professionnels discutent de ces différentes options, les bénéficiaires de ce service sont dans l'obligation d'avoir pour projet final ce sevrage.

Un modèle unique de programmes de substitution n'existe pas ; comme vu précédemment, le médicament à lui seul ne suffit pas pour voir une amélioration globale et continue. Les effets d'un tel programme sont issus d'une chaîne de facteurs, inhérents ou non à l'utilisateur, qui interagissent. En premier lieu, il existe des facteurs individuels, environnementaux et biologiques. Les composantes sociodémographiques telles que l'âge, l'emploi, le soutien ou encore la volonté de changer sont des éléments qui affectent les résultats tout comme les problèmes psychologiques ou psychiatriques, le degré de dépendance, le degré de réceptivité ou encore la pauvreté<sup>158</sup>. En second lieu, les facteurs structurels liés au programme de substitution jouent un rôle quant à ces effets. Jean-Michel Delile, en 2004<sup>159</sup>, affirmait que l'efficacité de ce dernier provenait de son aptitude à maintenir les usagers sur le long terme. Ainsi, les résultats obtenus sont la résultante d'interactions entre plusieurs facteurs.

Pourtant, certains usagers ne considèrent pas leurs consommations comme problématiques ou ne souhaitent pas s'engager vers une telle finalité : « *Le paradigme de l'utilité des théories de l'individu rationnel qui choisirait toujours de façon à maximaliser son gain est d'une portée limitée pour comprendre ce qui se joue dans les situations et les comportements à risques. Toute décision est à considérer dans le contexte social et d'organisation des interactions sociales où elle s'inscrit. Ce contexte fonctionne comme un système de contraintes qui limite les choix possibles, et donc les oriente* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 61). Pour ce type de profil, les CAARUD proposent une autre manière

---

<sup>158</sup> Rapport Santé Canada (2002), *Recension de la documentation, traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa. Rapport Santé Canada (2006), *Meilleures pratiques - Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa.

<sup>159</sup> DELILE Jean-Michel (2004), « Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de 159 bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution aux opiacés ? », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 26, n° 4, septembre, pp. 277-284.

d'appréhender l'accompagnement. Plus éloignées du secteur médical, ces structures accueillent les publics usagers de drogues sans conditions. Ainsi, elles se positionnent aux origines de la politique de réduction des risques en présentant des outils différents. Les individus fréquentant les CAARUD n'ont pas l'obligation d'avoir pour projet de réduire leurs doses ou d'arrêter leurs consommations. Les professionnels proposent du matériel de réduction des risques et un local pour discuter, accéder aux premiers dispositifs d'hygiène (douches, machines à laver...). Les CAARUD offrent également la possibilité de demander la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition). Ce médicament est à destination des personnes ne souhaitant pas utiliser les outils préventifs tels que le préservatif, mais voulant réduire les risques liés à l'exposition au VIH. Ces outils seraient des dispositifs de réduction de risques tout en continuant les pratiques mises en cause. Si la réduction peut avoir plusieurs significations selon la structure, l'acteur ou le bénéficiaire, il existe également une multitude d'outils permettant de répondre à ces différents besoins.

### *C.2) Une pluralité d'outils pour une pluralité d'actions (urbain, rural, festif, quotidien)*

Nous avons pu remarquer précédemment que la réduction des risques pouvait être appréhendée différemment selon les points de vue. Ainsi, elle peut posséder des objectifs différents selon le bénéficiaire. Sous l'angle de l'utilisateur, elle vise l'amélioration de l'estime de soi, le sentiment d'utilité sociale et la confiance en soi ; sous celui du professionnel, elle cible la responsabilisation, l'autonomie et la baisse des comportements à risque, tandis que pour les mairies, elle aurait pour but la sécurisation de l'espace public, la diminution des problèmes de voisinage, l'amélioration du vivre ensemble, et l'apport d'une réponse plus intégrative, s'éloignant de la démarche exclusivement sécuritaire et policière, à un problème urbain.

Nous allons maintenant exposer le panel d'outils existant pour prévenir et réduire les risques liés aux usages de drogues. Ceux-ci peuvent se trouver dans le quotidien des individus en milieu urbain et rural mais également en milieu festif. Nous souhaitons mettre en lumière cette adaptabilité par la question du moment urbain.

Si plusieurs classifications sont construites autour des drogues comme celles de la catégorisation drogues « douces » ou drogues « dures » qui est aujourd'hui remise en cause<sup>160</sup>, nous pouvons amener une différenciation entre l'usage « récréatif » et l'usage

---

<sup>160</sup> Pour aller plus loin, voir JANIK Peter, KOSTICOVA Michaela, PROF JAN et TURCEK Michal (2017), « Categorization of psychoactive substances into “hard drugs” and “soft drugs”: a critical review of terminology used in current scientific literature », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 43, n° 6, janvier, pp. 636-646.

« *problématique* ». L'usage récréatif n'est pas considéré comme légitime pour tous, étant donné que le concept de plaisir reste mis à l'écart et peu étudié. Marie Jauffret-Roustide ajoute que « *les politiques de prévention concilient un discours clair sur le plaisir, la gestion des risques, la souffrance et la contrainte restent également à construire, en mettant à distance les enjeux idéologiques sur ces questions* » (Jauffret-Roustide, 2009, p. 117). Cet usage récréatif est à peu près accepté dans un certain contexte, celui de la fête. Les représentations sociales liées à cette dernière engagent des outils davantage associés au domaine préventif, des interventions précoces et à l'alcool. Certains usagers, selon plusieurs critères, sont perçus comme de potentiels futurs usagers "problématiques", il y a un engagement fort pour prévenir les risques. Nous parlons d'usage récréatif mais Anne Petiau, Lionel Pourtau et Charles Galand font part d'une catégorisation des usages plus affinée. Ils distinguent trois usages : festif, récréatif et dopant. Le premier, festif, nécessiterait « *la contextualisation de la pratique et la présence du groupe* » (Petiau, Pourtau et Galand, 2009, p. 180). L'état modifié de conscience recherché a pour seul objectif la participation à la fête et aux sociabilités qu'elle engage. Les usages sont contrôlés par la ritualisation de la pratique par le groupe. Ces auteurs mettent en évidence que l'accessibilité des drogues sur l'espace festif restreint l'usage à ce contexte et évite une pratique plus étendue au quotidien. Le second, récréatif, ferait suite à l'usage festif. Restreint au cadre privé, il serait « *un prolongement de la fête entre amis* » (*ibid.*, p. 182).

Comme pour l'usage précédent, ces consommations sont bornées par le contexte et la présence du groupe. Contrairement à l'usage festif, les acteurs de prévention et de réduction des risques ont peu accès à ces usages, et les approvisionnements se font hors du contexte festif. Ces consommations amèneraient davantage vers un usage quotidien et solitaire. Le dernier usage que les auteurs relève est celui dit dopant. Patrick Laure, dans *Dopage et société* (2000), met en lumière que ces consommations ont des fins de performances corrélées à la rencontre, par la personne, d'obstacles divers tels que la situation professionnelle ou la perte d'acquis sociaux. Si cet usage peut être contrôlé, on observe un grand niveau d'autonomie dans ces consommations, de l'approvisionnement à l'usage. Par rapport aux deux types précédemment évoqués, la consommation est quotidienne et moins délimitée par des groupes. Pour atteindre ces différents publics, les acteurs de prévention et de réduction des risques mettent en place différents outils sur le terrain festif. Ces espace-temps sont connus pour les consommations de drogues. Néanmoins, ils introduisent une obligation d'adaptabilité. En effet, les pratiques festives évoluent au cours de la nuit et il en va de même pour les consommations qui

deviendraient plus risquées et intenses. Par les outils que nous mentionnerons, nous nous interrogerons sur l'adaptabilité des acteurs face à ces différentes temporalités.

La fête possède plusieurs fonctions, dont la régulation des tensions sociales, la socialisation, la création ou le maintien de liens sociaux, les rencontres, la construction de l'identité. Ce contexte d'inversion et de transgression des normes dominantes en dehors de cette temporalité spécifique correspond à un temps de désordre par une recherche du plaisir intense. C'est ainsi que la fête peut être associée à l'usage de drogues. La réduction des risques dans ce milieu est tout d'abord représentée par la présence de secouristes autour de ces événements. C'est à partir des années 1990 que des acteurs spécifiques à la réduction des risques liée aux drogues apparaissent. Aujourd'hui, ces missions sont attribuées à des structures telles que les CAARUD. Du fait de son statut secondaire, cette mission n'est pas encore reconnue, ce qui entraîne un manque de légitimité des acteurs intervenant en milieu festif. Toutefois, la première présence sur ce terrain est celle des acteurs de la prévention primaire. Cette prévention a pour objectif de dissuader, voire de stopper les usages. Ce n'est pas tant par une volonté moralisatrice et éradicatrice à laquelle les acteurs tendent, mais davantage un appel aux résistances et aux sollicitations par le biais de l'autonomie.

Ainsi, les différents acteurs de la prévention du début de soirée offrent aux publics un stand comme un lieu ressource et un point de regroupement de l'intervention. Ce stand donne un accès libre aux divers documents de prévention et de matériel de réduction des risques. Souvent tenus par des acteurs hors réduction des risques, ces professionnels se focalisent surtout sur l'usage de l'alcool. Ainsi, ils distribuent, en même temps que des bouchons d'oreilles ou des casques, des outils de mesure tels que les éthylotests, les éthylomètres, les réglettes d'alcool ou encore des simulateurs d'alcoolémie. L'accès à l'eau potable gratuite est également un outil primordial dans ce type d'événement.

Les acteurs spécifiques à la réduction des risques proposent des outils tant pour ceux adjoints à l'alcool qu'aux autres drogues. L'intervention principale est l'aller vers<sup>161</sup> et correspond à des missions de maraudes qui consistent à aller vers le public consommateur pour

---

<sup>161</sup> Pour aller plus loin sur l'« *aller-vers* », nous pouvons avancer le programme TAPAJ spécifique pour les jeunes de 16 à 25 ans, précaires ou désocialisés, qui sont concernés par des problématiques de consommation. Pour approfondir l'intervention dont nous parlons ici ainsi qu'élargir avec d'autres pratiques, nous invitons à la lecture de l'ouvrage de FERRÉOL Gilles (sous la dir. de) (2020), *Les laboratoires de la persévérance scolaire : éléments d'évaluation*, Rapport de recherche, Besançon, novembre, C3S.

parler des pratiques de consommation ou proposer des dépistages (TROD), que cela soit au sein de l'événement ou dans les zones « *off* ». Les acteurs effectuent également la distribution du matériel de réduction des risques selon le public et proposent un large choix qui passe du « *kit d'injection* », au « *kit sniff* », au « *roule-ta-paille* » et bien d'autres. Face à cette distribution, les professionnels se doivent également de proposer un espace de remise de matériel d'injection. Ces lieux de distributions et de remises sont souvent décalés du centre des activités de l'événement. Les personnes qui s'injectent sont souvent discrètes et ne souhaitent pas être perçues comme telles. Cependant, cet éloignement permet l'obtention d'entretiens riches du fait de ces espaces qui leur sont dédiés. Pour toutes les manières de consommer, ces acteurs mettent en place un espace nommé « *chill out* ». Comme son nom l'indique, il aide à la détente, l'échange dans un espace-temps séparé de la fête. Dans cette même optique, l'espace « *relax-zone* » possède le même objectif mais est davantage focalisé sur les personnes en souffrance ayant consommé. Contrairement à la zone de réassurance, cette zone est médicalisée et nécessite des matériaux spécifiques.

Ainsi, il y aurait trois politiques de drogues différentes en fonction des trois temporalités de la nuit. Le début de la nuit correspondrait à une politique de prévention ; le milieu de la nuit permettrait aux professionnels de la réduction des dommages d'intervenir ; et la dernière à une période de sauvetage. Ces politiques sont parfois combinées. Les politiques en matière de drogue sont mises en œuvre de différentes manières selon qu'elles se déroulent à l'intérieur ou à l'extérieur du festival (zones « *hors-champ* », camping, parkings) ou en ville. Les interventions sont plus statiques dans les festivals de musique et plus mobiles dans le « *off* ». La mise en œuvre de la réduction des risques dans les lieux de fête doit être ajustée. Les acteurs adaptent leurs stratégies afin d'être en rapport avec les temporalités, les normes et les valeurs de l'espace social nocturne.

Un dernier outil peut être cité : le *testing*. C'est l'outil de réduction des risques qui a le plus amené de réactions, surtout celles des autorités publiques. Il a été interdit pour les associations de santé en 2005 mais reste accessible pour les particuliers. Cet outil permet une analyse rapide des drogues par la vérification de la composition des produits et écarte ceux constitués d'un dosage jugé dangereux. Ainsi, il aide les usagers dans le contrôle de leur consommation en fournissant des informations adaptées sur les substances contenues dans le produit analysé. D'un autre point de vue, il donne lieu à la collecte d'informations fiables sur les produits en circulation. Autre objectif : cette technique facilite l'accès aux dialogues avec

les usagers, en engageant des réflexions autour de leurs pratiques. Depuis 1999, le dispositif TREND/SINTES relaie cet outil. Cette stratégie permet aux partenaires de ce dispositif de disposer d'outils de collecte de drogues qui seront ensuite analysées. Contrairement au testing, le résultat peut prendre plus d'une semaine. Le premier objectif de TREND/SINTES est de collecter des données pour anticiper et détecter les phénomènes émergents.

Dans ce contexte où le côté médical de l'intervention prédomine, les services sont focalisés sur la prescription de médicament (la substitution) qui reste le but ultime pour parvenir à la sortie d'une trajectoire "addictogène". Toutefois, Isabelle Paquin, dans la revue *Drogue, Santé et Société*, insiste sur le fait que le médicament, seul, ne peut solutionner les causes d'une dépendance qui sont essentiellement sociales<sup>162</sup>. Ainsi, elle constate que le médicament doit être associé à des interventions psychosociales si nous souhaitons des résultats positifs et pérennes. Une pluralité de recherches atteste l'intérêt de cette complémentarité.

### *C.3) La réduction des risques au quotidien*

Après avoir donné un aperçu des outils de réduction des risques spécifiques au milieu festif, nous mettrons en lumière ceux utilisés de manière quotidienne. En 1994, une politique de médiation sociale, au sein de « zones sensibles », institutionnalise les « Grands Frères ». Ceux-ci sont des personnes inhérentes au milieu, recrutées par la RATP.

À la différence des éducateurs, ils en sont proches et servent d'interlocuteurs entre les jeunes et les institutions. Aujourd'hui, ils ont laissé place aux agents de médiation et de prévention. Parler de ces personnes a pour objectif de mettre au jour la volonté des outils de réduction des risques quotidiens. En effet, leur clé réside dans la connaissance des pratiques et des consommations de drogues.

Le travail de proximité est l'un des piliers de ces outils. L'« *outreach work* » est également sollicité, il renvoie au travail de rue ou à bas seuil d'exigences. Il est plus ancien que les « Grands Frères ». Pour atteindre les individus les plus difficiles à joindre, deux formes d'interventions, différentes mais complémentaires, émergent : l'« *aller-vers* » et le « *bas seuil* ». La première consiste à aller au-devant des personnes consommatrices de drogues aux endroits où elles se trouvent. Pour cela, plusieurs techniques sont apparues comme le bus ou

---

<sup>162</sup> PAQUIN Isabelle (2003), « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, p. 2.

tout autre espace mobile, la distribution de méthadone et les maraudes. Le principe du bas seuil est défini par rapport à son antonyme « *haut seuil* » d'accès et d'exigences.

Si auparavant ce seuil était fixé par une obligation de vouloir se sevrer, dorénavant certaines structures proposent des exigences minimales quant au règlement et aux pratiques. Le travail à bas seuil entraîne, chez les professionnels, une nouvelle manière d'appréhender les situations. On se base sur le « *ici et maintenant* » pour accompagner, avec une forte adaptabilité, les usagers. Cette approche aurait pour but de hiérarchiser les réponses selon les besoins (voir Chapitre 2 : « *L'empowerment, une valeur de la réduction des risques* »).

Tout comme la réduction des risques en milieu festif, des structures proposent du matériel stérile et à usage unique (photo ci-dessous).

**Photo n° 1 : Matériel de réduction des risques**



Source : <https://www.aides.org/reduction-des-risques-lies-usage-de-drogues>.

En proposant ces outils, les professionnels affirment que le plaisir trouve sa place dans la consommation de drogues. Ils distribuent également des DASRI, petits récipients servant à mettre les seringues usagées afin de les rapporter à la structure en toute sécurité, et du *Nalscue*, médicament retardant l'*overdose* et permettant ainsi aux secouristes une durée plus longue avant l'intervention. À travers cette distribution, les acteurs souhaitent créer un lien avec les

usagers afin de parler de leurs pratiques, de leur situation sociale afin de les amener vers des parcours ascendants. Grâce à plusieurs évaluations sur le fonctionnement des programmes d'échanges de seringues<sup>163</sup>, nous avons observé que les utilisateurs de ce matériel ne fréquentent pas le système de soin et sont exclus du système de droit commun. Ainsi, cette distribution de matériel peut être une passerelle vers le soin. De plus, certaines actions communautaires sont organisées dans les villes et constituent des outils de plus en plus adéquats. Pour exemple, l'association La Case à Bordeaux a créé des actions collaboratives de ramassage des seringues usagées dans les espaces publics et les squats (photo ci-dessous). Une sortie par semaine est organisée sur des sites où se trouvent ces seringues. Ces sites sont identifiés par les services de la Mairie et/ou les usagers eux-mêmes. Lors de ces sorties, les usagers sont accompagnés par un professionnel de l'association et par un employé du service d'hygiène de la Mairie. Pour motiver la participation à ces actions, le CCAS délivre une aide de 15 € par usager et par sortie au titre de sa participation à une action collective.

**Photo n° 2 : Ramassage de seringues à Bordeaux par les usagers fréquentant la CASE**



*Source : Photo, La Case, Août 2019.*

<sup>163</sup> Par exemple, le RESPADD a réalisé une étude multicentrique de trois programmes d'échange de seringue en pharmacie (PESP), financée par la DGS.

« *Le contexte de consommation devient la cible d'une palette d'intervention qui propose, selon la demande de l'utilisateur, de consommer à moindre risque, de diminuer sa consommation ou de se sevrer* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 39). L'afflux de demande de matériel d'injection ainsi que les autres besoins de ces usagers ont conduit à des outils spécifiques et innovants. Dans la suite de la démarche « *outreach* », le programme AERLI, accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection, a été développé par Médecins du Monde.

Tout d'abord implanté dans les espaces festifs, ce programme a évolué vers le milieu urbain en 2009 et aide à l'observation des pratiques des usagers dans leur environnement. Par leurs observations, les professionnels peuvent se rendre compte des difficultés lors de l'utilisation du matériel. Cet apprentissage est d'ailleurs réciproque car si ces professionnels apportent des conseils et des techniques d'injection, les usagers, eux aussi, possèdent des savoirs qu'ils peuvent transmettre lors de cet échange intime. Ce projet amène une ouverture de la parole des deux interlocuteurs<sup>164</sup>.

Son déroulement est cadré par une formation aux modalités spécifiques. Tout d'abord, deux accompagnateurs, un infirmier et un éducateur à la santé, observent l'utilisateur effectuant son injection. Ils conseillent sur les risques pris à chaque étape et rappellent les « *bonnes pratiques* ». Les intervenants n'ont, en aucun cas, besoin de jouer un rôle actif dans la pratique d'injection. L'un des objectifs est la recherche d'autonomie de la personne. En cela, il faut orienter les usagers vers les gestes permettant la réduction des risques.

Faisant suite à ce programme s'ouvre, en 2016, la première salle de consommation à moindres risques. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a permis le développement de ces dernières ainsi qu'un cahier des charges précis pour cette expérimentation. Si elles sont implantées depuis assez longtemps dans d'autres pays, la France a un certain retard concernant cet outil précis.

Le programme AERLI avait un atout que ces salles ne possèdent pas : l'accompagnement était caché et méconnu du public. Le poids de l'interdit moral était effacé. De plus, il ne faut pas oublier que le modèle prohibitionniste dans lequel se trouve la France influe sur la politique de réduction des risques et cadre une certaine manière de penser les

---

<sup>164</sup> DEBRUS Marie (2013), « L'éducation aux risques liés à l'injection de drogues. Quels enseignements retenir après un an d'expérience ? », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 118, n° 2, 2<sup>e</sup> trimestre, p. 11.

drogues. Laisser place à ces salles serait considéré comme laxiste de la part des dirigeants ainsi qu'une acceptation des usages. Pour exemple, certains élus ont qualifié ces salles de « *zone de non-droit* » et de politique de capitulation comme cela avait été le cas pour le traitement de substitution en 1980.

Depuis une décennie, la France a fait le choix de s'inscrire dans un modèle neutre par rapport à cette politique puisqu'elle accepte l'implantation de la réduction des risques sans pour autant modifier la loi de 1970. Notre pays a adopté un modèle sanitaire qui reste largement dominé par l'influence du biomédical. Il est performant en ce qui concerne les traitements de substitution tandis qu'il demeure en retard concernant l'accès aux soins ou encore l'environnement social.

Cette diversité d'outils comprend plusieurs facettes. Sa pluralité fait que cette politique doit faire face à des risques différents selon les situations.

#### *C.4) Des outils pour des risques*

La politique de réduction des risques s'était concentrée sur la seule distribution de matériel lors de son apparition, entre officielle et non officielle. À ce stade, l'objectif était de faire face à l'épidémie de Sida. Andrew Ball<sup>165</sup> nous rappelle que les dispositifs concernant l'usage de drogue doivent être adaptés et diversifiés du fait des multiples risques et dommages liés à son usage.

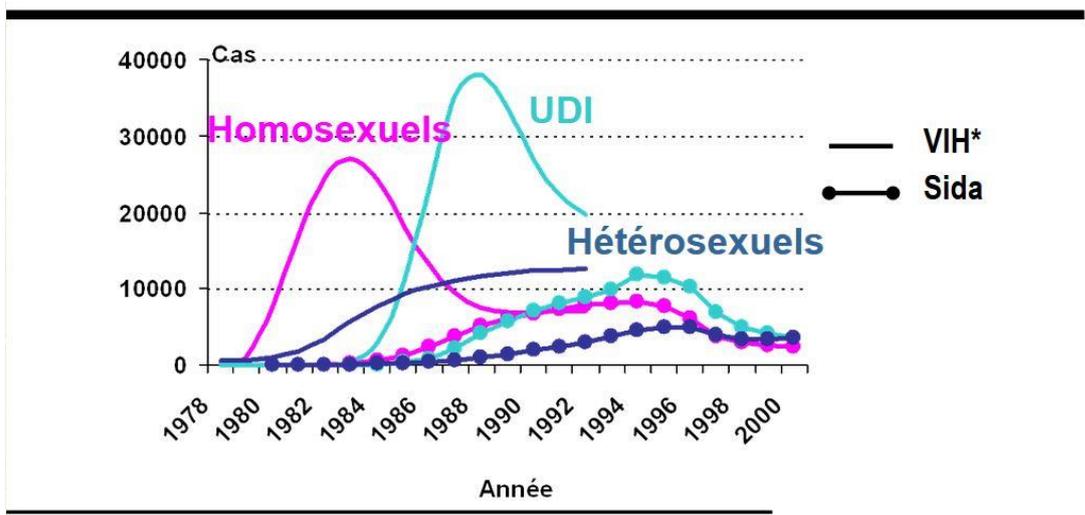
Ainsi, le premier risque sur lequel cette politique se focalisait était sanitaire. Avant cette évolution, les usagers n'avaient d'autre choix que de s'échanger les seringues entre eux. Les risques infectieux étaient très présents. Pour contrer cette propagation, plusieurs programmes ont été mis en place, notamment l'échange de seringues, datant du décret de 1987. De nombreuses études<sup>166</sup> ont démontré l'efficacité de ces PES.

---

<sup>165</sup> BALL Andrew (2007), « HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response », *Addiction*, vol. 102, n° 5, mai, p. 687.

<sup>166</sup> Voir CROSS Jay, SAUNDERS Cynthia et BARTELLI Debra (1998), « The effectiveness of educational and needle exchange programs: A meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users », *Quality Quantity*, vol. 32, n° 2, pp. 165-180, ou encore VAN DEN BERG Charlotte, SMIT Colette, VAN BRUSSEL Giel et COUTINHO Roel (2007), « Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users », *Addiction*, vol. 102, n° 9, août, pp. 1454-1462.

**Figure n° 4 : Tendence du VIH (modélisation) et du sida (données de déclaration) dans l'UE, 1978-2000.**

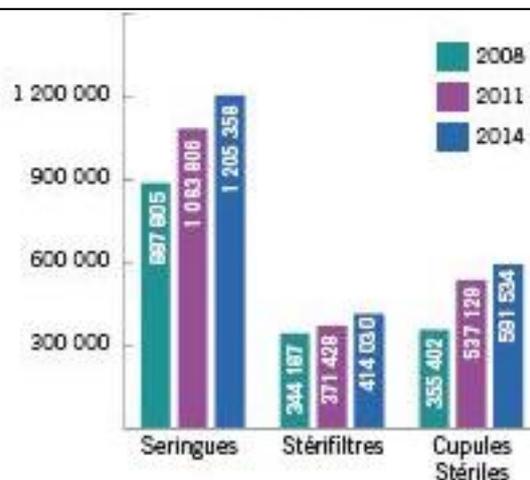


\*estimé par rétrocalcul

Source : *De Lisbonne à Sakhaline : dynamique de l'épidémie de VIH*, Françoise Hamers, Institut de veille sanitaire, 2002, p. 13.

La figure n° 5 met en lumière l'effet de ce programme sur le nombre d'infections. La mise en place, autorisée ou non, de ces PES a eu un impact sur les contaminations. À la fin des années 1980 ont commencé à émerger ces programmes, même si leur autorisation a été plus tardive (1995). Nous pouvons voir que le nombre de cas entre 1988 et 1994 a largement diminué, passant de 40 000 chez les usagers de drogues par injection à 20 000. Réciproquement, le Sida a baissé plus tardivement puisqu'il est le stade avancé de l'infection au VIH et que les PES n'étaient qu'un moyen, pour les non-contaminés, d'éviter l'infection et non un médicament.

**Figure n° 5 : Évolution de la distribution de matériel d'injection entre 2008 et 2014**



Source : Association AIDES, Rapports ASA-CAARUD

L'impératif sanitaire a, pendant un moment, restreint la réduction des risques aux seuls risques somatiques, voire infectieux. Pour autant, d'autres risques émergent dans les trajectoires des personnes qui consomment des drogues. Cette politique a su se développer et se diversifier en fonction de ses multiples risques en s'adaptant aux différents profils d'utilisateurs de drogues. Nous voyons toutefois que la distribution de matériel reste un outil primordial, de plus évolutif. Les chiffres du graphique sur l'évolution de cette distribution montrent davantage l'acceptation et la démocratisation de cette politique plutôt qu'une augmentation des consommations. Ces différentes pratiques sont de plus en plus connues et permettent de sécuriser les usages.

Les pratiques de consommations de drogues peuvent potentiellement donner lieu à d'autres prises de risques que celle des multiples infections. Tout d'abord, elles peuvent engager des risques sociaux. Les usages de drogues perçus comme "problématiques" touchent une diversité de profils. Si les représentations sociales développent une image spécifique de l'utilisateur de drogue, *junkie* et héroïnomane, et si des études<sup>167</sup> mettent en avant la précarité de ces utilisateurs, d'autres recherches soulignent qu'il est difficile de mettre en lumière un profil type. Cependant, les résultats d'une pratique de consommation de drogues peuvent tendre vers des risques sociaux, quelle que soit l'origine de l'utilisateur. Ces trajectoires peuvent amener vers une désocialisation, une déscolarisation, une paupérisation ou encore une marginalisation. Par suite, les outils et les stratégies de réduction se sont tournés vers ces problèmes concernant la violence, l'insécurité, l'exclusion, la précarité. Cette politique s'est adaptée à ces situations en proposant une approche plus globale. Les structures tentent de créer des partenariats ou de développer des projets autour de la thématique du logement, de la réinsertion professionnelle ou encore de l'accompagnement dans les démarches.

En passant du statut de délinquant à celui de malade, les structures de réduction des risques proposent également de s'étendre aux risques psychiatriques. Sans cantonner l'usage de drogues à des troubles anxieux ou dépressifs, ceux-ci peuvent en être la conséquence ou la cause. Ainsi, nous voyons l'apparition de suivis psychologiques dans les CSAPA, même s'ils ne sont pas encore développés dans toutes les structures.

---

<sup>167</sup> Les études définissaient un profil spécifique puisqu'elles se concentraient sur le public fréquentant les structures de réduction des risques. Cependant, tous les consommateurs ne font pas appel à ces aides. Ainsi, il est très difficile de mettre en avant des profils types.

Nous sommes passée de la volonté de réduire la propagation des infections à celle de réduire les risques somatiques au sens large en l'étendant aux accidents, aux *overdoses*, aux transmissions d'autres virus, aux plaies dues à l'injection, etc. Les risques sanitaires sont divers, et l'accompagnement global ainsi que certains outils comme le programme AERLI permettent aux professionnels de conseiller les individus sur les pratiques à moindre risque. En créant des liens avec l'utilisateur, ces acteurs peuvent comprendre les usages et apporter des conseils ou des matériaux pour éviter certains accidents qui seraient les abcès liés à l'injection. Tout en sachant que certaines consommations peuvent amener l'individu vers des risques sanitaires et une situation précaire, la réduction des risques propose des outils divers pour l'hygiène corporelle et donne la possibilité à ceux qui ne l'ont pas de prendre soin d'eux-mêmes.

À ces risques peuvent être associés les risques judiciaires. Le modèle prohibitionniste dans lequel la France est ancrée entraîne des poursuites pénales et des incarcérations pour les usagers de drogues. La réduction des risques ne peut pas réellement s'engager dans une démarche spécifique. Ainsi, les structures se contentent d'accompagner les individus sortant de prisons vers la réinsertion. Elles sont également présentes et à l'écoute lorsque ceux-ci souhaitent discuter de leurs expériences carcérales, des discriminations ou violences dont ils ont pu être victimes.

Si nous nous sommes focalisée sur les risques encourus par les usagers eux-mêmes, la réduction des risques est également présente pour diminuer les risques environnementaux liés aux usages de drogues. L'un des objectifs des salles de consommations à moindre risques ou encore des outils comme les DASRI a été de diminuer ces risques. En effet, les seringues usagées ne pouvaient être jetées uniquement dans des poubelles ou dans la rue. Ces déchets étaient de potentiels risques pour le public.

La prise en charge s'est développée au fur à mesure de l'avancée de la réduction des risques dans les pays. Ces différents outils, démarches et acteurs en font une politique très diverse. Nous allons aborder, dans la prochaine section, l'ensemble des enjeux que cette politique souhaite couvrir.

#### *C.5) Une définition aux enjeux pluriels*

« *Malgré l'homogénéité promue par l'International Harm Reduction Association (IHRA), le référentiel de réduction des risques recouvre une diversité de conception* » (Rapport INSERM 2010, p. 65). Tout d'abord, cette conception souligne le caractère inéluctable de l'usage de

drogue dans la société. Elle souhaite réduire les conséquences nocives. Inclusive, elle prône la réintégration des usagers sans ordonner un sevrage ou, du moins, pas dans l'immédiat. L'éthique préconisée par cette démarche est celle du moindre mal. En ce sens, elle soutient les exigences minimales et promeut le non-jugement, quelles que soient les pratiques de ces usagers. Cette démarche innovante modifie la définition du soin et éloigne des normes de santé centrées sur l'abstinence. En « *quittant une position idéaliste et morale promouvant le seul non-usage, ces nouvelles pratiques plus réalistes et humanistes ont la commune volonté de développer, soutenir et encourager le pouvoir d'agir de chacun [...] Elles rencontrent les personnes là où elles en sont de leur relation aux substances, partent de leurs compétences et capacités, tissant et maillant dans des combinaisons diverses la promotion de la santé et de la réduction des risques, la prévention et l'éducation, les soins et l'action communautaire* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 3). Controversée jusque dans les années 2000, la réduction des risques tire ses origines du modèle de Mersey. Il est basé sur quatre principes : la volonté de réduire les risques dus aux consommations plutôt que d'éradiquer les drogues ; la distribution de matériel comme outil de diminution des contaminations par le VIH ; la prescription de substitution comme outil de préservation de la santé ; l'aller-vers pour toucher un public plus large, éloigné du système de soin.

Mais si nous avons montré que cette réduction recouvrait une multitude d'outils, de stratégies et de points de vue, c'est parce qu'elle peut être comprise de manière différente. Il y a plusieurs risques, plusieurs objectifs et plusieurs idéologies attachés à l'éthique. De plus, plusieurs traductions françaises existent en ce qui concerne la « *Harm reduction* » : la réduction des risques, celle des dommages et celle des méfaits. Définir celle-ci implique le danger de la fixer dans le temps, de la dépersonnaliser alors qu'elle se trouve encore en pleine évolution. En sociologie, elle est souvent restreinte aux outils et aux techniques d'interventions uniquement sanitaires. Pourtant, cette politique s'imprègne d'un nouveau mode de pensée philosophique de la santé publique en valorisant les capacités des usagers et en partant de leurs demandes. Mais cet antagonisme français, basé sur le sanitaire, la prohibition et la réduction des risques, donne lieu à la création d'injonctions normatives. Au niveau international, nous pouvons mettre en avant deux visions opposées de la réduction des risques, divisées selon plusieurs facteurs en fonction de la place qu'elles accordent à la morale, à la politique et à la loi. La première version serait davantage centrée sur la dimension pragmatique et sanitaire, la seconde sur l'éthique et

la politique. Neil Hunt<sup>168</sup> fait une distinction entre ces deux versions : une « *weak rights version* » et une « *strong rights version* ».

La première, dans laquelle la France se trouve, n'impose pas la modification de la loi ni les discussions autour de la question légale comme une condition nécessaire à la mise en place de la réduction des risques ; celle-ci « *s'accommode d'un environnement légal prohibitionniste et stigmatisant, alors que la logique politique de la réduction des risques est celle de la déstigmatisation de l'usage de drogue et de l'apprentissage de la vie avec les drogues* » (Chappard, Couteron et Morel, 2012, p. 45). Ce modèle, dit « *faible* » ou « *minimal* »<sup>169</sup>, induit des problèmes en ce qui concerne les situations liées aux risques légaux mais également sociaux et relationnels<sup>170</sup>. La seconde option, comme aux Pays-Bas par exemple, pose l'usage de drogue comme un droit de l'Homme et insiste sur la question légale comme condition primordiale au bon développement de la réduction des risques.

Pour conclure, la politique de réduction des risques reste un vaste domaine, diversifié en fonction de plusieurs facteurs tels que le champ d'action, les idéologies, les pays ou encore les volontés personnelles et professionnelles. En cela, certaines pratiques sont encore difficiles à faire accepter. Si les détails des enjeux peuvent être variés, cela se caractérise par une seule philosophie d'intervention, celle du moindre mal dans un monde avec drogues.

L'avenir de cette politique serait dans l'ouverture et l'aliénation de ses objectifs originels. Il faudrait ainsi qu'elle ne se borne pas uniquement à la lutte contre les maladies et l'accueil à "bas seuil" d'exigence des populations en situation de précarité. Cette approche, à la fois humaniste et pragmatique de faire avec les personnes, met à distance deux idées : celle du modèle fondé sur la déviance et de la stigmatisation des usagers, ainsi que celle du jugement

---

<sup>168</sup> HUNT Neil (2004), « Public health or human rights: what comes first ? », *The International Journal of Drug Policy*, vol. 15, n° 4, septembre, pp. 231-237.

<sup>169</sup> Nous entendons ici par "minimal" une volonté de diminution des conséquences négatives en opposition à un modèle plus extensif qui développerait des moyens pour réduire ces conséquences liées aux comportements.

<sup>170</sup> JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2011), « Self-support for drug users in the contexte of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship », *Health Sociology Review*, vol. 18, n° 2, avril, pp. 159-172.

moral des consommations. Certains auteurs, tels que Nicholas Fortané ou Aude Lalande<sup>171</sup>, ont indiqué un lien entre le changement de paradigme et le rapport Roques<sup>172</sup>. Ils apportent des informations sur la dangerosité comparée des drogues en mettant en avant le fait que cette dangerosité est davantage liée à l'usage qu'à la drogue elle-même.

Cet écrit a permis au domaine de l'addictologie de se reconfigurer en développant de nouvelles associations et en créant des liens entre elles. C'est ainsi que « *le champ de l'addictologie tel qu'il s'est construit en France ces quinze dernières années se caractérise donc par une nouvelle manière de définir les dépendances, grâce notamment au succès des neurosciences qui permettent de démontrer les mécanismes de la dépendance communs à l'ensemble des drogues. L'addiction n'est plus qualifiée par le produit consommé, mais à partir d'un comportement se caractérisant par l'envie irrésistible de consommer malgré la volonté d'arrêter. L'existence des institutions de soin spécialisées prouve la prise en compte actuelle de la toxicomanie comme une pathologie qui doit être traitée. On assiste ainsi, avec l'émergence de ces institutions, à un véritable phénomène de médicalisation des usagers de drogue et plus largement de toute "pratique addictive"* » (Pedersen, 2013, p. 34). Nous pouvons remarquer que cette modification entraîne la transformation des usagers de drogues en malades plutôt qu'en acteurs coupables.

L'objectif de cette politique consiste à mettre en avant l'individu et sa maîtrise de soi en termes d'auto-limitation et à s'intéresser davantage à l'exposition aux risques qu'à la prohibition. La réduction des risques a engagé un changement profond dans le statut du consommateur, perçu dorénavant comme un esprit autonome.

L'éducation des individus serait plus basée sur la dotation de limites et de capacités différentes que sur le cheminement vers l'abstinence. Alain Morel met en lumière l'idée que les intervenants en addictologie plaident pour une considération des individus « *comme capables d'autonomie et d'exercer leur pouvoir sur eux-mêmes "en connaissance de cause"* » (Morel, 2008 p. 23) et Line Pedersen ajoute que « *parallèlement, l'objectif même de la trajectoire de soin [...] est justement l'autonomisation des toxicomanes : ils doivent s'éloigner*

---

<sup>171</sup> FORTANÉ Nicolas (2010), « La carrière des addictions. D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, vol. 78, n° 1, février, pp. 5-24 et LALANDE Aude (2010), « L'addictologie, pour quoi faire ? », *Vacarme*, vol. 51, n° 2, printemps, pp. 70-73.

<sup>172</sup> ROQUES Bernard (1999), *La Dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob.

*des drogues et stabiliser leur situation sociale, ainsi que leur état sanitaire grâce à la prescription et la distribution de la méthadone pour pouvoir considérer que leur trajectoire de soins est terminée* » (Line Pedersen, 2013, p. 32), l'intérêt des outils de réduction des risques étant de se baser sur les expériences des bénéficiaires.

Cette politique est encore en pleine évolution et cherche à dépasser certaines barrières. À la suite de son aspect militant, la réduction des risques, en France, a été professionnalisée malgré la subsistance d'un modèle neutre. Celui-ci constitue un obstacle aux innovations en se limitant à la dimension médicale et en s'inscrivant dans une démarche toujours prohibitionniste, laquelle constitue un frein à l'acceptabilité des drogues dans notre société.

Dans le discours introductif de Jean-Pierre Coueron au colloque « *La régulation, un possible du XXI<sup>e</sup> siècle* » au Havre en 2017, l'ex-président de la Fédération Addiction insiste sur le fait que « *la régulation de l'usage des substances et expériences psychoactives repose sur la capacité à leur donner un cadre économique-légale cohérent tout en préservant une éducation adaptée aux risques et enjeux* ». En se confinant dans un binôme pénalisation/soins, la France a minimisé la place de la réduction des risques comme réel outil de régulation des consommations. Pour illustrer les barrières de ce binôme, nous pouvons prendre les exemples des analyses de produits, des obstacles à la mise en place de salles de consommations à moindre risque ou encore la mise à l'écart de la pensée du plaisir dans les drogues. Cette logique conçoit l'usage de drogue par une éthique conséquentialiste en rupture avec l'idéalisme d'une société sans drogues et une pression de l'abstinence.

Dans cette section, nous avons pu mettre en lumière l'hétéromorphie de la politique de réduction des risques tant dans ses acceptations que dans ses dénominations ou encore ses formes. La pluralité de termes employés pour définir cette politique met en lumière la diversité d'approches possibles et de ses applications.

Nous choisirons de garder le qualificatif « *risque* » pour qualifier cette politique au sein de notre travail, non pas pour son sens et ce qu'il engage mais parce que cette politique est entrée en France avec ce qualificatif. Ce choix met en évidence une volonté d'objectivité plus que de ralliement réflexif.

Ainsi, dans les différents pays où cette politique est mise en place, nous pouvons percevoir qu'elle peut être perçue de manières diverses, impliquant des applications

divergentes. Toutefois, dans sa définition, elle comporte une valeur spécifique, qui, dans tout contexte, reste primordiale. L'*empowerment* constitue l'une des réponses à cette politique. Dans la partie suivante, nous allons définir cette valeur, de ces origines à sa spécificité dans le domaine de l'addictologie.

## 2) L'*empowerment*, une valeur de la réduction des risques

### A) Origines et définition spécifique au contexte

#### A.1) Les origines de l'apparition du concept

Jean-Pierre Couteron, dans son article « Société et addiction »<sup>173</sup>, affirme que la société addictogène présente aujourd'hui banaliserait la consommation avant même les expériences avec les substances. Cette dernière escamoterait « *l'apprentissage des solutions éducatives, l'acquisition de compétences nouvelles, toujours condamnées à paraître plus incertaines, fades, moins intenses et rapides. Le danger n'est donc pas seulement dans le produit, mais dans l'acquisition ou non, des compétences dont l'homme a besoin pour utiliser ces objets potentiellement addictifs* » (*ibid.*, pp. 11-12). De par ce constat, l'auteur préconise des modes d'intervention basés sur le soin et sur l'éducation. Ainsi, il recommande la refonte des différentes perspectives en place ainsi que de la législation afin de sortir des représentations de l'addiction comme maladie ou délit.

Dans une optique plus globale d'intervention, les professionnels subissent une pression supplémentaire depuis la mise en compétitivité des individus associée, en partie, à la mondialisation. Comme le souligne Alain Ehrenberg dans plusieurs de ces ouvrages, les individus sont dorénavant dans une souffrance liée au poids d'un individu devant être hyper-performant. Selon Paul Ricœur, « *la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir-faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité du soi* » (Ricœur, 1990, p. 223). C'est en prenant cet individu comme un être agissant et souffrant que la notion d'*empowerment* s'est développée.

---

<sup>173</sup> COUTERON Jean-Pierre (2012), « Société et addiction », *Le Sociographe*, vol. 39, n° 3, septembre, pp. 10-16.

Si cette notion est apparue en concomitance avec la volonté émancipatrice des femmes puis avec celle d'atténuer le clivage entre les pouvoirs des dominants et celui des dominés<sup>174</sup>, son apparition est aujourd'hui assimilable à la croissance de la logique néolibérale. Deux critiques ont engendré la progression de cette logique émancipatrice : celle de la médiation institutionnelle et celle du paternalisme médical. Ces dernières sont étroitement liées aux objections rencontrées lors du passage du providentialisme au néolibéralisme. C'est en cela que nous pouvons relier la progression de stratégies de réduction des risques et d'*empowerment* à celle du mode de régulation néolibérale.

En premier lieu, nous pouvons rapprocher la critique des pratiques institutionnelles avec la focale des interventions sur la responsabilisation et l'autonomie. Comme cela a été vu dans le deuxième chapitre, la solidarité sociale promue dans le modèle providentialiste a été remise en cause pour ses traits restreignant, censurant ou amoindrissant l'épanouissement personnel des individus. Ainsi, ce nouveau modèle prône l'autonomie des usagers du système de soin et juge inefficaces et illégitimes les lieux tels que les centres de réadaptation. Bastien Quirion et Charles Bellerose<sup>175</sup> nous mettent en garde sur les effets "automicides" des programmes sociaux ancrés dans le modèle providentialiste.

D'autre part, la seconde critique concerne le paternalisme médical. Les individus font appel à la baisse des diktats professionnels face à une montée de la prise de pouvoir des patients sur leur trajectoire de soin. Ce discours va plus loin en remettant en cause les savoirs de professionnels qui seraient trop éloignés des connaissances liées au vécu, à l'expérience. Sans pour autant souhaiter l'éloignement du médecin dans ce nouveau rapport, les usagers demandent une relation davantage égalitaire et complémentaire, à l'instar de celle prônée dans la logique providentialiste d'époque. « *En somme, le professionnalisme formalisé doit remettre la responsabilité au citoyen et, à partir d'une attitude de respect intégral, veiller à stimuler l'aide naturelle là où elle est insuffisante, la supporter et lui fournir les ressources manquantes*

---

<sup>174</sup> Nous traiterons ces volontés lors de la partie suivante. Ces deux entrées permettent de comprendre l'évolution de la signification du terme.

<sup>175</sup> QUIRION Bastien et BELLEROSE Charles (2007), « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, printemps, pp. 29-50.

*lorsqu'elle est discontinue et vacillante, et en redistribuer la charge lorsqu'elle est trop lourde* » (Guay, 1982, pp. 26-27).

Les stratégies de réduction des risques ainsi que celle de l'*empowerment* sont étroitement liées et sont en phase avec la nouvelle logique de régulation néolibérale où l'individu ainsi que son environnement proche doivent revêtir un caractère responsable. Ainsi, nous passons du « *faire pour* » au « *faire avec* ». C'est un nouveau mode d'intervention qui souhaite dépasser l'assistance caractérisant les pratiques professionnelles précédentes. C'est au moment où les individus ont pointé du doigt les effets néfastes de l'ancien mode de régulation que ces stratégies ont eu le vent en poupe. Néanmoins, comme cela a été indiqué dans la partie précédente sur les définitions de la réduction des risques, une telle démarche a eu des difficultés à s'imposer. D'ailleurs, il en est de même pour les logiques d'*empowerment*. En effet, « *ce glissement vers un nouveau régime de régulation des conduites est particulièrement frappant à l'analyse de la difficile articulation entre les stratégies de réduction des méfaits et les établissements plus traditionnels de prise en charge de la toxicomanie qui font toujours partie du paysage thérapeutique* » (Landry et Le Cavalier, 2003, p. 5). Nous verrons bientôt quelques exemples de ces limites.

La notion d'*empowerment* est apparue au moment de la pratique politique féministe, au début du XX<sup>e</sup> siècle. Ce sont ces utilisations qui ont permis cette implantation dans les écrits scientifiques. L'un des premiers auteurs à avoir fait apparaître ce terme dans ces écrits est le sociologue Saul Alinsky<sup>176</sup>. Il l'emprunte pour parler de la lutte des personnes opprimées et une volonté de rééquilibrage des pouvoirs entre ces derniers et les groupes dominants. D'autres auteurs, tels que Paulo Freire<sup>177</sup> avec la méthode de conscientisation<sup>178</sup> ou encore Hannah Arendt, ont également participé à l'émergence et au succès de cette notion. Cette dernière aura une utilisation militante importante.

C'est dans les années 1970 que ce terme sera massifié grâce à l'ouvrage de Barbara Salomon : *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Community*. Ce vocable

---

<sup>176</sup> ALINSKY Saul (2012), *Être radical. Manuel pragmatique pour les radicaux réalistes*, trad. fr., Bruxelles, Aden (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1971).

<sup>177</sup> FREIRE Paulo (2013), *Pédagogie des opprimés*, trad. fr., Toulouse, Érès (1<sup>re</sup> éd. en portugais : 1974).

<sup>178</sup> Ici, nous parlons de la méthode de cet auteur, suggérant le possible passage de la conscience dominée à la conscience libérée.

s'implantera de manière forte chez les chercheurs et les professionnels de l'intervention. Ces différentes utilisations resteront focalisées sur les groupes opprimés comme les personnes atteintes d'un handicap, les femmes ou encore les Noirs américains.

Dans les années 1980, ce sont les néoconservateurs qui emprunteront ce vocable dans un autre registre. Pour eux, l'*empowerment* se traduisait par l'augmentation du devoir de prise en charge individuelle face aux carences étatiques. Enfin, ce vocable se développera dans les années 1990 où il sera « *intégré dans le vocabulaire international de l'expertise et des politiques publiques, en particulier dans celui des grandes institutions multilatérales comme l'Organisation des Nations unies (ONU) ou des bailleurs de fonds comme la Banque mondiale* » (Bacqué et Biewener, 2013, p 26). Cette notion est très en vogue dans le champ du développement.

L'*empowerment* n'est pas nouveau mais il est plus récent chez nous que dans les pays anglo-saxons. Ce sont les auteurs comme Yann Le Bossé ou William Ninacs, tous deux Canadiens, qui l'ont apporté dans les théorisations françaises. Nous allons discuter de cette notion dans notre pays. Sa définition, plutôt claire, prend toutefois différentes formes liées à sa traduction complexe.

#### *A.2) Définition d'une notion parasitée par ses traductions*

Depuis quelques décennies, la notion d'*empowerment* est devenue monnaie courante, surtout dans le domaine de la régulation individuelle. Elle laisse place à un champ très large d'utilisations, que cela soit sur le thème du développement personnel, du management en passant par l'intervention sociale mais, par rapport à ses origines, elle reste focalisée principalement sur les opprimés.

Elle revêt une multitude de définitions. Nous allons en mentionner quelques-unes afin d'en faire surgir une plus générale que nous considérerons comme l'un des postulats de cette étude.

Yann Le Bossé définit cette pratique émancipatrice comme la potentialité pour des individus ou des collectifs d'avoir davantage de contrôle sur leur vie ainsi que sur leur environnement<sup>179</sup>. Ici, l'auteur prône les capacités de l'individu à s'affranchir des situations

---

<sup>179</sup> LE BOSSÉ Yann (2008), « L'*empowerment* : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 21, n°1, automne, pp. 137-149.

dans lesquelles, d'habitude, il s'adapterait et avance « *les capacités des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent* » (Le Bossé, 2003, p. 32). Grâce à la définition de Barbara Lévy Simon, nous pouvons parler d'une force de décision<sup>180</sup>. Celle-ci ajoute une démarche de conseil et d'obtention de cet *empowerment* par le biais d'intervenants externes. Pour Jean-Michel Couteron et Alain Morel<sup>181</sup>, cette notion représente un processus autant social et politique que culturel ou psychologique par lequel les usagers extériorisent leurs besoins et leurs préoccupations. Cette extériorisation et l'implication qui en découle permettent de développer, en plus de l'autonomie, le pouvoir d'agir. Synthétiquement, « *dans le domaine de la promotion de la santé, l'empowerment est un processus qui permet aux personnes de renforcer leur contrôle sur les décisions et les actions concernant leur santé* » (Couteron et Morel, 2008, p. 42). Ces auteurs partent du principe que chaque individu ou collectif possède des ressources diverses et doit pouvoir utiliser ces dernières afin d'améliorer sa place dans l'échelle de pouvoir ainsi que sa propre condition. En d'autres termes, ils promeuvent la prise de contrôle par les populations les plus éloignées du pouvoir à l'aide d'actes qui sollicitent l'autonomie.

William Ninacs insiste sur le fait que l'*empowerment* serait un processus d'appropriation<sup>182</sup>. Pour être davantage précis, nous pouvons nous appuyer sur quatre composantes de ce processus : la participation, l'estime de soi, la compétence, et la conscience critique. La participation correspond à l'exercice du droit de parole, l'exercice du droit d'être entendu et l'exercice du pouvoir de prise de décision. L'estime de soi « *débuté par l'autoreconnaissance de la légitimité de son identité propre et ensuite de sa propre compétence, ce qui ouvre la porte à la reconnaissance de cette même compétence par les autres* » (Ninacs, 1995, p. 78) ; elle tente de se dégager de la stigmatisation créée et intériorisée. La compétence technique concerne l'acquisition progressive de connaissances pratiques et techniques indispensables pour le passage à l'action des stratégies d'*empowerment*. Enfin, la conscience

---

<sup>180</sup> SIMON Barbara Lévy (1994), *The Empowerment Tradition in American social Work: a History*, New York, Columbia University Press.

<sup>181</sup> CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre et MOREL Alain (2012), *L'Aide-mémoire à la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod, p. 42.

<sup>182</sup> NINACS William (1995), « *Empowerment et service social : approches et enjeux* », *Service social*, vol. 44, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 69-93.

critique, que nous avons rapidement évoquée, représente la capacité à prendre conscience et à mettre en lumière les inégalités dont les usagers sont victimes ainsi qu'à exercer leurs droits correspondants.

Ainsi, dans la pratique, l'individu met ses capacités en jeu pour effectuer un choix librement consenti grâce aux informations données ou recueillies. Par exemple, l'individu préfère faire appel à telle ou telle structure parce qu'il a pu avoir des informations sur les services proposés et non parce qu'un professionnel le lui a imposé.

Selon Olivia Gross<sup>183</sup>, il existe une forte proximité entre la notion d'*empowerment* et celle de promotion de la santé. Dans la pratique, l'*empowerment* promeut la promotion de la santé et réciproquement, tant par rapport à leurs correspondances en termes de maintien de soi en bonne santé, d'accès égalitaire aux ressources ou de bien-être individuel. Nina Wallerstein<sup>184</sup> ajoute que l'*empowerment* aurait pour effet la diminution des inégalités de santé. Ainsi, sur un plan davantage moral, il donnerait des moyens d'agir à toutes les populations, même celles qui, sans entrer dans une doctrine culturaliste, paraissent trop éloignés de ce pouvoir.

Nous allons maintenant nous attarder sur la notion de pouvoir qui paraît centrale dans le terme *empowerment*. Celui-ci représente l'accroissement du pouvoir au niveau individuel ou collectif. Le pouvoir peut prendre plusieurs formes : la possession, l'acquisition ou encore le faire valoir. De ce fait, il peut être un état, un processus ou une dynamique<sup>185</sup>. Tout comme l'*empowerment* auquel il appartient, il peut concerner plusieurs échelles, individuelles ou collectives, ainsi que plusieurs domaines d'action comme le politique, l'économique ou encore le social.

Le pouvoir peut prendre quatre formes différentes selon Francis Tilman et Dominique Grootaers<sup>186</sup> :

---

<sup>183</sup> GROSS Olivia (2020), « L'*empowerment*, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? », *La Santé en action*, Dossier : *Éthique, prévention et promotion de la santé* [En ligne], pp. 20-22.

<sup>184</sup> WALLERSTEIN Nina (2006), *Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe-Organisation mondiale de la santé.

<sup>185</sup> Nous irons plus loin sur le questionnement de ce triptyque dans une partie suivante. Nous poserons les effets de ce dernier sur l'appréhension du terme *empowerment*.

<sup>186</sup> GROOTAERS Dominique et TILMAN Francis (2014), « L'*empowerment* ! De quoi s'agit-il ? », *Le Grain*, vol. 1, n° 1, octobre, p. 3.

- le « *pouvoir intérieur* » : il correspond à la capacité individuelle d’agir en fonction de l’estime de soi ;

- le « *pouvoir de* » : il se rapporte à l’application des capacités dans la prise de décision ou la mise en place d’action ;

- le « *pouvoir avec* » : il s’applique à la capacité de construction d’un collectif ;

- le « *pouvoir sur* » : il dévoile le passage de la subordination à la maîtrise, qui correspond au « *faire valoir* ».

Ces différentes caractéristiques, si elles sont reliées entre elles, ne sont pas toutes mises à profit lors d’une logique faisant appel à l’*empowerment*. En cela, nous commençons à percevoir que celui-ci peut revêtir des formes diverses selon l’acteur ou le groupe qui l’emploie. La traduction de cette notion montre ces différentes prises en compte. Certains auteurs préfèrent utiliser l’expression « *appropriation du pouvoir* » plutôt que « *pouvoir d’agir* ». Comme dit plus haut, la traduction de ce vocable en français le complexifie et diversifie ses usages. Nous allons nous intéresser à cette traduction pour appréhender ses différentes facettes et nous positionner au sein de cet agrégat.

En 2006, la commission de terminologie et de néologie retient une seule traduction pour l’« *autonomisation* » : un « *processus par lequel une personne ou une collectivité se libère d’un état de sujétion, acquiert la capacité d’user de la plénitude de ses droits, s’affranchit d’une dépendance d’ordre social, moral ou intellectuel* » (*Bulletin officiel*, n° 4, 26 janvier 2006). Toutefois, des nuances existent entre les deux termes : l’*autonomisation* correspond à la capacité à se déterminer par soi-même, « *à agir en conformité avec sa propre loi (nomos), sans être guidé par un autre, pour l’autonomie* » (Maury et Hedjerassi, 2020, p. 3), tandis que l’*empowerment* serait davantage une « *capacité d’affranchissement, de mobilisation, d’initiative et de contrôle, par appropriation ou (ré)appropriation d’un pouvoir sur la réalité quotidienne* » (*ibid.*, p. 3). La sélection de l’un d’entre eux n’est pas anodin et détermine une posture spécifique. Si nous choisissons une traduction plutôt qu’une autre, nous n’entrons que dans une partie de l’*empowerment* et une des dimensions du pouvoir vues précédemment. Voici une brève liste des mots ou expressions correspondant à la traduction, en français, de ce vocable : empouvoirement, pouvoir d’agir, attribution de pouvoir, renforcement de pouvoir,

appropriation du pouvoir, autonomisation, capacitation ou encore habilitation<sup>187</sup>. Les cinq premières traductions font toutes référence à une dimension du pouvoir mais mettent de côté la dimension collective et ne notifient pas le caractère dynamique du processus. Les processus d'apprentissage par l'individu ou le groupe ne sont pas mis en lumière. Ces transpositions n'impliquent pas simultanément le processus et le résultat<sup>188</sup>.

Cette problématique se retrouve également dans les termes d'« *autonomisation* » et de « *capacitation* ». L'Office québécois de la langue française décrit l'autonomisation comme le « *processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement* »<sup>189</sup>. Pour autant, nous disent Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, « *les termes “autonomisation” et “capacitation”, s'ils indiquent bien un processus, ne font pas référence à la notion de pouvoir qui constitue la racine du mot ; et les expressions “pouvoir d'agir” ou “pouvoir d'action” ne rendent, quant à elles, pas compte du processus pour arriver à ce résultat et de sa dimension collective* »<sup>190</sup>. Ces différentes traductions mettent en exergue les formes et distinctions que nous pouvons faire entre ces emplois même si, lors de la définition de l'*empowerment*, nous avons pu constater un socle commun ainsi que des points de rassemblement.

« *Les actions les plus efficaces sont généralement celles qui impliquent les personnes les plus exposées aux risques* » (Morel, Chappard et Couteron, 2012, p. 48). L'addiction ne peut plus être disjointe du contexte dans lequel elle est apparue, et l'utilisateur ne peut plus être ôté de son pouvoir d'action et de décision sur sa trajectoire de vie. Nous avons pu voir la multiplicité des néologismes induits par la traduction du terme d'*empowerment* et, de ce constat, nous pouvons nous interroger sur ces nouveaux objectifs. Est-il un réel processus de changement

---

<sup>187</sup> L'habilitation est davantage utilisée dans le vocabulaire juridique et est liée à l'octroi de pouvoir par un tiers. Elle ne sera donc pas étudiée ici.

<sup>188</sup> BACQUÉ Marie-Hélène et BIEWENER Carole (2013), « L'*empowerment*, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? », *Idées économiques et sociales*, vol. 173, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 25-32.

<sup>189</sup> Office québécois de la langue française, 2003 [En ligne].

<sup>190</sup> BACQUÉ Marie-Hélène et BIEWENER Carole (2013), « L'*empowerment*, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? », *op. cit.*, p. 25.

social résultant des individus et/ou groupes opprimés ou provient-il d'une démarche d'imposition par les groupes dominants dans un but d'autonomisation et de responsabilisation ? Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener se demandent si l'expansion mondiale de l'utilisation de ce vocable n'a pas été transmise « *au prix de la domestication de la notion et d'une tendance à sa dépolitisation [induisant alors la] disparition des dimensions sociales ou politiques au profit d'une approche individuelle* » (Bacqué et Biewener, 2013, p. 140).

Dans cette section, nous avons pu distinguer deux types d'*empowerment* divergents par leur philosophie éthique et politique : l'un que nous pourrions nommer « *radical* » et l'autre « *néolibéral* ». Le premier correspond à une transformation basée sur la « *construction d'une conscience critique et sur les conditions structurelles de la domination. L'enjeu principal est dès lors de faciliter une prise de conscience permettant de développer des "subjectivités de résistance" et des "subjectivités radicales" et de travailler ensemble identités du sujet et positions sociales en tout genre* » (*ibid.*, p. 143). Basé sur les théories de la domination, il promeut la reconnaissance des groupes dominés et une démarche ascendante. Le second, néolibéral, consiste à lier les stratégies d'*empowerment* aux institutions de régulation sociale. La démarche est plus individuelle et prône les choix rationnels d'un individu entrepreneur qui élargit son champ d'application de rationalité économique aux autres sphères (sociales ou politiques). Pour comprendre cette différence, il faut bien saisir les deux niveaux d'*empowerment* : collectif et individuel. Lorsqu'il est pris de manière collective, ce processus est partagé. S'il est individuel, impulsé par l'extérieur ou non, il viserait à faire porter les responsabilités aux individus eux-mêmes.

### A.3) Des empowerments ?

L'*empowerment* a été employé par des sociologues et d'autres chercheurs, par des militants, dans le domaine du développement ou encore en publicité. Néanmoins, ce vocable est bousculé par des utilisations diverses. De ce fait, nous allons analyser les échelles de ce processus qui crée, comme pour les dimensions du pouvoir, quelques discordes. Quand nous parlons d'*empowerment*, nous avons plusieurs niveaux d'analyse : individuel et collectif. Si, à l'origine, ce terme comprenait les deux échelles, celles-ci peuvent aujourd'hui être dissociées.

La typologie la plus connue est celle de William Ninacs comprenant la composante individuelle, celle communautaire et celle organisationnelle. Nous allons tout d'abord analyser les deux premiers types pour comprendre les différents niveaux d'analyse.

Le premier, individuel, a pour objectif de rétablir une certaine autonomie personnelle. Cette destination thérapeutique compte apporter des outils aux individus pour retrouver une indépendance. Cette composante renvoie à une responsabilité individuelle centrée sur les capacités qu'ils possèdent à être à la fois autonomes et adaptables. Cette demande d'autocontrôle souhaite les dévier des conduites à risques et, de ce fait, correspond aux démarches de réduction des risques. Dans cette démarche, les usagers sont priés d'être responsables face à leur consommation afin de minimiser les risques. On se focalise sur l'amélioration de la représentation de soi-même. Contrairement à la composante individuelle, celle collective se manifeste par des bénéfices sociaux en matière d'organisation.

L'*empowerment*, lorsqu'il s'adresse à un collectif, correspond aux actions qui visent à motiver les groupes en position de domination. En créant des actions dites communautaires, ces stratégies souhaitent amener des prises de conscience par rapport aux manques d'engagement des populations, sur des thèmes les concernant, dus à la pression extérieure des groupes dominants. Cet aspect est analysé par Alinsky<sup>191</sup>. Celui-ci ne considère pas l'organisation comme une fin en soi avec des objectifs de libertés plutôt que de normes. L'organisation serait plus un moyen pour les groupes dominés de prendre une part de pouvoir et d'autonomie. L'organisation permet la création de leurs instruments pour se construire en tant que force mobilisatrice et mobilisée face aux groupes dominants : « *Pour accomplir n'importe quoi, il vous faut du pouvoir, et vous n'aurez du pouvoir qu'au travers de l'organisation. En fait, le pouvoir s'exprime sous deux formes, l'argent et les gens. Vous n'avez pas d'argent, mais vous avez des gens, vous savez donc quoi faire avec* » (Norden et Alinsky, 1972, p. 7).

Nous pouvons prendre comme exemple d'activisme social le Tomate Social Club, en région Nouvelle-Aquitaine, qui, par une initiative d'ex ou actuels consommateurs de drogues, est une structure qui vise une logique de conquête d'une autonomie tant au niveau des trajectoires de soins que sous l'angle des conditions de vie. Cette initiative redonne du pouvoir à une communauté spécifique tant au niveau local, en interne, que sur la scène nationale, pour la prise de décision. Alors, la responsabilisation et l'autonomisation créées proviennent des individus eux-mêmes et non d'une pression externe. Cette composante se déroule sur quatre

---

<sup>191</sup> ALINSKY Saul (1974), *Reveille for Radicals*, New York, Vintage Press, p. 44.

plans : la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire<sup>192</sup>. C'est en partie avec l'*empowerment* individuel que celui communautaire peut être engagé. En effet, il faut que les usagers, individuellement, mettent leurs compétences personnelles au profit du collectif.

Enfin, nous observons un troisième *empowerment*, celui organisationnel. Il mêle l'individuel et le communautaire. L'organisation est utilisée pour le rassemblement du collectif, d'où son aspect communautaire, et elle permet à chacun de développer son pouvoir d'agir, d'où celui davantage individuel. Ce dernier type incarne l'*empowerment* originel.

Toutes ces stratégies ne peuvent être atteintes que si l'estime de soi est travaillée et améliorée. En ce sens, le concept de reconnaissance est un terme à analyser puisqu'il représente l'une des conditions de mise en application de ces stratégies, qu'elles soient individuelles, communautaires ou organisationnelles. Plusieurs enquêtes mettent en exergue une forte présence, dans les discours des usagers de drogues, du vocabulaire autour de la reconnaissance. Selon Axel Honneth<sup>193</sup>, il y aurait trois sphères de cette reconnaissance qui aideraient l'individu dans son épanouissement individuel mais également dans ces relations : la reconnaissance familiale, juridique et sociale. Cette théorie sociologique morale de la souffrance humaine est à transcrire dans le domaine de l'addiction.

La sphère "familiale"<sup>194</sup> constitue l'une des aires les plus importantes dans l'établissement de la reconnaissance, surtout dans une trajectoire de soin. Le fait d'être soutenu et présent pour un individu est un facteur favorisant la réussite de la démarche engagée. La composante "juridique" se caractérise par une reconnaissance citoyenne. En tant que membre dans la société, les individus doivent se sentir soutenus et utiles pour la collectivité. Nous pouvons prendre comme exemple un usager de drogue devenu pair aidant et qui, par ce statut et l'implication qu'il traduit, trouve sa place dans la société. La reconnaissance "sociale", quant à elle, est davantage individuelle et se construit à partir des liens créés au sein de

---

<sup>192</sup> BENAMAR Rabia, BUZAKU Xhemile et LEGROS Jérôme (2014), « L'*empowerment* », *Culture et santé*, n° 4, mai, pp. 1-27.

<sup>193</sup> HONNETH Axel (2020), *La Reconnaissance. Histoire européenne d'une idée*, trad. fr., Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1996),

<sup>194</sup> Nous prenons ce terme dans un sens très large. La personne peut considérer des personnes hors du cadre familial officiel comme des soutiens très précieux.

l'environnement proche comme au travail, dans le bénévolat ou encore dans des sorties culturelles ou festives. C'est là que se développe la première partie, et non des moindres, de l'estime de soi qui est une des bases de la sphère "juridique", puisque la reconnaissance des autres passe par sa propre reconnaissance.

Nous pouvons ainsi assurer que l'*empowerment* de la personne ainsi que la réussite d'une démarche de soin<sup>195</sup> sont envisageables lorsque ces reconnaissances sont intériorisées ou, du moins, qu'elles sont des enjeux majeurs dans le travail vers cet *empowerment*. Le rôle du professionnel est d'accompagner et d'appuyer, par sa complémentarité, l'individu. Cet accompagnement est en fait réciproque et, si cette condition de réciprocité est instaurée, alors cet espace devient une sphère de reconnaissance "sociale". Ces différents types de reconnaissance sont liés entre eux et peuvent être réalisés et travaillés à différentes périodes. Toutefois, pour assurer la stabilité d'une démarche et sa pérennisation, ces trois sphères semblent inéluctables.

#### *A.4) D'une finalité à un processus : des changements de rôles dans la démarche de soin*

Patricia Via et Jeanne Saylor<sup>196</sup> ont réalisé une étude sur l'auto-efficacité psychosociale dans des programmes d'éducation sur le diabète qui a mis en évidence les caractéristiques définissant une démarche d'*empowerment*. Ainsi, elles mettent en avant quatre principes traduisant cette stratégie : le processus d'aide, le partenariat, la prise de décision éclairée et partagée, la liberté de choix en acceptant les responsabilités induites. Dans ces éléments, nous voyons apparaître deux dimensions de l'*empowerment* : celle du pouvoir, vue précédemment, et celle d'un processus d'apprentissage. Par son étymologie, l'*empowerment* représente une attitude, le résultat, « *être capable de* », ainsi qu'un processus. Plusieurs auteurs interrogent cette notion à propos de cette caractéristique, à savoir si c'est un résultat ou un processus. Nous allons analyser cette logique en nous demandant si elle est une finalité ou un processus, dynamique ou stable. Cette question est importante aux yeux de son utilisation et de sa mise en application. Que nous choissions de le prendre sous telle ou telle caractéristique, ce terme n'aura pas les

---

<sup>195</sup> Lorsque nous parlons de réussite, nous sous-entendons la réalisation des objectifs fixés par l'utilisateur et le professionnel, dans un rapport réciproque et égalitaire. Ainsi, ce peut être tout autant l'abstinence que la simple diminution d'un produit ou l'arrêt d'une substance sans celle d'autres dans le cadre d'une polyconsommation.

<sup>196</sup> SAYLER Jeanne et VIA Patricia (1999), « Psychosocial self-efficacy and personal characteristics of veterans attending a diabetes education program », *The Diabetes Educator*, vol. 25, n° 5, septembre-octobre, pp. 727-737.

mêmes effets dans la pratique. Ces deux dimensions peuvent intervenir aux niveaux individuel, collectif ou encore social, économique et politique. Pour autant, la stratégie peut insister sur une de ces dimensions ou bien les assembler.

Cette logique peut être mise en application en tant que processus ou en tant que résultat. Certains auteurs<sup>197</sup> ont classé ces deux manières de considérer le phénomène à partir de la structure syntaxique du mot. Ils donnent deux définitions du terme *empowerment* : la première possède deux significations selon si le verbe est pris dans son sens transitif ou intransitif, et le second s'il est un substantif. Intransitif, il signifierait donner du pouvoir à quelqu'un alors que, s'il est transitif, ce serait donner à quelqu'un les capacités pour obtenir du pouvoir par soi-même.

Le premier sens pourrait être illustré par l'administration, de la part d'autorités de régulation institutionnelle, d'un pouvoir de décision par une association d'usagers. Dans le second cas, il serait davantage question du rapport travailleur social et personne accompagnée. Ces associations n'ont pas de droit légal pour conférer du pouvoir à quelqu'un, mais elles peuvent aider les individus à solidifier leurs compétences pour gagner en pouvoir d'agir sur leurs trajectoires de vie. Dans cette optique, l'*empowerment* est perçu comme un processus d'apprentissage. *A contrario*, s'il est un substantif, il devient plus une attitude qu'un processus. Il est question des compétences acquises et mises en application. Si ces stratégies désignent une attitude et une finalité, alors ces démarches d'intervention ne sont pas récentes et innovantes. Pour illustrer ce propos, Bastien Quirion et Charles Bellerose expliquent qu'« *ainsi formulée, l'empowerment ne représente pas une nouveauté en soi, puisqu'en général toute forme d'intervention à saveur thérapeutique ou sociale se donne pour objectif d'instaurer des changements pouvant se traduire par une plus grande liberté dans la vie des individus. La psychothérapie classique, telle qu'elle a été développée tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, ne se donne-t-elle pas pour objectif général la normalisation des conduites et la recherche d'une plus grande autonomie du sujet ? Les interventions traditionnelles visant à libérer le toxicomane de l'emprise de la drogue n'ont-elles pas pour finalité de rendre l'individu plus en contrôle sur sa vie ?* » (Bellerose et Quirion, 2007, pp. 40-41).

---

<sup>197</sup> Ici, nous faisons référence à l'article de BA Israël, CHECKOWAY Barry, SCHULZ Amy et ZIMMERMAM Marc (1994), « Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control », *Health Education Quarterly*, vol. 21, n° 2, août, pp. 149-170.

En revanche, ce qui est inédit, c'est la démarche actuelle induite par l'autre définition de l'*empowerment*. Prise comme processus, cette stratégie est innovante et constitue un tournant dans le domaine de l'intervention. Si la finalité peut toujours être l'autonomisation, cette stratégie intègre, dans l'accompagnement, la responsabilisation du patient par la mise en lumière de ces compétences. Il devient ainsi un acteur à part entière dans le rapport thérapeutique, participatif et responsable. Cette stratégie met l'accent sur les capacités de l'individu à l'autocontrôle face aux comportements à risque et sur la mise en place d'actions en tant qu'individu responsable. À travers cette explication, apparaît un réel changement dans le rapport soigné/soignant et dans celui des individus citoyens et des institutions en charge de la régulation sociale. Le rôle d'assistance et le statut de sachant<sup>198</sup>, tous deux issus de la pratique traditionnelle, ont été remplacés par le conseil et la complémentarité. Ainsi, « *l'approche d'empowerment se veut porteuse d'une transformation profonde des rapports entre intervenants et usagers [...]. Elle favorise le dépassement du modèle technocratique dominant dans les services sociaux qui induit chez les usagers des rapports de consommation passifs [...] au profit de rapports permettant à la personne d'agir en citoyen actif et de se sentir responsable d'elle-même et de la qualité de son environnement* » (Dallaire et Chamberland, 1996, p. 89).

Pour conclure cette réflexion, la définition de l'*empowerment* paraît primordiale pour comprendre ses différentes utilisations. Né des critiques de l'interventionnisme, du providentialisme, son caractère militant laisse des traces. Nous pouvons aussi percevoir quelques difficultés dues à sa traduction. Ce terme polysémique possède un socle commun autour de la capacité d'agir. S'il est utilisé dans le domaine de l'économique, du social ou de la politique, ses engagements seront différents, tout comme si la dimension choisie est individuelle ou collective. L'*empowerment* articule deux dimensions, « *celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état qu'un processus [...] à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques [...] impliquant une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance de groupes ou de communautés et de transformation sociale* » (Bacqué et Biewener, 2013, p. 6). Malgré ces difficultés, ces stratégies restent intéressantes à analyser pour comprendre les transformations actuelles dans le domaine des régulations. Elles représentent l'exemple parfait

---

<sup>198</sup> Nous prenons ici le mot « *sachant* » par rapport à son opposition avec le terme « *ignorant* » pour démontrer le changement de rapport et l'engagement vers une relation davantage égalitaire.

du passage de l'hétérocontrôle à l'autocontrôle. Ce constat nous amène à nous interroger sur une future institutionnalisation de ces pratiques. Celle-ci légitimerait et globaliserait ces pratiques dont les résultats auraient été prouvés. Pour autant, comment institutionnaliser ces stratégies comme nouveau mode de régulation alors que ces dernières se sont justement construites sur la critique de ces prises en charges institutionnelles ?

## B) Les différentes pratiques d'*empowerment* en addictologie

Pour certains chercheurs<sup>199</sup>, l'*empowerment* doit être engagé de manière collective et constitué de groupes ainsi que d'acteurs sociaux ayant une problématique similaire. Pour d'autres, il peut être davantage individuel. Ces deux dimensions peuvent être présentes dans un même domaine. Dans tous les cas, l'implication de l'usager semble être l'une des focales de cette stratégie. C'est dans le domaine de la santé que nous voyons apparaître spécifiquement cette implication, surtout dans le champ des addictions. Dans une des revues de la Fédération Addiction, un paradoxe est mis en lumière : l'antagonisme existant entre la présence de la stigmatisation et celle d'une logique d'*empowerment*. La stigmatisation aurait plutôt tendance à endommager une mise en application du pouvoir d'agir. Néanmoins, dans les faits, nous pouvons observer une grande capacité à développer ce pouvoir chez les personnes consommatrices de drogues. Ce paradoxe peut être en partie expliqué par sa représentation comme faute morale et non comme maladie.

Historiquement, les individus dépendants ont toujours fait appel à leurs propres ressources et à leurs environnements dans le cadre de leurs trajectoires de soins. En étant des acteurs principaux, ils ont recours à leurs propres savoirs que nous nommerons des « *savoirs profanes* » par opposition à ceux « *experts* »<sup>200</sup>. Ainsi, dans un premier temps, nous allons analyser l'importance de la prise en considération de ces savoirs dans la montée des stratégies d'*empowerment*. L'attention portée à ces savoirs fait partie intégrante de cette logique. Nous verrons, à travers plusieurs exemples, la nécessité de ces savoirs dans ce nouveau mode d'intervention. Nous traiterons de l'*empowerment* individuel, entrant davantage dans une logique néolibérale, puis nous analyserons des modèles plus collectifs incarnant le modèle

---

<sup>199</sup> JOUVE Bernard (2006), « L'*empowerment* : entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement », *Géographie, Économie, Société*, vol. 8, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 5-15.

<sup>200</sup> Quand nous parlons de savoirs experts, nous faisons référence à ceux des professionnels, induits par des formations spécialisées.

radical. Pour finir, nous nous focaliserons sur les salles de consommation à moindre risque, qui s'intègrent dans ces logiques. Cette illustration permettra d'engager les premières réflexions autour des limites de ces stratégies.

### *B.1) La place des savoirs profanes*

Longtemps, il n'y a eu que le savoir "expert" des professionnels, qui était pris en compte dans le domaine de la santé. Il représentait le seul et unique savoir basé sur la formation et l'expérience acquise au fur et à mesure de la pratique. S'il n'est pas remis en question aujourd'hui, c'est sa primauté et son exclusivité qui le sont. Dans la relation patient/professionnel, il fut un temps où le patient était passif dans sa trajectoire de soin. Dorénavant, nous pouvons observer une modification de ce rapport vers une démarche plus équilibrée.

Les savoirs "experts" ne sont actuellement plus les uniques connaissances considérées dans une prise en charge. Aujourd'hui, nous assistons à une reconnaissance des savoirs "profanes". Ces savoirs sont des connaissances issues d'apprentissages reposant sur des expériences de consommation. Ainsi, qu'elle soit négative ou positive<sup>201</sup>, chaque expérience permet d'acquérir de nouveaux savoirs. Par exemple, si un individu polyconsommateur a essayé certaines associations de produits, il pourra conseiller et lui-même éviter les mauvais assemblages. Autre illustration : un usager de drogue pourra, par expérience, savoir comment réagir à telle ou telle situation lors d'un problème entraîné par sa consommation. Le rapport professionnel/patient est modifié et l'usager devient acteur de son parcours de soin. Ces savoirs sont souvent qualifiés de "profane" et de "pharmacologique". Par l'expérience, les usagers ont appris à déterminer et utiliser les produits, leurs effets, à gérer les différentes phases liées à la consommation et à contrer certains effets indésirables. Si ces acquis proviennent d'expériences sur leur propre corps, par l'automédication, nous pouvons également observer des expériences extérieures vécues par des proches. Sylvie Fainzang<sup>202</sup> nous fait remarquer que ces savoirs sont construits par des expériences diverses. S'ils sont composés des expériences propres à l'usager,

---

<sup>201</sup> Pour autant, selon Sylvie Fainzang (2012), les savoirs se construiraient davantage à partir d'expériences négatives. Les « *essais-erreurs* » permettraient aux individus de mieux connaître les produits et les manières de les utiliser.

<sup>202</sup> FAINZANG Sylvie (2012), *L'Automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF, p. 115.

les proches ou encore les professionnels et les médias sont également des éléments qui enrichissent ce savoir.

La reconnaissance de ces savoirs dans le domaine de la santé permet de rendre à l'utilisateur son pouvoir d'agir. De passif à actif, nous avons souligné l'expertise spécifique que possède l'utilisateur et ses aptitudes à la gestion de sa propre vie. Ce rapport est plus égalitaire et s'écarte de la stigmatisation et de l'effet déresponsabilisant. Lors d'une prise en charge, cette modification demande au professionnel plusieurs nouveautés : l'écoute face aux expériences de produits (effets indésirables ou désirables), ses volontés par rapport au traitement ou encore ses propres moyens de réduire les risques. Ces nouvelles pratiques améliorent les savoirs des professionnels qui entrent fictivement dans des savoirs expérientiels plus précis. De fait, la prise en compte de ce savoir contribue à l'*empowerment* de l'utilisateur. Mis en communs, ces différents savoirs participent à un *empowerment* plus collectif en créant un groupe expert à partir d'échanges d'expériences entre ces individus, lesquels créent des savoirs expérientiels plus ancrés et davantage considérés par les praticiens.

Ces connaissances se heurtent néanmoins à un problème institutionnel. Pour prétendre être jugé expert par les acteurs de l'action publique, il faut que ces savoirs soient neutres et universels<sup>203</sup>. Toutefois, s'ils peuvent être considérés comme universels, bien qu'ils soient issus d'expériences d'utilisateurs, le groupe d'intérêt qu'ils représentent ne peut être neutre puisqu'il plaide pour une cause. Nous pouvons prendre pour exemple l'association ASUD qui est composée d'utilisateurs ou ex-utilisateurs de drogues et qui prend part à l'action publique. Pour autant, tous les utilisateurs ne peuvent être considérés comme de tels experts aux yeux des acteurs. Cet aspect a l'avantage de créer deux groupes complémentaires : l'un caractérisé par des savoirs profanes et agissant au niveau local, l'autre par des savoirs perçus et devenus experts à l'égard des acteurs ; l'un expert non reconnu, et l'autre expert reconnu. Si ce second groupe devient une passerelle importante entre le terrain et les autorités, ses membres peuvent parfois perdre les discours initiaux protestataires qui les ont amenés jusqu'à ce rôle au profit d'une neutralité politique et d'une universalité demandée par les décideurs institutionnels. Il fut un temps où ces travailleurs-pairs ont été très sollicités et un recrutement massif s'était engagé. Certains auteurs soulignent que cette prise de poste amène, chez l'individu, une diminution de l'engagement

---

<sup>203</sup> ROBERT Cécile (2008), « Expertise et action publique », in BORRAZ Olivier et GUIRAUDON Virginie (sous la dir. de), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 312.

militant, sorte de « *policisation* »<sup>204</sup>. Ces travailleurs-pairs auraient mis de côté la fonction de représentation et de défenseur au bénéfice de la gestion d'une partie d'une structure, elle-même gérée par des services de santé. La hiérarchisation entraînée par ce poste modifierait les intérêts des individus et, « *d'un rôle initial de contrepouvoir qui vise à amener les usagers à prendre en main leur destin collectif pour dénoncer les insuffisances de l'action publique, ces groupes deviennent alors progressivement les alliés objectifs d'une logique de médicalisation de la déviance* » (Le Naour et Purenne, 2017, p. 7).

Le tableau ci-dessous illustre un panel de statut d'utilisateur existant en France. Nous pouvons distinguer trois statuts : accueillant, médiateur santé pair et patient-expert. Ces trois statuts sont hiérarchisés en fonction du champ d'intervention, des conditions de recrutement et de la participation aux instances décisionnelles. Nous voyons une croissance de responsabilités lors du passage de l'accueillant au médiateur santé pair puis au patient-expert. D'une part, ces conditions montrent la difficulté à acquérir tel ou tel statut. D'autre part, cela peut nous interroger sur la considération des savoirs profanes. Pour arriver aux statuts qui permettent d'accéder à des prises de décision et des responsabilités, il faut parfois passer par des formations/des supervisions, être abstinent depuis une période donnée ou encore avoir une insertion sociale « satisfaisante ». Finalement, les savoirs pharmacologiques profanes sont-ils réellement pris en compte et perçus comme légitimes en ce domaine ?

Existe-t-il encore une hiérarchisation des savoirs qui mettrait en avant ceux des professionnels davantage perçus comme légitimes par opposition aux savoirs expérientiels des usagers assignés à des croyances ? Pourtant, les savoirs professionnels sont également basés sur des savoirs expérientiels, en partie liés à la pratique de leur métier. « *Dès lors, l'avènement d'une véritable « démocratie sanitaire », qui a fait l'objet de tant de préoccupations dans les politiques de santé de ces dernières décennies, ne semble vraisemblablement pas pouvoir se passer d'une reconnaissance, par les professionnels du soin, de la rationalité des savoirs des patients* » (Dassieu, 2019, p. 59). Toutefois, les savoirs professionnels, qui restent un assemblage de théories et d'expériences, sont essentiels et complémentaires aux savoirs

---

<sup>204</sup> Cette expression est utilisée dans le sens de Nicolas FORTANE (2011), in *Genèse d'un problème public : les "addictions"*. *D'un concept médical à une catégorie d'action publique ou la transformation des drug policies contemporaines*, Thèse pour le doctorat de Science politique, Université de Lyon.

profanes. Cette combinaison contribue au bon fonctionnement de la prise en charge et à une orientation adéquate aux parcours de soin.

**Tableau n° 17 : Les différents statuts des personnes accueillies ou accompagnées en structure dans le cadre de l'usage de drogue et les conditions inhérentes**

|  | ACCUEILLANT  | MÉDIATEUR SANTÉ PAIR   | PATIENT-EXPERT  |
|--|--|--|---|
| STATUT                                       | ▶ Bénévole ou salarié (selon les structures)                       | ▶ Bénévole ou salarié (selon les structures)   | ▶ Bénévole  |
| CHAMP D'INTERVENTION                         | ▶ Accueillir, écouter, orienter                                    | ▶ Prise de contact, accompagnement, orientation, animation de groupes de paroles, médiation entre l'usager et le professionnel si nécessaire   | ▶ Intervient auprès des usagers<br>▶ Participe aux réflexions sur le cadre de soins   |
| CONDITIONS DE RECRUTEMENT                    | ▶ Pas de condition d'abstinence ou de diminution des consommations | ▶ Pas de condition d'abstinence ou de diminution des consommations<br>▶ Il existe depuis peu des diplômes de MSP, mais cela n'a pas été une condition nécessaire dans tous les recrutements de MSP | ▶ Avoir été dépendant et avoir bénéficié de soins addictologiques<br>▶ Deux ans d'abstinence<br>▶ « Une insertion sociale satisfaisante »<br>▶ Une supervision individuelle et collective |
| PARTICIPATION AUX INSTANCES DÉCISIONNELLES ? | ▶ Intégration aux réunions d'équipe pour le salarié                | ▶ Intégration dans l'équipe professionnelle  | ▶ Représentant des usagers<br>▶ Participation aux réunions d'équipes  |

Source : Repères : participation des usagers, de l'implication à la coopération, Fédération addiction, 2019, p. 60.

Le patient devient expert par l'observation de son propre corps et des expériences proches. En complément du savoir professionnel, ces savoirs ont engagé un nouveau rapport patient/professionnel. L'échange et la confiance deviennent des bases de travail. Certains auteurs observent un changement de pédagogie, davantage active de la part des professionnels, et le passage d'un usager « *sujet de soin* » à un acteur de son soin. En bref, nous pouvons percevoir un changement d'accompagnement qui était basé sur l'addiction, avec une facette très médicale, à une perspective davantage centrée sur la personne. Cette reconnaissance et cette nouvelle relation favorisent le pouvoir d'agir des individus.

Pour voir la mise en œuvre de ce nouveau rapport, il paraît intéressant de l'illustrer par des cas pratiques. Dans les sections suivantes, nous allons voir des exemples de prise en compte des savoirs profanes au niveau individuel puis collectif.

## B.2) Des expériences individuelles

Nous avons déjà abordé quelques exemples d'*empowerment* individuel lors d'une partie précédente lorsque nous parlions des motivations : la théorie de l'autodétermination, l'entretien motivationnel et la théorie des préoccupations actuelles. Ces trois outils entrent dans ces stratégies. Ils permettent de resolliciter, chez l'individu, les capacités d'agir et de remettre en lumière ses compétences par le biais de la motivation et de la confiance. Nous n'allons pas réitérer l'analyse de ces différentes théories mais plutôt développer un argumentaire sur un autre processus qu'est l'éducation thérapeutique du patient.

« *Si par son action éducative, le soignant parvient à promouvoir l'autonomie de la personne malade, sa rencontre avec le patient lui permettra de progresser lui-même sur le chemin de l'autonomie* » (Sandrin-Berthon, 2008, p. 44). Dans cette citation, nous percevons un lien de réciprocité. Le mot « *accompagnement* » signifie étymologiquement : « *Marcher avec un compagnon* », et « *compagnon* » se traduirait par « *partager le pain avec l'autre* ». Ces significations montrent une certaine éthique. L'accompagnement traduit dès lors une dynamique, un processus d'apprentissage et un lien de réciprocité, en opposition à un rapport de domination. Néanmoins, au XIX<sup>e</sup> siècle, cet accompagnement dans le domaine de la santé affichait un caractère d'assistance et un apprentissage à sens unique. Le professionnel était le sachant actif et le patient l'ignorant passif.

Ce n'est que plus tard qu'une autre tendance entre dans le domaine de la santé. Nommé souvent comme l'initiateur des théories de la « *non-directivité* »<sup>205</sup> dans le champ thérapeutique, Carl Rogers insiste sur le fait que « *les individus possèdent en eux-mêmes de vastes ressources pour se comprendre et modifier leur concept de soi, leurs attitudes fondamentales et leurs comportements autodirigés. Ils peuvent y puiser, pourvu que leur soit offert un climat d'attitudes facilitatrices définissables* » (Rogers, 1980, p. 115). L'utilisateur est le « *seul outil* »<sup>206</sup> dans une approche phénoménologique<sup>207</sup>. Pour illustrer ces propos, nous allons

---

<sup>205</sup> Carl Rogers n'a pas utilisé le terme « *non-directivité* » pour définir ses théories. Ce vocable donnerait un caractère trop laxiste à ces interventions. Néanmoins, nous prenons ici ce terme pour définir les théories de Rogers dans un sens plus profond démontrant un patient acteur.

<sup>206</sup> SCHMID Peter (2003), « The characteristics of a person-centered approach », *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, vol. 2, n° 2, juin, pp. 104-120.

<sup>207</sup> Peter Schmid parle d'approche phénoménologique lorsque le rapport de direction provient du client et va vers le professionnel.

analyser une perspective spécifique, celle de l'éducation thérapeutique du patient. Elle se trouve dans le courant de la théorie précédemment évoquée, la non-directivité. La manière de procéder du professionnel doit aussi aider les patients à saisir ou re-saisir ses capacités.

L'ETP est à la frontière entre le soin et l'éducation. Elle se base sur le récit et l'écoute de ces derniers qui considèrent à la fois les savoirs professionnels et ceux des patients. Pour favoriser l'alliance thérapeutique, ce partage des savoirs a pour objectif d'instaurer une relation de confiance. Cette dernière se base sur trois étapes : la prise de conscience, la subjectivation et la co-construction de projet. La première concerne une prise de conscience de la maladie. Grâce à la narrativité, caractéristique de l'ETP, le professionnel donne la parole au patient qui entraîne l'énumération des difficultés auxquelles il fait face. Il est un support qui encourage et aiguille les usagers sur une conscientisation de leurs capacités à la gestion et l'amélioration de leurs vies. La stratégie engage ainsi une étape de subjectivation. Elle prône cette période de réflexion du patient. La dernière étape consiste à co-construire des projets. L'objectif est de créer une démarche dynamique et réciproque. Cette stratégie favorise l'*empowerment* des usagers en lui rendant un caractère dynamique dans la démarche de soin et d'amélioration de ses conditions de vie. Cette approche holistique et participative de la personne affirme une capacité de responsabilisation. L'*accompagnement* produit s'engage vers une mutualisation avec l'implication des deux parties.

Identification, participation et mise en compétence sont les maîtres mots de l'ETP. L'identification correspond au passage d'un statut de passif et victime à celui d'acteur responsable. La participation, elle, engage un individu dans une contribution en opposition à un statut de consommateur d'un service. La mise en compétence montre le passage d'un individu non conscient de ses compétences à une reconnaissance de ces dernières. Dans cette perspective, nous pouvons voir deux mutations : un *empowerment* des usagers et un *empowerment* des professionnels. Tout d'abord, nous voyons apparaître un processus d'*empowerment* des usagers. En devenant acteur de leur parcours, ceux-ci sont reconnus et leurs capacités resollicitées. Ensuite, nous remarquons une modification de posture du professionnel au sein de la relation thérapeutique. Le professionnel doit travailler avec l'usager. Ainsi, il apprend également de ce rapport. Ses savoirs expérientiels sont doublés par rapport à l'ancienne relation basée sur l'assistanat. Cette mutualisation développe l'*empowerment* de chacun.

L'ETP peut également développer l'*empowerment* individuel par le biais du collectif<sup>208</sup>. Dans les groupes de paroles, le collectif développe le soi socialisé. Parler de soi par la médiation de l'autre contribue à donner du sens au récit de l'individu.

Cette resocialisation par la narrativité développe le processus individuel d'*empowerment*. « *Dans ce processus narratif groupal, chacun soutient et s'inscrit dans le mouvement du "racontable". Une telle alliance donne à la personne la possibilité de sortir de sa retraite de "malade" et de "revenir" habiter sa vie...* » (Durif-Bruckert, 2007, p. 118). Le regard porté par le groupe sur l'individu développe son *empowerment* individuel, lequel comprend la relation à soi-même et la relation à autrui. Ainsi n'omettons-nous pas une partie du processus d'*empowerment* lorsque nous le prenons dans son aspect uniquement individuel ? De cette façon, la réalisation de ce processus est-elle réellement exhaustive ?

Dans les faits, nous remarquons une conception assez différente. Le savoir du patient et ses capacités sont méconnus et, parfois, le professionnel considère un besoin d'apprentissage. Dans cette perspective, l'estime de soi et les capacités d'agir sont perçues comme inexistantes<sup>209</sup>.

Nicolas Rose nous livre cette manière de penser dans son ouvrage *Governing the Soul, the Shaping of the Private Self*. Il montre un lien entre l'accroissement des stratégies telles que l'*empowerment* et le modèle néolibéral : « *Il devient à présent possible de penser toutes les formes de comportement social, réussies et ratées, non pas comme l'expression de quelques qualités intérieures de l'âme, mais comme des techniques apprises ou des compétences sociales* » (Rose, 1999, p. 241). Dans cette perspective, les capacités des individus s'inculquent et se construisent<sup>210</sup>. De là, la stratégie devient individualisante par la narrativité personnelle et l'intérêt de soi. En cela, pouvons-nous considérer l'*empowerment* comme une technique d'autorégulation promue dans le modèle néolibéral ? Pour comprendre les différents enjeux de ces stratégies et répondre ainsi aux questions soulevées dans cette partie, nous devons analyser

---

<sup>208</sup> Nous approfondirons ce rapport dans la partie suivante (*empowerment* collectif) pour éviter les redondances.

<sup>209</sup> En cela, lors de nos explications précédentes, nous utilisons le préfixe « *re* » pour montrer le caractère déjà existant des capacités : « *re* » solliciter ; « *re* » saisir. Cette insistance prouve l'existence d'une base déjà présente qui est à stimuler.

<sup>210</sup> Cette idée est suggérée par HACHE Émilie (2007), « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 49-65.

des pratiques d'*empowerment* collectives. Cette section permettra, tout d'abord, d'entrevoir des cas pratiques de mise en application de ces stratégies mais également de comprendre les différentes applications de ces dernières.

### *B.3) Des expériences collectives*

La dimension collective de l'*empowerment* est mise en avant à travers différentes pratiques comme l'éducation par les pairs, le recrutement d'usagers au sein d'une structure ou encore les groupes d'auto-support. Ces différentes pratiques font partie d'une logique qu'est la « *pair-aidance* ». Cette logique est très développée au sein du domaine de l'addiction. L'engagement dans une voie dite "positive" peut se manifester sans la nécessité d'une intervention professionnelle. Contrairement aux autres maladies, l'addiction est très diverse et le produit consommé peut dépendre de différents facteurs comme les vulnérabilités individuelles, les disponibilités sur le marché, les influences culturelles, différentes variables sociales, biologiques ou psychologiques pouvant intervenir. Par l'histoire, nous voyons que les usagers de drogues ont généralement été acteurs de leurs projets<sup>211</sup>.

« *L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire* » (Baillergeau et Bellot, 2007, p. 175). Dans le cadre de l'addiction, cela signifie que l'individu consommateur de drogue devient un référent pour les autres consommateurs. Cette référence peut prendre différentes formes que nous allons expliquer par le biais d'exemples. Elle possède, comme nous l'avons vu dans la section sur les savoirs profanes, plusieurs degrés de reconnaissance.

La référence en question s'affilie à plusieurs démarches : celle de la réduction des risques, de l'aller-vers, de l'*empowerment* et du rétablissement. L'usager-pair utilise son expertise expérientielle, son non-jugement dû à son statut ou ex-statut de consommateur, son parcours perçu positivement pour accompagner les usagers et faire le lien entre les structures et le terrain. Examinons, à titre d'illustration, les communautés thérapeutiques de manière générale, le Tomate Social Club, ASUD, l'asbl Modus Vivendi, l'association Charonne, les Médiateurs Santé Pair et Psychoactif.

---

<sup>211</sup> Nous voyons cette caractéristique au travers de mouvements d'entraide divers.

Les Communautés thérapeutiques ont été bouleversées par différentes lois et représentations en France<sup>212</sup>. C'est la loi de 2002-2 du 2 janvier 2002 qui a permis de penser la diversification de soins. Cette dernière affirme que « *l'action sociale et médico-sociale [doit tendre à la promotion], dans un cadre interministériel, [de] l'autonomie et [de] la protection des personnes, [à] la cohésion sociale, [à] l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités et les associations* » (L. n° 2002-2 du 2 janv. 2002, art. 1<sup>er</sup>). La loi fixe des règles et conditions strictes empêchant le retour d'éventuels débordements mais c'est le plan gouvernemental 2004-2008 qui permet la réintroduction des CT en France. L'objectif était de proposer un panel plus large d'offres de soin dans une approche plus collective et complémentaire.

La CT repose sur plusieurs principes : l'utilité sociale réciproque entre le groupe et l'individu comme levier thérapeutique, le savoir expérientiel du groupe pour le développement du pouvoir d'agir, la pair-aidance pour le développement individuel. En bref, elle tend à accompagner les individus vers l'autonomie et la responsabilité. L'insertion est l'objectif final. Toutefois, quelques conditions sont requises pour intégrer ce type de structure : l'utilisateur doit être soit sevré, soit sous prescription médicamenteuse ; il doit accepter de s'inscrire dans la démarche de soin proposée (cette condition est officialisée par un contrat signé) et de se faire évaluer de manière permanente à l'aide d'une feuille d'objectifs. Malgré ce qui peut s'apparenter à des contraintes, les CT promeuvent le développement de l'*empowerment* individuel par le collectif. Elles arborent ces stratégies par le biais de l'auto-évaluation, de l'intégration de l'utilisateur dans son propre projet, de la responsabilisation croissante à partir de tâches diverses, ou de l'autogestion. Tous sont responsabilisés individuellement par rapport à un travail collectif mais, à travers une évaluation<sup>213</sup>, les faits ne reflètent pas vraiment la

---

<sup>212</sup> Cette difficile percée est en partie liée à l'histoire du Patriarcat et des conditions de mise en application de la CT. Cette CT était l'un des seuls exemples en France à s'engager dans des pratiques pour la plupart néfastes. L'opinion publique et le monde politique ont été très marqués par ces dérives.

<sup>213</sup> Le rapport de cette évaluation a été fait par Emmanuel Langlois (2013), *Évaluation des communautés thérapeutiques en France : enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés*, OFDT, novembre, pp. 1-86.

théorisation précédente. Certaines CT pourraient manquer de souplesse par rapport à leurs trois principaux objectifs que sont l'abstinence, l'emploi et l'insertion. Cette évaluation prouve que l'équipe en place joue un grand rôle dans son efficacité. Malgré cela, certaines CT restent des dispositifs centrés sur l'utilisateur et sur les valeurs originelles de ces structures.

Le deuxième exemple concerne le « *Tomate Social Club* » qui se trouve en Gironde. Ce dernier est un CSAPA à la Ferme Merlet. Ce qui nous intéresse dans cette association est l'activité "potager" en permaculture. C'est d'ailleurs le point de départ de la création de l'association, cette ferme étant à la base uniquement un CSAPA. Ce potager s'est transformé en association par le biais de la volonté des résidents du CSAPA. Leurs souhaits étaient de développer ce potager et de créer une association à partir de celui-ci. De ce fait, il est tenu par des usagers ou ex-usagers du CSAPA. Le premier objectif est de garder des liens entre les usagers (même ceux qui ont quitté le CSAPA), de faire des repas en collectif à partir des récoltes potagères et de vendre l'excédent pour créer une « *caisse de solidarité* ». L'association a remporté plusieurs prix, ce qui permet aux usagers de contribuer à un projet entraînant des sentiments d'appartenance et de responsabilité. Les usagers développent une certaine autonomie, une responsabilisation collective et individuelle, un pouvoir d'agir grâce à la mise en jeu et l'amélioration de compétences. De plus, le projet aide à la conservation des liens sociaux, à rompre l'isolement et, de fait, favorise une insertion sociale. Ce projet est un exemple probant de *l'empowerment* individuel et collectif sans interventions fortes de personnes professionnelles et extérieures.

Le troisième exemple est l'association ASUD. Elle fait partie d'une typologie spécifique, celle de l'auto-support tout comme Techno Plus, AIDES, les Junkie Bond ou encore Act-Up qui se focalisent tantôt sur l'une ou l'autre des composantes de cette catégorie. Nous avons choisi de traiter ASUD plutôt que ces autres exemples. Contrairement à ces autres groupes, elle est focalisée sur la thématique de la consommation de drogues, les autres groupes s'engageant dans des problématiques plus diverses comme la sexualité<sup>214</sup>. ASUD est une auto-organisation d'usagers qui lutte contre les discriminations, le conformisme et l'hypocrisie sociale<sup>215</sup>. Pour parler de cette association, nous devons tout d'abord définir ce qu'est l'auto-

---

<sup>214</sup> Même si les problématiques ciblées par ces groupes d'auto-support sont tous en lien avec la consommation de drogues et ne sont que des variables qui en découlent.

<sup>215</sup> Renseignements pris directement sur le site internet officiel de cette association.

support. Il est composé de deux éléments que sont l'entraide et la défense d'intérêt<sup>216</sup>. D'une part, les usagers se soutiennent individuellement dans une approche communautaire<sup>217</sup> et, d'autre part, ils ont un intérêt commun à se défendre sur la scène politique<sup>218</sup>. L'auto-support comporte la technique d'éducation par les pairs. Cette dernière considère le savoir des personnes concernées par la problématique comme le plus légitime. En cela, les membres de ce type de groupement estiment que l'intervention sociale la plus adéquate est celle des usagers eux-mêmes, même si l'éducation par les pairs n'est qu'une des options de l'auto-support. Elle est plus individuelle et cible des modifications moins communautaires que l'auto-support. ASUD est l'exemple français par excellence. Si l'auto-support peut être perçue comme une activités clandestine, l'objectif de ce type de regroupement est tout l'inverse. De plus, cette association est financée par la Direction générale de Santé. Néanmoins, les volontés d'ASUD peuvent être en contradiction avec celles de la société par rapport aux drogues. Cette association est gérée uniquement par des usagers de drogues. En cela, nous pouvons voir l'*empowerment* collectif développé en son sein tant en ce qui concerne les savoirs que la représentation face aux autorités publiques. À un autre niveau et dans le cadre du développement de *web* participatif, nous allons voir un autre exemple qui, d'ailleurs, permet à l'association ASUD de se mettre à jour, celle-ci enrichissant ses savoirs à travers ces plate-formes d'échanges.

Nous nous focaliserons sur une plate-forme particulière : *Psychoactif*. Cette organisation/association utilise un site internet depuis 2006 qui amène, à travers des forums, des échanges entre les usagers de drogues dans une logique de réduction des risques. Elle contribue à la création de savoirs par l'entraide, les informations et les échanges sur les différentes pratiques. Tout comme ASUD, l'objectif est de développer une expertise des usages et leur défense par une volonté de modification des représentations des usagers (objectif politique), mais également des savoirs pharmacologiques dits « *profanes* » (objectif pratique). C'est un lieu d'apprentissage, de transformation de soi et, plus globalement, de la société. Si, au début, cette plate-forme était focalisée sur quelques drogues, depuis 2012, elle est ouverte à toutes, licites comme illicites. Elle utilise plusieurs outils : les forums, base d'échange sur les

---

<sup>216</sup> JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2009), « Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship », *Health Sociology Review*, vol. 8, n° 2, avril, pp. 159-172.

<sup>217</sup> L'exemple le plus caractéristique est celui des *Narcotiques Anonymes*.

<sup>218</sup> Ici, ce sera davantage les *Junkie Bonds* qui représentent un exemple type.

pratiques et l'actualité concernant les drogues ; un « *psychowiki* », sorte d'encyclopédie qui mélange savoirs médicaux et savoirs expérientiels ; des *blogs*, journaux de bord individuels pour raconter ses expériences ; les *quizz*, questionnant les connaissances des usagers et les fonctionnalités de la plate-forme. Celle-ci est gérée par des animateurs eux-mêmes usagers de drogues, et leur recrutement se base sur un système de valeurs reposant sur la réduction des risques. Cette plate-forme s'inscrit dans la catégorie de l'auto-support. La gestion donnée à des usagers et les objectifs de ce site le prouvent. Si le destinataire principal est l'utilisateur, ce site est également ouvert aux proches ou professionnels concernés, de près ou de loin, par l'addiction. Ces différentes caractéristiques font de cette plate-forme un levier pour l'*empowerment* collectif.

« À ces dimensions sociales et culturelles de l'*empowerment*, s'ajoute une dimension politique, celle de l'auto-support des usagers de drogues qui constitue une formalisation politique de l'éducation par les pairs et se définit par la participation citoyenne de la population concernée aux politiques publiques qui lui sont destinées » (Chappard et Jauffret-Roustide, in Morel, Chappard et Couteron, 2012, p. 44). Ainsi, l'auto-support s'apparente à la typologie précédemment évoquée qu'est l'éducation par les pairs : les usagers apprennent à partir des expériences ou des conseils développés sur le site, et le sentiment de solitude peut être amoindri par les échanges et la compréhension des différents acteurs du site. Dans l'ouvrage *Addictologie. En 47 notions*<sup>219</sup>, les auteurs font part de l'engagement dans un processus de dé-stigmatisation de soi-même et de la figure de l'utilisateur de drogues lorsque l'individu parcourt la plate-forme et l'intègre.

L'échelle est totalement différente en ce qui concerne le prochain exemple. *Modus Vevendi* est une association belge intégrant plusieurs actions qui développent l'*empowerment* individuel par la voie participative et collective. Il existe plusieurs actions mais nous nous concentrerons sur l'une d'entre elles, « *Boule-de-Neige* », la plus représentative de la logique développée. Cette action s'intègre dans une méthode spécifique qu'est la prévention par les pairs. Elle prend la forme de maraudes et cherche à viser un public éloigné des structures de soins. Les objectifs sont les suivants : la réduction de la propagation de virus (sida, hépatites) et des autres risques liés à la consommation de drogues (*overdose* ou exclusion et ses

---

<sup>219</sup> CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre et Association SOVAPE (2019), « Chapitre 43. L'auto-support », in *Addictologie. En 47 notions*, Paris, Dunod, pp. 585-600.

conséquences), la diffusion d'informations sur les dispositifs locaux (les lieux d'échange de seringue, association, STERIFIX ou encore de simples documents d'informations), la promotion des pratiques de réduction des risques auprès des structures et professionnels à l'aide de partenariats et d'interventions, la récolte d'informations « à la source » sur les conduites addictives actuelles (comme le dispositif TREND SINTES en France), la promotion des échanges d'expériences entre les différents acteurs gravitant autour de la thématique des addictions, dont les usagers eux-mêmes, et enfin la participation des usagers.

Cette participation est le cœur de cette action. Elle est caractérisée par une transmission de message de prévention par des usagers de drogues à d'autres usagers. Pour cela, les professionnels recrutent six à douze participants, usagers, qu'ils appelleront « *jobistes* ». Si l'utilisateur accepte, il doit participer à des séances de formation pour renforcer les connaissances sanitaires (sur tous les risques induits par la consommation) et apprendre des techniques pour faire passer des messages de prévention.

Ensuite, ces « *jobistes* » accèdent à la phase pratique et ont pour objectif d'entrer en contact avec dix personnes minimum. Ces contacts doivent mener à un questionnaire qui est rempli anonymement avec le « *jobiste* » et qui aborde plusieurs thématiques permettant la transmission de messages de prévention. Pour finir, les « *jobistes* » sont interrogés sur leur travail, les difficultés et les bénéfices de l'action pour eux. Ils sont gratifiés financièrement. Ces actions développent l'*empowerment* individuel des personnes contactées par le biais d'échanges avec les « *jobistes* » et surtout celui des « *jobistes* » eux-mêmes. Elles transforment le rapport à soi et le développement de l'autonomie et du pouvoir d'agir. En transmettant des savoirs aux autres usagers et en prenant part au processus lui-même, les « *jobistes* » acquièrent un statut revalorisant, favorisant le bien-être et l'estime de soi.

Plus spécifique, l'exemple suivant concerne la problématique de l'injection de *Skénan*. Si cette substitution est un moyen de réduire les risques, en injection elle peut entraîner des effets indésirables au niveau sanitaire et psychique. L'association Charonne à Paris comporte plusieurs pôles : CSAPA, CAARUD, intervention de rue (SDF), espace femme, CJC, consultations sur la sexualité, Ateliers Santé Ville et pôle prostitution. Nous allons nous focaliser sur les actions du CSAPA qui a développé spécifiquement un programme d'accompagnement pour les usagers de *Skénan*. Ce projet se base sur des savoirs expérientiels, provenant des usagers eux-mêmes. Le protocole établi a été amené par le CSAPA mais a été

créé à partir de groupes de travail composés de plusieurs professionnels de disciplines diverses et d'usagers de drogues.

Cette action se situe dans une approche de santé communautaire impliquant l'ensemble des acteurs gravitant autour du champ de l'addiction. Celle de santé communautaire est différente de celle de l'auto-support. Dans la première, c'est la communauté ainsi que d'autres acteurs qui prennent les décisions tandis que, dans l'auto-support, il n'y a que la communauté. La démarche ne fait pas partie de l'auto-support. Cette association peut être davantage comparée à AIDES. L'association Charonne, dans une démarche complémentaire et participative, comprend également des groupes constitués de consommateurs de *Skénan* qui travaillent sur ce projet et sur des outils ou des stratégies de réduction des risques. Ces actions entrent dans des logiques d'*empowerment* individuel et collectif. Elles permettent aux usagers de développer des connaissances, leur pouvoir d'agir mais aussi d'acquérir un rôle dans la structure et ainsi de participer au développement de stratégies qui les concernent et aux éventuelles décisions.

Nous avons noté dans une section précédente (*cf.* Savoirs profanes), un nouveau statut d'usager : le médiateur santé pair. Il s'inspire de plusieurs expériences qui ont intégré d'anciens usagers issus de la psychiatrie dans des équipes professionnelles de soin. Ainsi, le MSP conseille, soutient et travaille auprès, ici, des usagers de drogues dans une approche d'éducation thérapeutique. Il doit remplir quelques conditions avant d'accéder à ce statut : abstinence, recul sur la maladie, mise en place de distanciation entre soi et les "patients". La proximité avec les usagers et leurs expériences peut représenter des difficultés lorsque la personne était consommatrice de drogues.

En cela, plusieurs tests psychologiques sont mis en place afin de ne pas risquer une rechute de la personne. En réalité, le MSP incarne une perspective positive du futur du bénéficiaire. Le double statut du MSP entraîne l'installation d'une relation de confiance plus rapidement, même si celle-ci contribue à la modification du rôle et des volontés premières du MSP. Nous pouvons souligner le passage d'un *empowerment* individuel du MSP à un collectif. Par les échanges au sein des groupes de travail menés par le MSP, le collectif crée des savoirs et s'engage dans un cercle vertueux. Néanmoins, nous pouvons nous poser la question des objectifs externes. L'*empowerment* individuel ne rentre-t-il pas dans une logique de responsabilisation certes libératrice mais également individualisante ?

Dans cette section, nous avons pu voir une des bases de l'*empowerment*. C'est en prenant en considération les savoirs des usagers que nous avons su redonner une place à ces derniers dans la démarche de soin. Ensuite, nous avons analysé deux facettes de l'*empowerment* : individuelle et collective, à travers divers exemples. Plusieurs logiques ont été mises en avant : celle de l'éducation par les pairs, celle de l'auto-support et celle de la santé communautaire. Il en ressort que l'*empowerment* individuel est un processus incomplet faisant partie d'une logique néolibérale de responsabilisation. De ce fait, l'*empowerment* originel serait davantage représenté par son aspect collectif intégrant celui individuel, tandis que l'inverse n'est pas prouvé.

Cependant, l'*empowerment* davantage individuel peut conduire, par différentes méthodes, au collectif. Pour autant, les illustrations précédentes nous montrent que l'*empowerment* collectif serait une technique plus rapide et pérenne. Pour compléter, nous allons analyser un autre exemple très controversé en France et qui, pourtant, a fait ses preuves à l'étranger.

#### *B.4) Salles de consommation à moindre risque et programme AERLI, du dialogue à l'expérimentation : des pratiques intégrées dans un logique d'empowerment ?*

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont des dispositifs encore en expérimentation en France<sup>220</sup>. Aujourd'hui, il n'existe que deux SCMR, l'une à Paris tenue par l'association GAÏA, et une seconde à Strasbourg, nommé ARGOS, tenue par l'association ITHAQUE. Trois objectifs principaux sont mis en lumière : ceux de santé publique (lutte contre les *overdoses*, les contaminations dans la communauté et auprès des autres publics), ceux sociaux (isolement, exclusion, précarité) et ceux de sécurité publique (violences et rixes). Ces expérimentations pourraient être multipliées, à Marseille et Bordeaux.

Ces salles sont des lieux plus favorables et protégés pour la consommation de drogues par rapport à la rue. Ces consommations supervisées, si elles évitent les *overdoses*, sont surtout un premier pas vers le soin et l'accompagnement professionnel : selon le Rapport d'activité de l'association GAÏA, 26 % des usagers fréquentant la SCMR n'ont jamais eu de prise en charge

---

<sup>220</sup> Nous verrons les raisons de ces difficultés d'implantation dans la partie suivante sur les représentations des drogues et des usagers.

professionnelle liée à leur consommation, et ces lieux atteignent une population éloignée du soin.

Pour analyser les SCMR, il convient tout d'abord de comprendre le passage de l'accompagnement social à l'éducation populaire dans le domaine de l'addiction. Nous avons pu voir plus haut la signification étymologique de l'accompagnement. En addictologie, celui-ci peut être scindé en deux parties : une approche individuelle et une approche collective. Celle individuelle correspond aux interventions permettant à l'utilisateur de pallier les difficultés sociales et d'élaborer un projet. Les aides apportées par l'intervenant concernent autant l'accès aux droits, l'accès à la santé, au logement que l'insertion ou la gestion de budget. Elles sont adaptées à la situation de l'individu. Le rapport d'intervention est essentiellement basé sur le dialogue et s'inscrit dans une démarche de conseils et d'informations. Ceux-ci reposent sur les dires de l'utilisateur et sont ajustés selon l'individu. Toutefois, cette approche est individualisante puisqu'elle peut enfermer l'utilisateur dans un rapport unique. Celle communautaire, quant à elle, évite ce risque. Ce soutien de groupe entraîne des liens sociaux plus diversifiés. Nous avons vu ces deux approches dans les exemples précédemment évoqués. Néanmoins, il fallait séparer les SCMR et les programmes d'accompagnement à l'éducation des risques liés à l'injection. Ils entrent dans le théorique, perçu dans les illustrations précédentes, et dans le pratique. Si la pratique peut être présente dans les exemples apportés antérieurement, celle de ces deux nouveaux programmes est réellement au cœur de la problématique.

Ces deux types d'accompagnement pourraient se rapporter à l'éducation. Par le biais de messages ou d'informations, les intervenants essaient d'apporter des savoirs experts aux usagers sur les pratiques de consommation afin de réduire les risques liés. Ainsi, nous rapprochons le terme « *accompagner* » de celui d'« *éduquer* ». Cela ne signifie pas que ces interventions ne prennent pas en compte les savoirs expérimentiels et n'entrent pas dans une approche centrée sur la personne. Nous rapprochons les deux pour faire la distinction suivante : l'accompagnement social et l'accompagnement à la pratique.

Pour parler de ces programmes, il faut commencer par expliquer ce qu'est l'éducation populaire. Étymologiquement, l'éducation signifie guider, et l'aspect populaire se rapporte au peuple. Ces empreintes latines définissent les objectifs de cette approche tout en nuanciant ces significations dans la pratique. L'éducation populaire considère qu'il ne faut pas séparer l'action de l'analyse. Nous pouvons nuancer la signification étymologique de l'éducation

populaire qui se traduirait par « *guider le peuple* ». Prendre cette signification viendrait à penser que le peuple est à conscientiser : « *Personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde* » (Freire, 1974, p. 80). La volonté de l'éducation par les pairs est inverse car elle considère les personnes comme aptes à la réflexion collective, sans nécessairement une intervention extérieure. Si elle constate que l'apport de savoirs peut être un moyen d'atteindre un objectif de transformation sociale, elle prône davantage la création de savoirs inter-communautés. Cela n'empêche pas que le croisement des savoirs créés et des savoirs externes existants soit perçu comme un atout, se voulant émancipateur à travers le dépassement de l'auto-censure, le développement de l'esprit critique et du pouvoir d'agir. Par l'émancipation, l'éducation populaire, avec son aspect collectif, souhaite modifier les rapports sociaux et les places des individus. Elle crée, dès lors, une nouvelle culture et des pratiques politiques associées. C'est un type d'accompagnement qui s'appuie sur le vécu et les expériences des personnes. L'autogestion produite par cet accompagnement tutoré de l'« *agir avec* » ainsi que l'engagement de plusieurs acteurs aux différents rôles montrent le caractère d'éducation populaire que revêtent, en partie, la SCMR et le programme AERLI.

Pour ce qui est des SCMR, nous voyons une implication des usagers dès la volonté de création de l'une de ces salles, à Paris. Leurs avis sur l'apparition de ce lieu<sup>221</sup> a été recueilli par le biais de questionnaires. Les interrogations portaient sur plusieurs thèmes comme les horaires et jours d'ouverture, ce qu'ils attendaient de ce lieu ou encore s'ils comptaient y venir. Cette implication ne s'est pas restreinte à cela, les usagers ont également participé à plusieurs points : le règlement intérieur, la modulation du dispositif post-crétion ou encore les objectifs. L'enrichissement en termes d'*empowerment* est double dans ces deux programmes que sont les SCMR et l'AERLI. Ces logiques développent de réels savoirs sur l'injection. Ces derniers marquent le passage du dialogue à l'observation. Ainsi, les professionnels développent des connaissances pratiques en assistant et en conseillant les individus sur l'injection qui est faite en direct. Quant aux individus, ils partagent cette pratique intime dans le respect du non-jugement et dans une démarche de réciprocité. Ils sont reconnus comme experts de la situation et dialoguent autour de la pratique non plus imaginaire mais en présentiel.

---

<sup>221</sup> Les avis provenaient d'usagers de CAARUD mobiles et fixes qui intervenaient autour de la gare du Nord à Paris, lieu envisagé à ce moment pour la création d'une SCMR.

Pour autant, l'accompagnement tutoré ne peut convenir à tous : certains usagers peuvent ne pas souhaiter partager cette pratique intime et, réciproquement, certains professionnels peuvent ne pas avoir envie d'y assister. L'aspect éducatif pur de cette pratique peut être vécu comme une intrusion. Certains souhaitent être accompagnés physiquement tandis que d'autres préfèrent de simples lieux où ils peuvent parler de ces pratiques. Ce nouveau rapport change la posture du professionnel et celui de l'utilisateur. Ces apports ne sont pas uniquement techniques, puisque la pratique observée aborde des sujets plus précis que lors d'un dialogue, et entraînent des connaissances plus larges aux professionnels. Ils mettent en lumière le rapport que possède l'individu à son corps et permettent d'entrer dans le concret des représentations ainsi que dans les détails des gestes. Ce déplacement de la parole au geste et ce qui en ressort dépendent du dispositif proposé<sup>222</sup>. Toutefois, ces dispositifs peuvent être interrogés sur plusieurs points : ont-ils réellement des objectifs d'*empowerment* ? Cet *empowerment* individuel, du côté de l'utilisateur, est-il fictif du fait d'une disparition de la médiation pédagogique au profit d'un rapport d'éducation ? Dans cette orientation, ces espaces pourraient être des lieux de discipline qui auraient pour objectif une normalisation des comportements. Les usagers sont perçus comme des menaces à la transmission de maladies liées à leur consommation. Pour les rendre responsables, il faudrait façonner leur subjectivité. Il est ainsi question des intentions des autorités par rapport à ces lieux. Souhaitent-ils réduire les dommages ou les risques ? Quel est le public réellement visé par ces dispositifs (les citoyens, les usagers ou la société) ? Les objectifs de ces dispositifs pourraient être multiples et convenir à plusieurs cibles.

Pour développer un réel pouvoir d'agir, n'est-il pas nécessaire d'intégrer plusieurs pouvoirs associant celui de l'individu, celui de l'individu avec autrui et celui contre autrui ? En cela, nous interrogeons l'articulation entre un processus d'éducation, d'apprentissage et l'acquisition de pouvoir des usagers. Cet assemblage reste-il un contre-sens par rapport aux origines et à la définition même de l'*empowerment* ? Tout la question est de savoir si l'éducation peut être synonyme d'une réelle émancipation.

Ces développements ont permis de mettre en exergue des réflexions autour des enjeux de l'éducation pratique et de l'accompagnement social. Si nous pouvons dire que l'éducation

---

<sup>222</sup> Comme cela a été souligné précédemment, les CSAPA et les CAARUD n'ont pas le même point de vue sur la réduction des risques et celle-ci est comprise et appliquée de manière différente. En cela, les programmes proposés n'auront pas les mêmes objectifs ni les mêmes effets.

possède un effet sur l'*empowerment*, ne répond-elle pas à un processus de responsabilisation qui considère les individus comme inaptes à agir par eux-mêmes ? Nous pouvons considérer les SCMR comme des lieux d'apprentissage et comme des lieux sûres. Ils permettent aux usagers de pouvoir s'injecter de manière propre tout en prenant leur temps. Cet objectif est atteint dans ces structures. Pour autant, en cachant ces pratiques dans un lieu, n'est-ce pas engranger d'autant plus de stigmatisation ? Ce dispositif apporte des informations sur le rapport au corps des usagers sur les drogues consommées et enclenche un processus de soin et/ou d'accompagnement des individus trop éloignés. En cela, l'*empowerment* de l'utilisateur dépendra davantage de la suite de son parcours plutôt que lors de sa fréquentation de la SCMR. Dans le programme AERLI, on développe des connaissances sur les pratiques d'injection aux professionnels et on donne des conseils instantanés sur la pratiques dans les détails, mais cela permet-il réellement l'*empowerment* de l'utilisateur à court terme ? Si la SCMR revête un caractère collectif par l'aménagement du lieu en proposant des salles de rencontres, le programme AERLI reste un dispositif individuel. En bref, sans douter des aspects bénéfiques de ces programmes innovants en France, nous nous demandons s'ils ne pourraient pas être détournés à des fins de contrôle et de supervision de cette population, constituant des barrières au pouvoir d'agir.

Les sections précédentes amènent plusieurs questionnements autour de changements de postures et d'attentes différentes. Ces diverses interrogations concernent des tensions entre plusieurs points de vue. Y a-t-il un réel équilibre dans les objectifs à atteindre entre les volontés institutionnelles, celles des professionnels et celles des usagers ? Nous retrouvons-nous dans une approche fonctionnaliste forte où le contrôle social provient d'autorités élevées (aucune logique d'*empowerment*, assujettissement), dans une perspective néolibérale répondant à un contrôle par autogestion (*empowerment* par injonction, vision adaptative) ou encore dans une vision moins liberticide où l'individu n'est pas soumis à des injonctions et retrouve son pouvoir d'agir par lui-même et pour lui-même (*empowerment* originel, individuel ou collectif, vision émancipatrice) ? Ces questions nous amènent à devoir analyser les limites possibles de l'*empowerment* dans le contexte français actuel. La prochaine section souhaite répondre à ces questionnements : la responsabilisation du sujet, aujourd'hui recommandée, nous conduit-elle davantage vers une autonomie du « *devoir* » presque injonctive ou vers une autonomie du « *pouvoir* ».

### C) Un processus dénaturé ?

L'*empowerment* est un processus qui consiste à favoriser le pouvoir d'agir des individus. En cela, il ne peut se prescrire et prend la forme d'un accompagnement. « *Le processus d'empowerment ne peut se réduire à des objectifs et des mesures standards "décidé du haut" et applicables à tous, comme c'est le cas des objectifs du Millénaire, car l'essence même de l'empowerment est de laisser aux principaux intéressés sur le terrain le rôle de définir les objectifs et modalités d'action* » (Calvès, 2009, p. 744). Ce processus possède des finalités imprévisibles et ne doit pas être perçu comme un moyen mais comme une fin en soi. Il peut prendre une multitude de formes, difficiles à objectiver, constamment en transformation et son évaluation est complexe. Quelques indicateurs peuvent être pris en compte comme l'estime de soi, l'autocontrôle, l'épanouissement et bien d'autres éléments relationnels. Néanmoins, ces stratégies d'*empowerment* sont dynamiques et, en ce sens, leur opérationnalisation est difficile et les mesures diverses.

L'*empowerment* ne part pas du principe que l'individu n'est pas capable de se mobiliser mais simplement que, dans le cas de l'addiction, il a perdu momentanément le contrôle sur sa consommation. Cette logique considère qu'il possède des « *des compétences bien réelles [...], même s'il ne semble pas les exercer actuellement* » (Van Caloen, 2004, p. 83) : celles-ci sont d'ailleurs inhérentes à chacun d'entre nous, peu importe la situation. Les professionnels souhaitant entrer dans cette logique sont dans l'obligation de changer de posture. La prise en compte des savoirs expérientiels change la relation thérapeutique. Cette modification n'est pas, dans les faits, toujours observable, et l'accompagnant garde encore un fort degré de décision dans le projet de l'individu.

Nous avons pu observer que la pluralité de définitions de ce terme engage des mises en application divergentes. Le sens de l'*empowerment* diffère selon l'acteur et la structure qui l'utilise. Selon Anne-Emmanuèle Calvès, c'est « *en puisant dans la terminologie radicale et en s'appropriant et refaçonnant un concept qui reflète les préoccupations, les espoirs et les valeurs des personnes travaillant sur le terrain, sans pour autant paraître menaçant aux gouvernements en place dans les pays pauvres, [que] les institutions internationales créent un concept accrocheur aux contours flous qui devient "hégémonique" et incontestable* » (Calvès, 2009, p. 743).

Nous allons maintenant analyser les limites que recouvre le terme d'*empowerment* du fait de ses traductions, des contextes de mise en application et des objectifs sociétaux. Pour ce faire, nous traiterons les différentes intentions que celui-ci peut recouvrir et, plus précisément, son détournement potentiel en processus individualisant. L'objectif principal est celui de la responsabilisation dans une logique néolibérale. Dans un second temps, nous verrons les possibilités de contrôle social que peut revêtir ce vocable ainsi que l'éventuelle illusion de pouvoir qu'il engage. Nous terminerons avec l'objectif de *statu quo* que les stratégies de réduction des risques, dont l'*empowerment*, représenteraient.

### *C.1) Un processus collectif détourné*

Pour débiter cette section, nous allons examiner deux objectifs contradictoires que peut traduire le terme d'*empowerment*. Certains acteurs le prennent, par le biais de son caractère collectif, comme un moyen de bouleverser l'ordre social. Tandis que d'autres, dans une vision plus individuelle, le considère comme le moyen de s'adapter à cet ordre. En bref, les premiers considèrent l'individu comme ayant un pouvoir inhérent, et les seconds comme un homme compétent. C'est cette seconde vision que nous allons développer puisqu'elle désincarne les origines et les objectifs fondamentaux du terme exploré.

Anne-Emmanuèle Calvès nous rappelle que « *l'empowerment est un processus complexe et multidimensionnel. Il se définit comme un pouvoir créateur qui rend apte à accomplir et à transformer des choses [...]. La dimension collective a été largement évacuée et l'empowerment a été "individualisé" pour devenir synonyme de capacité individuelle, de réalisation et de statut* » (*ibid.*, p. 744). Cette auteure remarque que la notion de pouvoir est individualisée et observe le passage d'un "*empowerment libérateur*" à un "*empowerment libéral*". En ce sens, certaines applications auraient pour but la maximisation de l'intérêt individuel plutôt que l'émancipation de l'*empowerment* originel. L'accent serait mis davantage sur un pouvoir individuel, la confiance en soi, et s'inscrirait dans une approche plus descendante qu'ascendante. Dans cette perspective, on souhaiterait créer des usagers entrepreneurs et responsables qui fonctionnent selon une logique de rationalité. Une démarche d'*empowerment*, pour qu'elle soit efficiente et qu'elle coïncide avec ses objectifs initiaux, doit assembler la dimension individuelle à celles collectives et politiques. Aujourd'hui, dans les différents domaines où ces stratégies sont utilisées, nous percevons davantage une focale sur celle individuelle au détriment des autres. Pour illustrer ces propos, nous pouvons prendre l'exemple

donner par David Garland<sup>223</sup> : le programme de développement personnel nommé « *Training for freedom* ». Dans cette prison écossaise, ce programme part du principe que les individus ont fait des mauvais choix en raison d'un manque de capacité à être responsable. Il propose des exercices d'autoévaluation et de prises de décisions. Ce type de dispositif n'est pas nouveau, et il aide les individus à se soumettre à une norme sociale en les confrontant aux actes criminels pour lesquels ils sont présents. Ainsi, ils doivent prendre leurs responsabilités face à ces actes. Les mots d'ordre sont ceux de *subjectivation* et de *responsabilisation*. Nous pouvons souligner des analogies entre les stratégies d'individualisation présentes dans ce programme et certaines utilisations récentes des techniques d'*empowerment*.

Si cette technique a pour objectif d'individualiser, c'est également pour responsabiliser. Dans le champ des addictions, les nouvelles stratégies d'intervention s'efforcent de redonner à l'acteur une place essentielle. Si l'objectif est de restituer du pouvoir d'agir, ces démarches peuvent avoir des objectifs paradoxaux. L'une des dérives serait une surreponsabilisation. Le rapport individuel de cet *empowerment* peut entrer dans une logique néolibérale lui faisant porter, seul, la responsabilité de ses problèmes. Cet aspect laisse entendre que l'individu n'est pas adapté au système et non l'inverse. C'est ainsi à lui de développer les compétences, en termes d'autonomie et de responsabilité, afin de pouvoir s'intégrer au système en place : cet assujettissement, nous dit Michel Foucault, « *est le produit et la condition de possibilité d'un jeu de savoir/pouvoir qui « classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qui leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux* » (Foucault, 2001, p. 1046). Les individus seraient assujettis à des identités dans lesquelles ils doivent se reconnaître et se mouvoir. Ils doivent ainsi entrer dans des catégories préétablies, un comportement précis<sup>224</sup>.

Ces techniques d'autorégulation entraînent ainsi un détournement des stratégies d'*empowerment* et peuvent se transformer en un nouveau mode de régulation qui passerait par une surreponsabilisation. Nous pouvons nous demander si l'*empowerment* ne deviendrait pas davantage un mécanisme de contrôle social masqué plutôt qu'un réel pouvoir d'agir. Par

---

<sup>223</sup> GARLAND David (1997), « "Governmentality" and the problem of crime: Foucault, criminology, sociology », *Theoretical Criminology*, vol. 2, n° 1, mai, pp. 173-214.

<sup>224</sup> OTERO Marcelo (2000), « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec : la régulation des conduites », *Sociologie et sociétés*, vol. 32, n° 1, octobre, pp. 213-228.

conséquent, nous allons analyser ce processus sous l'angle du contrôle social afin de voir s'il peut être détourné de ces volontés originelles.

### *C.2) Un objectif de contrôle social ...*

Nous avons signalé précédemment une des limites à la participation des usagers. Nous allons voir un second détournement qui amène ces techniques vers un contrôle social des comportements. Nous avons noté que la politique de réduction des risques pouvait investir une fonction de discipline des corps. En donnant une plus grande place aux usagers dans leur trajectoire de soin, cette politique renforce les mécanismes d'autogestion et de contrôle.

De prime abord, cela entraîne une réduction, voire une disparition, des mécanismes de régulation institutionnels traditionnels. L'utilisateur aura plus de contrôle sur lui-même et son environnement, mais cette vision autonomiste<sup>225</sup> peut comprendre les mêmes finalités que celle compensatoire et ainsi contrôler, d'une autre manière, les conduites des individus. On pourrait penser que les stratégies d'*empowerment* se traduisent par « *l'impératif de l'autonomie et de la liberté, auquel on attache plus que jamais l'injonction de l'autodiscipline* » (Quirion et Bellerose, 2007, p. 43). La prise en compte des savoirs des usagers modifie la relation entre le professionnel et ces derniers. Néanmoins, les « *mode[s] de connaissance et d'intervention, ne sont jamais dénuées de cadres normatifs. Si les démarches d'empowerment reposent sur la prise en compte des savoirs issus de l'expérience, savoirs "profanes" opposés aux savoirs professionnels, les technologies de la participation et les interactions sociales auxquelles elles donnent lieu contribuent parfois autant à créer de nouvelles connaissances et formes de savoir qu'à faire émerger et entendre des savoirs dominés ou inaudibles* » (Bacqué et Biewener, 2013, p. 32). En sociologie de la déviance, certains chercheurs perçoivent une orientation du social vers des techniques de surveillance et de contrainte. Cette tendance ne viendrait pas de manière coercitive mais davantage par l'intériorisation de normes : « *La périllisation ne met pas en question le droit de punir : elle met de l'avant la nécessité de technologies de gestion des corps. Elle dépolitise ainsi la question de l'usage légitime de la force sur les personnes en lui suppléant la nécessité de leur gestion sociosanitaire rationalisée en finalité* » (Carrier et Quirion, 2003, p. 7).

---

<sup>225</sup> TRÉPOS Jean-Yves (2003), « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 114, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 93-108.

Nous pouvons prendre l'exemple du site d'injection supervisée *Insite* dans le Downtown East Side à Vancouver analysé par Jonathan Glendenning<sup>226</sup>. Dans l'article dédié à ce site, l'auteur met en avant les similitudes pratiques présentes entre cette structure et les dispositifs disciplinaires décrits par Michel Foucault<sup>227</sup>. Ce site est soumis à un règlement drastique : enregistrement, présentation du type et de la quantité de produit, formulaire de consentement à signer. Les expérimentations françaises semblent moins strictes en prônant l'anonymat. De plus, contrairement au Canada, la France n'a pas la "culture" du formulaire de consentement.

Le site d'injection à Vancouver est organisé selon une logique pénitentiaire, provenant de l'idéal panoptique de Bentham<sup>228</sup>, où l'ensemble des postes d'injection sont disposés autour du bureau des intervenants. Cette salle permet d' « *agir sur ceux qu'elle abrite, donner prise sur leur conduite, reconduire jusqu'à eux les effets du pouvoir, les offrir à une connaissance, les modifier* » (Foucault, 1993, p. 202). Les miroirs présents devant chaque poste sont inclinés de manière à ce que l'intervenant, de son bureau, puisse voir l'injection et ainsi corriger les gestes selon une politique de réduction des risques. Selon Jonathan Glendenning, « *si l'on se réfère à la définition de la discipline chez Foucault voulant qu'elle soit une technique de pouvoir qui aménage les probabilités que surviennent certaines conduites plutôt que d'autres en contribuant à la production d'un type déterminé de sujet, Insite est un dispositif disciplinaire* » (Glendenning, 2016, p. 204). Pour compléter son analyse, l'auteur montre les quatre éléments de la discipline présents au sein de ce site. La salle, en elle-même, répond à trois de ces quatre éléments : la répartition spatiale des individus, la surveillance de l'injection et la discipline des corps avec les corrections des gestes d'injection. Le dernier élément concerne les informations données et exigées à l'utilisateur en amont de l'injection. Ces informations ont trait à la fréquence des visites, aux types de produits consommés ainsi qu'aux quantités, aux contacts et aux rendez-vous engagés. Ces fiches sont individualisées et aident au suivi des évolutions de l'utilisateur. L'un des objectifs de ce registre est d'atteindre une normativité sociale. Ainsi, « *la salle d'injection supervisée d'Insite est ainsi "un opérateur thérapeutique"* »

---

<sup>226</sup> GLENDENNIG Jonathan (2016), « Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 28, n° 1, printemps, pp. 195-210.

<sup>227</sup> FOUCAULT Michel (1993), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> éd. : 1975).

<sup>228</sup> Type d'architecture en premier lieu utilisé dans les prisons afin que le surveillant puisse avoir une visibilité sur l'ensemble des cellules. Ce modèle a été théorisé comme espace disciplinaire permettant un contrôle social fort par Foucault.

*dans sa matérialité même. Le déploiement des disciplines chez Insite témoigne du processus de “désenfermement” par lequel les techniques disciplinaires, jadis cantonnées dans les institutions totalitaires comme l’asile et l’hôpital, s’étendent à l’échelle du corps social pour y être localement récupérées et adaptées. Le “tour de force” qu’effectue Insite est de réussir à marier une vieille technique de pouvoir, telle que la discipline, avec un modèle d’individu tel que façonné par la normativité contemporaine » (Glendenning, 2016, p. 205).*

La logique de « *périllisation* » qu’entraîne ce type de technique ne discrédite pas les logiques thérapeutiques et prohibitionnistes. Certains auteurs<sup>229</sup> s’accordent sur le fait que la politique de réduction des risques et ses composantes renforcent ces logiques, « *chacune [colonisant] un territoire de contrôle de l’usage dont la frontière (la différence) [qui] fixe encore davantage celle des autres logiques* » (Carrier et Quirion, 2003, p. 8) . Ce constat nous conduit au « *modèle des quatre piliers* » utilisé dans certains pays. Ces derniers font reposer leur politique en matière de drogues sur la prohibition, la prévention, le thérapeutique et la réduction des dommages. « *En effet, la réduction des méfaits ne propose pas de remplacer l’opération des logiques de criminalisation et de thérapeutisation, mais s’accapare un espace-temps de contrôle de l’usage à l’intérieur du cadre prohibitionniste, dans lequel se maintient la construction de l’usage sous l’angle du symptôme* » (*ibid.*, p. 18).

Ces analyses montrent le passage d’une vision compensatoire à une vision autonomiste, de l’« *activation* » en tant que politique à haut seuil à l’*empowerment*. Mais cet *empowerment* est modelé en fonction des visions du monde dans lesquelles il s’inscrit. Par exemple, ces deux techniques que sont l’activation et l’*empowerment* sont utilisées dans certains pays de l’Europe de l’Est. Ce mélange produit des actions à bas seuil d’exigence, où l’usager est au cœur du dispositif. Des politiques de réduction des dommages y sont présentes. Dans d’autres pays, nous avons davantage une vision « *additive* »<sup>230</sup>. Celle-ci a pour objectif de s’attaquer à la difficulté elle-même qui serait la consommation de drogues. Elle est plus rare mais reste ancrée dans les

---

<sup>229</sup> Comme CARRIER Nicolas et Quirion Bastien (2003), « Les logiques de contrôle de l’usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l’efficacité du langage de la périllisation », *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 1-29.

<sup>230</sup> TRÉPOS Jean-Yves (2003), « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de Sociologie*, vol. 114, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 93-108.

pays ayant des structures de soins dirigés par l'Église<sup>231</sup>. La religion est un moyen de substitution<sup>232</sup> à la consommation de drogues et aiderait à la guérison de cette maladie addictive.

Lorsque nous parlons de contrôle social, nous sommes dans l'obligation de traiter la notion de pouvoir. Dans les politiques d'*empowerment* actuelles, celui-ci n'est que très peu abordé. Ces politiques mettent davantage l'accent sur le pouvoir de réalisation plutôt que sur le pouvoir de décision, la dévolution étant écartée. Le pouvoir est limité au niveau local et s'inscrit plus dans une dimension individuelle que collective. Il est question du pouvoir sur soi plutôt que d'un pouvoir généralisé. Se voulant être développé et puissant, il n'est plus que réduit à un certain degré. Ces processus permettent de « *professionnaliser et [...] transformer [les usagers] en acteurs engagés dans la production de l'action publique, tout en les exposant à s'enfermer [...] dans une identité figée et unidimensionnelle (celle d'usager de drogues) sans pour autant leur permettre d'accéder à des revendications plus générales qui présidaient à leurs engagements associatifs (comme, par exemple, la modification des législations sur les stupéfiants qui les érigent en délinquants parce que consommateurs de drogues illégales)* » (Le Naour et Purene, 2017, p. 11).

Précédemment, nous avons pu constater des dérives potentielles des mécanismes et des stratégies d'*empowerment*. Certains auteurs, comme Irving Zola<sup>233</sup>, émettent l'idée que la médecine est une institution de contrôle social, en remplacement de la religion, qui serait « *une entreprise [...] de surveillance, construisant des sujets normés s'autocontrôlant* » (Cleirec et Trouessin, 2020, p. 8). Pour aller plus loin, d'autres<sup>234</sup> font valoir une « *normalisation disciplinaire bureaucratifiée de la régulation des corps* » (Carrier et Quirion, 2003, p. 11). Cependant, il existe une autre manière de comprendre ces différentes utilisations par rapport à la législation, à l'opinion publique ou encore plus largement à la politique. Ces processus peuvent être compris comme une volonté d'entrer dans un *statu quo* permettant à l'ensemble des parties d'y trouver partiellement leur compte.

---

<sup>231</sup> Nous parlerons davantage de l'effet de la religion sur les démarches de soins et les attendus par rapport aux usagers de drogues dans la partie descriptive du contexte allemand.

<sup>232</sup> Cette croyance n'empêche pas l'"assemblage" de la foi avec d'autres moyens de substitution médicamenteux.

<sup>233</sup> ZOLA Irving Kenneth (1972), « *Medecine as an Institution of Social Control* », *Critical Perspectives*, vol. 20, n° 4, novembre, pp. 487-504.

<sup>234</sup> TURNER Bryan (1992), *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres, Routledge.

### C.3) ... *Ou de statu quo*

Comme nous avons pu le voir, les stratégies d'*empowerment* sont, dans leurs applications, hétéroclites selon l'acteur ou la structure qui souhaite les employer. Les objectifs seront différents et les conséquences également. Dans un premier temps, nous avons pu voir les effets originels de l'*empowerment* sur les groupes d'utilisateurs. Ce processus permet aux individus d'accroître leur pouvoir d'agir, comprenant le « *pouvoir sur* », le « *pouvoir avec* » et le « *pouvoir contre* ». Le premier correspond à l'amplification des compétences individuelles amenant les personnes à avoir du pouvoir sur leur comportement et leur environnement ; le deuxième habilite les individus à « *faire groupe* » et à porter des savoirs communs ; le dernier permet à ce groupe d'accéder aux décisions politiques le concernant. La seconde version est incarnée par une logique néolibérale entraînant des perceptions de l'*empowerment* comme un moyen de responsabiliser les utilisateurs. Dans une démarche individuelle, est prôné un individu entrepreneur et rationnel se dégageant ainsi du caractère collectif et politique de l'*empowerment*. Toutefois, une troisième version, que nous pourrions nommer « *intermédiaire* », est également perceptible.

La politique de réduction des risques, dont la stratégie d'*empowerment*, est perçue comme un moyen visant à la diminution du régime prohibitionniste. Celle-ci a des origines protestataires puisqu'elle est apparue en opposition à la médiation institutionnelle. Cette volonté de faire participer l'utilisateur provient de mouvements militants. L'essor de ce phénomène, de par les évaluations positives, engage les politiques à l'insérer dans le système actuel. Nous pouvons aussi nous interroger sur les effets d'une institutionnalisation de ces politiques. Cette récupération aura-t-elle des conséquences sur les objectifs fondamentaux ou ceux-ci seront-ils détournés par des volontés, certes adjacentes, mais qui dénatureraient certains de ses principes ? Cette troisième version part justement de ce raisonnement. Une récupération politique pourrait-elle modifier les intentions de ce type de stratégies ?

Nous pourrions imaginer trois scénarios : l'une ancrant ces manières de réguler les pratiques dans le système, scénario idéaliste rendant possible l'abolition du régime prohibitionniste ; une autre intermédiaire permettant des partenariats entre l'institutionnel et le communautaire, pouvant dénaturer le processus ; et une dernière, plus pessimiste, qui consiste à laisser ces activités au domaine privé n'inscrivant pas celles-ci comme légitimes. Nous avons déjà pu entrevoir la première et la dernière version dans les parties précédentes (*cf.* partie

Réduction des risques et prohibitionnisme). Nous allons nous intéresser à la version intermédiaire, propre au modèle néolibéral. Les stratégies déployées se heurtent aux pratiques d'établissements plus traditionnels. Cette association semble être, « *selon certains, [...] une tâche périlleuse qui pourrait conduire les intervenants en toxicomanie à perdre de vue le problème majeur de santé que représente la dépendance in se* » (Landry et Lecavalier, 2003, p. 2). Les deux perspectives paradoxales ont des représentations, des prestations ainsi que des modalités d'application très différentes. Mais cette difficulté ne représente pas le plus important des obstacles. Les origines mêmes de ces stratégies compliquent son institutionnalisation, étant donné qu'elles se sont créées justement en opposition à la médiation institutionnelle.

La position dans laquelle se trouvent ces stratégies peut être perçue comme un acte de médiation. Le maintien d'une certaine législation ancestrale en matière de lutte contre les drogues apaiserait les points de vue, politique ou publique, tandis que l'installation de certaines expérimentations de la politique de réduction des risques ainsi que sa mise en application dans certaines structures engendreraient une intention de massification de cette politique. « *Si à l'origine, l'empowerment est conçu comme une stratégie opposée au modèle dominant de développement top down, il est aujourd'hui présenté par les organismes internationaux comme un moyen d'augmenter l'efficacité et la productivité tout en maintenant le statu quo plutôt que comme un mécanisme de transformation sociale* » (Calvès, 2009, p. 740).

Pour illustrer l'association entre une logique thérapeutique et une logique de réduction des risques, nous pouvons prendre les programmes de prescription d'opiacés. S'ils s'intègrent, dans l'imaginaire collectif, dans cette deuxième logique, nous pouvons remarquer qu'ils se dotent d'un caractère thérapeutique. L'objectif est de réduire les dommages tout en réduisant la criminalité chez cette population. Pour ce faire, ces programmes se basent sur des solutions thérapeutiques et, ainsi, ne peuvent être considérés comme des actions en rupture avec la "symptomatisation"<sup>235</sup> de la première logique.

Ce "statu quo" aurait pour finalité une normalisation des groupes d'usagers et une cible "cachée", celle des citoyens non consommateurs, en plus d'un objectif de neutralisation de la

---

<sup>235</sup> CARRIER Nicolas et QUIRION Bastien (2003), « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation », *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 1-29.

situation en matière de politique des drogues. L'utilisateur est vu, dans la société, comme une menace, vecteur d'éventuelles infections. De ce fait, les interventions, dont celles entrant dans une logique de réduction des dommages, seraient davantage pour le bien public que pour les consommateurs de drogues.

Cette méthode engagerait une neutralisation de cette population ainsi que de ses pratiques. Elle préparerait « *la construction de ces personnes comme productrices de risque, non seulement pour elles-mêmes, mais aussi (surtout ?) pour les personnes dont on les distingue (les résidents, les citoyens, la communauté). De notre point de vue, le langage de la périllisation semble, au contraire, favoriser la culpabilisation et la stigmatisation de la personne consommatrice hors du réseau des spécialistes de la réduction des méfaits* » (Carrier et Quirion, 2003, p. 16). Cette cible cachée pourrait représenter la figure de *statu quo* que seraient ces nouvelles techniques de régulation.

Ainsi, si ces processus sont souvent perçus comme appartenant à une troisième logique, faisant foi d'un « *rupture paradigmatique* »<sup>236</sup>, cette rupture est à nuancer. Son arrivée aurait davantage renforcé les techniques de contrôle déjà en place, en transformant un pouvoir coercitif en pouvoir dissimulé. Mais cette nouvelle logique est-elle réellement en rupture avec les déviations représentées dans celles thérapeutiques et prohibitionnistes ?

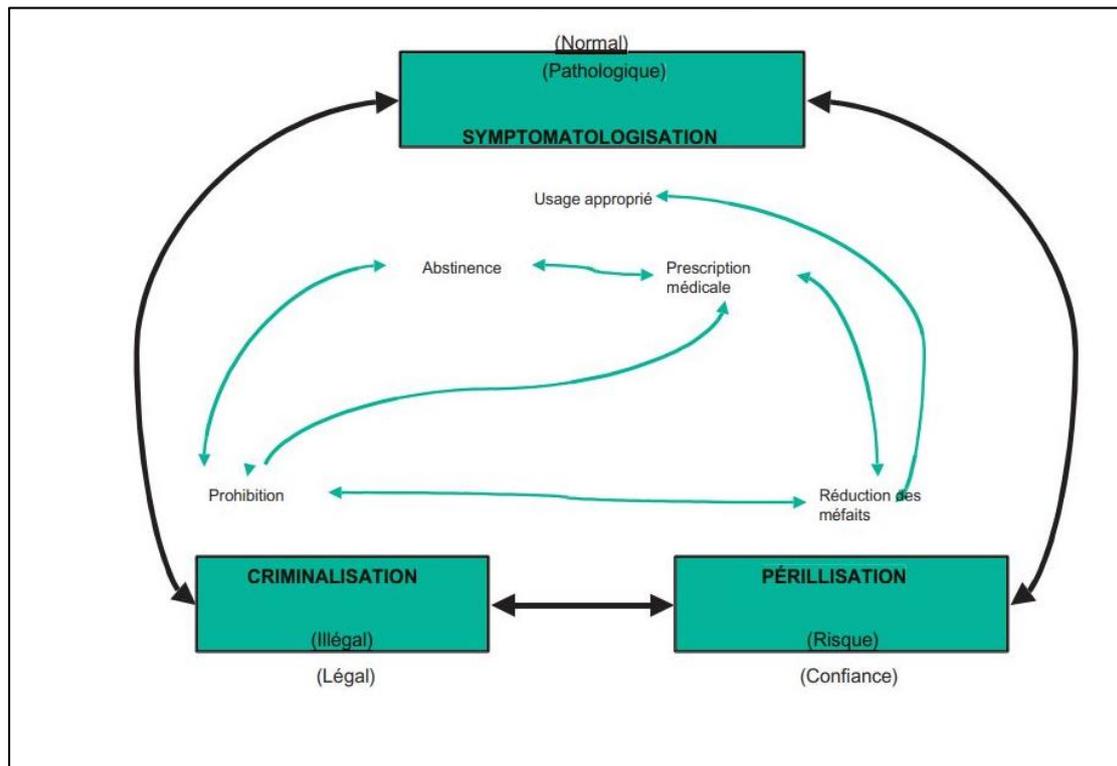
La figure ci-dessous, tirée d'un article de Nicolas Carrier et Bastien Quirion, nous montre les mouvements de ces logiques. Elle met en exergue les différentes imbrications et les rapports entre ces logiques. Ces auteurs parlent ici de « *concubinage* »<sup>237</sup> des logiques. Ces liaisons peuvent être illustrées par la persistance de la criminalisation des usagers de drogues et par l'objectif d'abstinence. « *Les trois logiques s'accommodent de leur concubinage et chacune peut récupérer à son compte, c'est-à-dire dans son langage, les produits discursifs des autres* » (*ibid.*, p. 18).

---

<sup>236</sup> Cette notion a été forgée par KUHN Thomas (1970), trad. fr. (2008), in *La Structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1962) ; cet auteur traduit ici l'idée d'une rupture plutôt qu'une accumulation. Ainsi, la politique de réduction des risques serait perçue comme une logique annihilant les autres, sans que celles-ci ne puissent coexister.

<sup>237</sup> CARRIER Nicolas et Quirion Bastien (2003), « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation », *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, 2<sup>e</sup> semestre, p. 6.

**Figure n° 6 : Concubinage et interpénétration des logiques de contrôle**



Source : Carrier et Quirion, 2003, p. 9.

Aucune logique ne peut supplanter de manière complète les logiques prohibitionniste et thérapeutique : « *La logique prohibitionniste démontre une capacité à intégrer les éléments issus des autres logiques concubines sans toutefois devoir opérer des transformations significatives dans sa propre logique interne* » (ibid., p. 18). Ainsi, le caractère criminogène de ces usages demeure, malgré des logiques concurrentes et idéologiquement différentes.

Nous aurions pu traiter la question des réels bénéficiaires de ces nouvelles stratégies de régulation. Plusieurs études montrent que ces programmes profitent davantage aux usagers les moins marginalisés (comme ceux devenant médiateur santé pair ou pair-aidant) : « *Des populations vulnérables [échappent] en partie à la réduction des risques et des contextes de vulnérabilité [surexposent] au risque* » (Jaufret-Roustide, 2011, p. 103). C'est en pointant l'ensemble des conditions d'accès à un profil de médiateur santé pair ou encore de pair aidant que nous pouvons poser cette hypothèse. Il serait intéressant d'étudier les profils de ces usagers pour comprendre à qui ces stratégies de réduction de risque bénéficient réellement. S'il y a une cible particulière, n'est-elle pas le résultat de l'institutionnalisation de ces pratiques et un objectif dissimulé ?

Cette section nous a permis, en plus d'éclaircir un concept flou induit par sa traduction, de percevoir plusieurs approches du concept d'*empowerment* et, plus généralement, de la logique dans laquelle il s'inscrit. Ces différentes traductions apportent des applications diverses. Le fait même que ce processus n'ait pas une et une seule traduction permet aux divers acteurs de l'utiliser de plusieurs façons. Parfois pris sous un angle collectif ou individuel, comme une fin ou comme un moyen, ces termes peuvent entraîner des dérives. À l'origine, il n'y a qu'un seul processus d'*empowerment*, collectif, dynamique, inscrit dans une approche ascendante. Cependant, à travers les illustrations précédentes, nous avons observé plusieurs *empowerments*. Ces derniers répondent à des logiques différentes : compensatoire, additive ou autonomiste. Cette dernière serait la seule à pouvoir incarner fidèlement l'*empowerment*. Pour autant, dans certaines illustrations, l'application de cette logique ou les intentions peuvent différer, ce qui peut faire entrer l'*empowerment* simultanément dans ces trois logiques.

Si ces stratégies ont pour ambition de répondre à une logique de réduction des risques par opposition à celles thérapeutiques et prohibitionnistes, dans la pratique, celles-ci pourraient allier ces démarches pourtant, de prime abord, antagonistes. La logique prohibitionniste a pour ambition l'abolition de l'usage, celle thérapeutique l'éradication des origines des pathologies, et la réduction des risques l'abolition des pratiques à risque. Ces exemples montrent le passage d'une société se basant sur la discipline et la culpabilité à une société prônant l'autonomie et la responsabilité. En arrêtant notre analyse à ce stade, nous pourrions affirmer que l'*empowerment* conserve ses objectifs fondamentaux d'émancipation. Mais, en allant plus loin, nous remarquons de nouvelles manières d'instaurer un contrôle social qui serait davantage dissimulé.

De manière moins autoritaire, les individus sont dorénavant soumis à la normativité sociale imposée par des injonctions. Cette normativité signale les exigences de la société envers les populations ciblées. Alain Ehrenberg le rappelle : « *S'il est vrai que l'autonomie, "le fait d'agir de soi-même", est une caractéristique générale de l'action humaine, sur un plan sociologique on pourrait dire que la norme sociale pousse à acquérir une discipline de l'initiative (y compris dans les emplois ouvriers et employés). L'obéissance mécanique ("les corps dociles" décrits par Foucault) n'a évidemment pas disparu, mais elle a été englobée dans l'initiative qui lui est supérieure en valeur. Autrement dit, ce qu'on appelle l'individualisme aujourd'hui désigne une dynamique d'institution de l'individu comme mode d'action. L'élargissement des frontières de soi inhérent à ce procès s'est accompagné de l'augmentation*

*parallèle de la responsabilité individuelle et de l'insécurité personnelle* » (Ehrenberg, 2005, pp. 19-20). Cette domination de type contemporain se base ainsi sur des injonctions à la responsabilisation et de l'individualisation.

Nous avons choisi d'envisager plusieurs manières d'appréhender ces concepts. La multiplicité des théories sociologiques et des manières dont nous pouvons étudier un phénomène, nous a poussée à développer plusieurs interprétations. Nous sommes passée de courants marxistes ou féministes à des courants plus neutres, en apparence, par souci de scientificité ou d'objectivité. Cette mosaïque réflexive nous a permis de mettre en lumière plusieurs facettes de l'*empowerment* et de la logique dans laquelle il s'inscrit et ainsi d'interroger ses différents ancrages et interprétations<sup>238</sup>. Pour compléter cette analyse et prendre du recul sur ces interprétations, nous allons, à présent, discuter des représentations des drogues ainsi que des usagers.

### 3) La représentation des drogues et des usagers

Sans revenir sur l'histoire des représentations de la drogue et de son usage, nous souhaitons comprendre pourquoi son évolution est un processus lent et complexe. Entre compassion et opprobre, l'usager reste engagé idéologiquement par la société dans la question du risque où les enjeux publics et privés se confrontent.

Ces différentes acceptions nous ont poussée à prendre appui sur les représentations sociales comme l'une de nos grilles de lecture. Nous prendrons l'expression « *représentation sociale* » comme « *l'ensemble organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné, [elles] sont reliées à des systèmes de pensées plus larges (idéologiques ou culturels), à un état des connaissances scientifiques, comme à la condition sociale et à la sphère de l'expérience privée et affective des individus* » (Dany, Dormieux et Futo, 2006, p. 94). Cette démarche, par les univers représentatifs, nous permettra de mettre l'accent sur le rapport que l'individu entretient avec l'usage de drogue et la politique de réduction mais également la réception de ce rapport dans un contexte social.

---

<sup>238</sup> Nous expliquerons ces choix méthodologiques dans le chapitre suivant.

Les objectifs sont divers : l'appréhension des univers représentationnels des drogues et des ses usagers, la mise en relation des représentations avec les politiques<sup>239</sup> de réduction des risques, la compréhension des systèmes de perceptions en fonction des classifications et la mise en lumière du poids des entrepreneurs de morale.

Nous débuterons avec différentes définitions de la drogue. Celles-ci nous permettront d'analyser plusieurs classifications, celle des effets et celles des dangers, afin de montrer les différences entre ces approches ainsi que des divergences internes. Nous pouvons alors mettre en exergue différents points de vue sur la drogue et ses usagers pour justifier notre partie précédente concernant la multiplicité de politique de réduction. Ensuite, nous analyserons ces représentations au travers de la notion de « *déviance* ». Pour cela, nous allons tout d'abord expliquer la construction des normes. Celles-ci sont instituées, construites socialement, et constituantes de la déviance. Pour comprendre la relativité de ces termes, nous allons prendre l'angle des « *entrepreneurs de morale* ». Nous verrons qui ils sont ainsi que les effets qu'ils ont sur les représentations à travers les normes qu'ils induisent. À ce titre, nous explorerons deux exemples que sont la régulation de la consommation de cannabis et la résistance du régime prohibitionniste dans le cadre de l'implantation des salles de consommation à moindre risque en France.

Après avoir présenté les classifications liées aux drogues, nous terminerons avec les représentations de l'utilisateur. Les normes sont mouvantes ; elles changent selon la temporalité, l'espace et les groupes sociaux dans lesquelles elles s'établissent. Toutefois, dans notre étude, nous ne souhaitons pas étudier l'évolution des représentations sociales mais davantage nous concentrer sur celles actuelles, ce qui nous permettra de contextualiser nos résultats et de les mettre en rapport avec les politiques publiques actuelles.

## A) Des perceptions diverses de la dangerosité des drogues

### A.1) Définition de la drogue

Pour cette définition, nous allons partir de différents propos recueillis dans plusieurs dictionnaires. Le *Petit Robert* donne à voir deux caractérisations de la « *drogue* » : l'une comme un médicament élaboré par des non-spécialistes, l'autre comme une substance toxique. La

---

<sup>239</sup> Nous insistons sur le pluriel que nous avons attribué à cette politique. Précédemment, nous avons vu que la politique de réduction des risques n'était pas universelle et qu'elle pouvait prendre des formes diverses.

drogue est un composé qui peut être naturel, extrait d'une plante ou d'un champignon, biochimique, avec un traitement chimique sur une substance naturelle ou non, fabriqué en laboratoire à partir de produits uniquement de synthèse.

Ces substances, naturelles ou artificielles, possèdent la capacité d'altérer ou de perturber des activités neuronales ainsi que leurs communications. Ce terme s'étend aux drogues licites, mais parfois réglementées, telles que l'alcool, la nicotine et les médicaments, et à celles illicites comme le cannabis, la cocaïne et l'héroïne. La prise de drogues modifie les fonctions physiologiques ou psychiques : les sensations, les perceptions, la motricité et les humeurs ou encore les états de conscience. Cette consommation peut entraîner des dépendances physiques et psychiques ainsi que des dangers ou des risques selon plusieurs facteurs comme l'âge, le mode de consommation, la fréquence ou encore le sexe du consommateur. Lorsqu'elle engendre des effets sur le système nerveux, nous parlons alors de psychotropes. Ce vocable introduit une signification juridique classant les drogues dites "vénéneuses".

Pour ne pas empiéter sur d'autres définitions, nous allons nous intéresser uniquement à un type d'addiction, celui des psychotropes<sup>240</sup>, en mettant de côté ceux concernant l'alimentation, la sexualité ou encore les jeux vidéo. Le vocable « *drogue* » se caractérise par deux aspects : celui de la nature des effets biologiques dus à la consommation, et le rapport entre la drogue et le consommateur. Ce terme n'a pas d'étymologie précise. Dans les travaux contemporains, il pourrait provenir du néerlandais « *droog* » qui signifie « *matière sèche* » ou du persan « *droa* », odeur aromatique, ou encore de l'hébreu « *rakab* », parfum. Ces différentes acceptions incarnent les prémices des drogues actuelles puisqu'elles concernent toutes des matières premières vendues dans les épiceries.

Dans son sens large, la drogue est un produit aux propriétés médicamenteuses, brut ou transformé. Nous nous focaliserons sur sa terminaison actuelle relative aux effets psychotropes d'une substance. La définition choisie sera donc la suivante, tirée du dictionnaire médical rédigé par Christian Thomsen s'appuyant sur la description de l'Institut de santé publique belge : « *Une drogue est une substance psycho-active utilisée à des fins non médicales. D'une manière plus générale, toute chose ou situation pouvant provoquer un état de dépendance (une addiction) peut être qualifiée de drogue* » (Thomsen, 2015, p. 25). Le terme possède une

---

<sup>240</sup> Dans l'ensemble de ce travail, nous utiliserons le mot « *drogue* » qui sera ici synonyme de « *psychotropes* ».

pluralité de terminaisons liée à son ubiquité mais aussi à sa production grandissante et élargie due aux valeurs contemporaines actuelles telles que la performance ou la recherche de sensations fortes<sup>241</sup>. Ainsi, il doit être défini selon l'angle que le chercheur souhaite privilégier. Si nous prenons la désignation actuelle de ce vocable, cela ne nous permettra pas de comprendre la réalité des drogues. Aujourd'hui, il est perçu comme une menace engageant maladie ou décès. Son traitement médiatique se concentre sur la dépendance, la dangerosité et l'interdiction.

Lorsque la drogue est caractérisée de « *stupéfiant* », elle possède un caractère juridique. Cette signification permet de différencier celles légales de celles illégales. Les substances psychoactives interdites sont listées<sup>242</sup> et leurs usages sont contrôlés : les hallucinogènes, le cannabis, la cocaïne, certains médicaments (avec règles de délivrance strictes) et d'autres. Les produits appartenant à la catégorie de « *drogues* » sont classés pour encadrer l'utilisation et pour éviter de restreindre leurs usages au seul motif médical.

La drogue entraîne plusieurs effets que nous pouvons distinguer par une catégorisation liée aux sensations : l'apaisement, la tranquillité, la stimulation, l'hallucination. Cette classification comprend les « *dépresseurs* », les « *stimulants* », les « *hallucinogènes* » et les « *stimulants-hallucinogènes* ». Les premiers produisent des effets sur le cerveau par le ralentissement de certaines fonctions neuronales ou de sensations. Les seconds entraînent l'accroissement des sensations et de certaines fonctions organiques. Les « *hallucinogènes* » transforment les perceptions visuelles, auditives et corporelles. La dernière catégorie mêle les effets des deux types précédents, c'est-à-dire la stimulation et la distorsion des perceptions.

L'ensemble des définitions précédentes dépossèdent les drogues d'un aspect pourtant très important : l'hédonisme. Ces substances suscitent des effets pouvant s'apparenter au plaisir. C'est justement celui-ci qui incite à la répétition des consommations instaurant la drogue comme un besoin et ainsi au passage à l'addiction.

---

<sup>241</sup> MOREL Alain (sous la dir. de) (2015), « Les drogues : définition et classification », in MOREL Alain, *Addictologie. En 49 notions*, Paris, Dunod, pp. 21-29.

<sup>242</sup> Cette liste est régulièrement mise à jour par rapport à l'évolution des produits consommés. Cependant, la vitesse de progression des produits de synthèse sur le marché est importante, ce qui ne permet pas, parfois, l'éclaircissement des statuts juridiques des nouvelles drogues. Certaines se trouvent donc dans un flou juridique.

Finalement, les drogues sont des substances modifiant les perceptions, les ressentis émotionnels, les pensées et les comportements. Les risques et dangers induits par la consommation sont multifactoriels : selon les substances, les individus en termes biologiques et psychiques, les manières de consommer, les fréquences, les raisons de l'usage ou encore les quantités. Ces différents éléments sont des composantes acquises et génétiques.

La distinction entre drogues légales et illégales n'est pas construite uniquement sur la dangerosité. Certains aspects comme l'histoire ou la culture peuvent modifier cette classification. Nous devons dès lors analyser les différentes hiérarchisations utilisées dans notre société. Ces répartitions sont créées à partir de plusieurs éléments tels que le statut juridique, les effets, comme nous l'avons vu précédemment, ou encore par rapport à la dangerosité. Toutefois, à l'intérieur même d'un type de classification, existent des dissemblances.

#### *A.2) Des classifications différentes : effets et dangers*

Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, plusieurs essais de construction de catégories des psychotropes ont été avancés. Cette diversité est liée aux différents regards historiques portés sur les drogues. Celles-ci sont considérées à partir de points de vue divers : celui juridique par rapport à sa nécessité ou à sa dangerosité relative ; celui médical avec une attention sur les effets ; celui sanitaire et social quant aux risques encourus par l'usage. Ces classifications, bien qu'elles soient parfois contradictoires, permettent la régulation de l'utilisation de certaines substances dans les domaines comme la médecine ou l'industrie pharmaceutique.

Pour introduire une telle classification, nous avons décidé de nous baser sur celle créée par le Réseau national d'Information et de Documentation TOXIBASE. Cette base de données a pour objectif de fournir des informations sur toutes les drogues addictives, que ce soit pour des recherches ou pour obtenir des informations sur une drogue. Cette base nous montre neuf grandes familles<sup>243</sup> de produits psychoactifs : les alcools, la nicotine, le cannabis, les hallucinogènes, les opiacés, la cocaïne et le crack, les amphétamines et leurs dérivés, les solvants et inhalants, les médicaments détournés de leur usage tels que les antidépresseurs ou hypnotiques.

---

<sup>243</sup> Cette base avance d'autres catégories comme le café mais nous avons choisi de mettre en avant uniquement les drogues pouvant entrer dans notre objet d'étude.

Il y a une première classification qui pourrait être proposée, celle concernant les origines : naturelles, semi-synthétiques et synthétiques. Les psychotropes naturels correspondent, par exemple, à la nicotine contenue dans le tabac, au cannabis ou encore à la cocaïne. L'héroïne et le LSD sont, quant à eux, des drogues semi-synthétiques. Le caractère synthétique des produits s'applique davantage aux médicaments mais aussi à l'ecstasy ou au GHB. Contrairement aux deux origines précédentes, le qualificatif de « *synthétique* » est nommé couramment. Nous parlons souvent de « *drogues de synthèse* » tandis que nous ne dirons pas « *drogues naturelles* ». Cette classification est ainsi ancrée dans les discours depuis plusieurs décennies.

Une seconde classification a été amenée par le pharmacologue Denis Richard<sup>244</sup>, basée sur le mode d'administration des drogues. L'auteur distingue les produits injectés, ceux fumés, ceux "sniffés" et ceux ingérés. Cette distinction reste, avec la précédente, la moins controversée puisqu'elle ne peut subir de transformations selon les points de vue existants. *A contrario*, selon l'auteur ou la temporalité, les classifications médicales fluctuent.

Celles-ci sont basées sur des observations cliniques et sur des ambitions thérapeutiques. Elles se sont formées à partir de typologies concernant les effets des produits. Nous allons décrire trois classifications médicales : celle de Louis Lewin en 1924, celle de Jean Delay et Pierre Deniker en 1957, et celle de Jean Thuillier et Yves Pelicier en 1991.

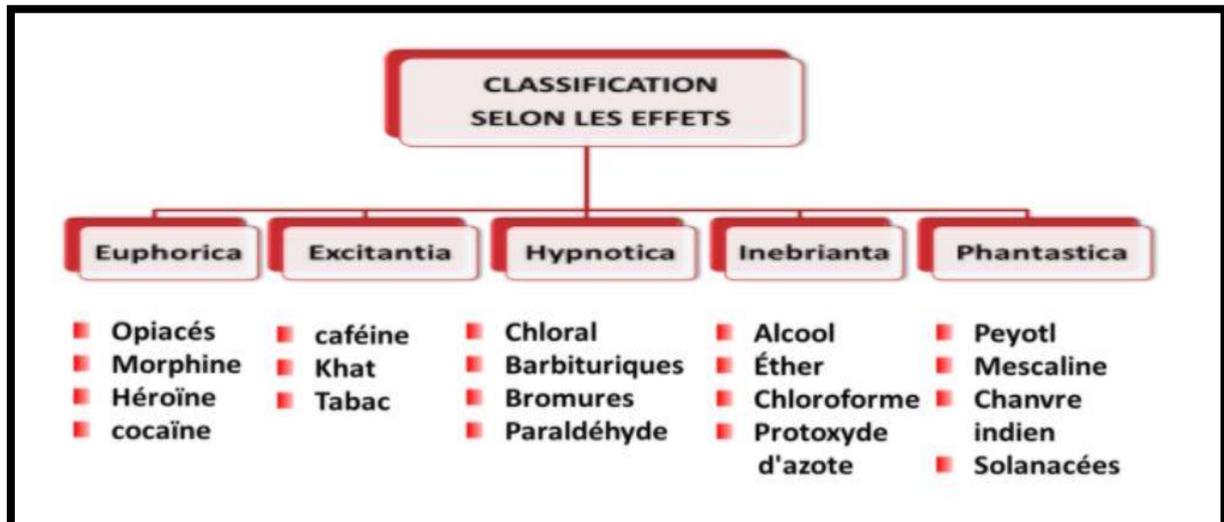
La classification de Lewin se forme autour de cinq groupes nommés en latin : *Euphorica*, *Phanteastica*, *Inebrantia*, *Hypnotica*, *Excitentia*. C'est la première classification à prendre en compte les effets. *Euphorica* regroupe les psychotropes qualifiés de « *calmants* » ; les « *hallucinogènes* » ; l'*Inebrantia* mêle une action d'excitation suivie d'une dépression ; l'*Hypnotica* caractérise les drogues constituées d'agents calmants et de somnifères ; le dernier élément possède des effets stimulants. Ces « *poisons de l'esprit* »<sup>245</sup> se consacrent aux effets de plaisir et non aux effets secondaires ou indésirables dus à l'usage. Cependant, cette classification possède des limites. Si les drogues récentes n'y figurent pas, elle ne prend pas en compte les effets engendrés par la variation de la quantité consommée.

---

<sup>244</sup> RICHARD Denis (2005), *Les Drogues*, Paris, Armand Colin.

<sup>245</sup> Louis Lewin a qualifié les drogues de « *poison de l'esprit* ». Cette expression a beaucoup été reprise, notamment par YVOREL Jean-Jacques (1992), *Les Poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Quai Voltaire.

Tableau n° 18 : Classification de Louis Lewin, 1924



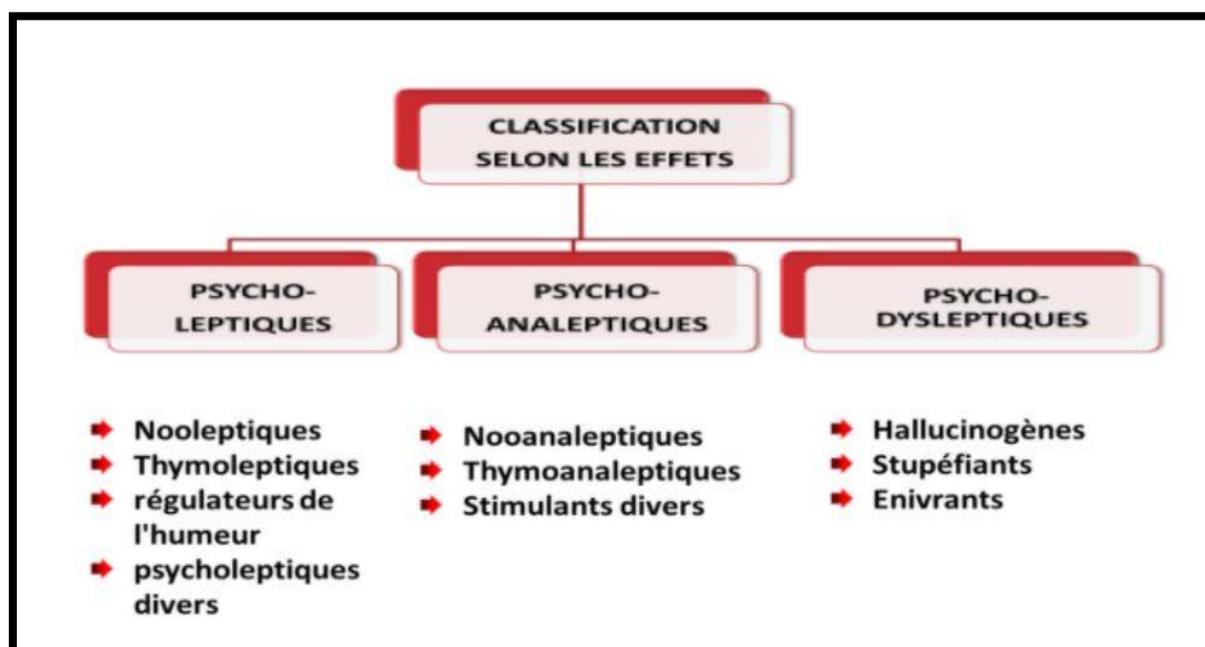
Source : <https://b.21-bal.com/pravo/3505/index.html>.

Jean Delay et Pierre Deniker proposent une catégorisation uniquement axée sur les effets sur le système nerveux : les sédatifs, les excitants, les psychodysléptiques (hallucinogènes), les régulateurs. Ces auteurs se concentrent sur les effets biologiques de l'usage. La dernière classification, de Guy Thuillier et d'Yves Pelicier, tente de moderniser et de simplifier celle précédemment évoquée. Pour cela, sont mis en avant trois groupes de drogues : les déprimeurs, les stimulants et les perturbateurs.

Ces classifications suivent une trame homogène, à l'inverse de celles sanitaires et sociales. Les précédentes s'intéressaient aux effets des drogues tandis que celles que nous allons analyser se focalisent plus sur les risques et les dangers. Celles sanitaires et sociales s'attachent à expertiser le pouvoir toxicomanogène (les degrés de tolérance et de dépendance) et à voir les risques éventuels en fonction du degré de consommation. La première classification est celle de l'OMS en 1971.

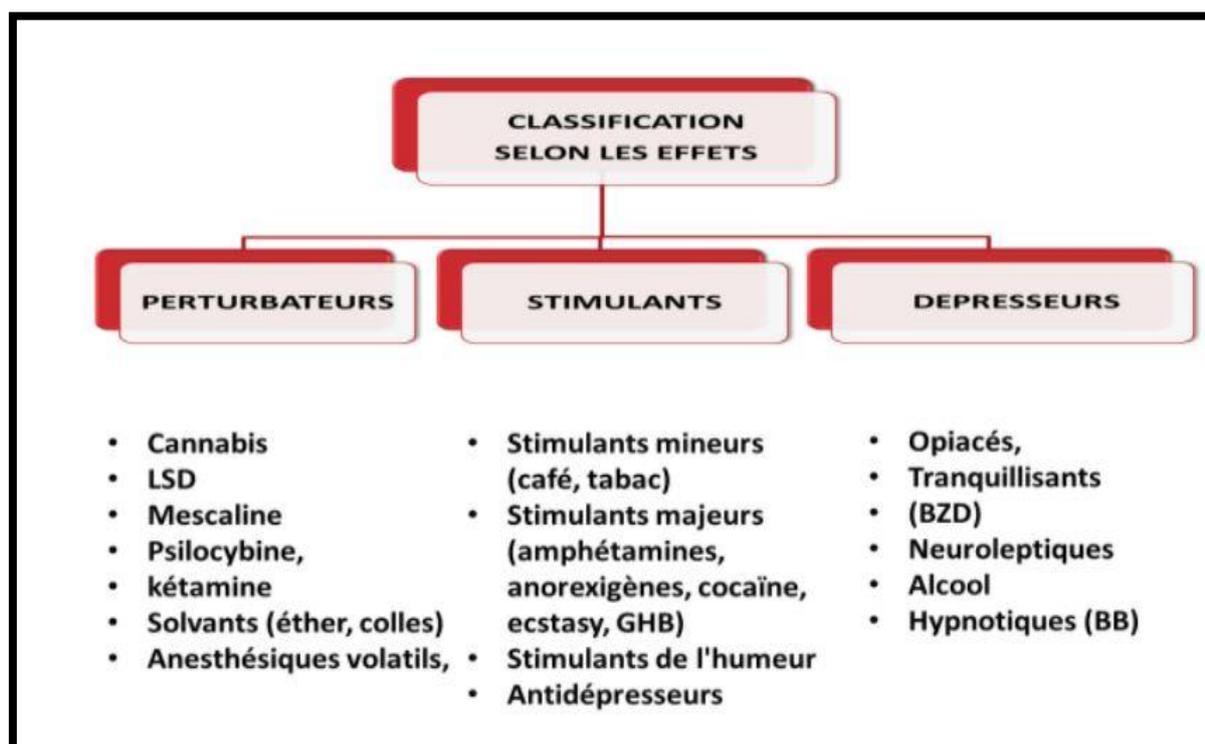
Cette organisation classe les produits en fonction de leur propension à entraîner une dépendance physique, psychique mais également la tolérance. Chaque produit est alors défini au regard de ces trois critères et noté à partir des items présents dans le tableau ci-dessous. Par exemple, l'alcool entraîne une dépendance psychique de « moyenne à marquée », une dépendance physique de « moyenne à marquée » et une tolérance « certaine ».

Tableau n° 19 : Classification de Delay et Deniker, 1957



Source : <https://b.21-bal.com/pravo/3505/index.html>.

Tableau n° 20 : Classification de Thuillier et Pelicier, 1991



Source : <https://b.21-bal.com/pravo/3505/index.html>.

**Tableau n° 21 : La dangerosité des drogues selon l’OMS en 1971**

| Drogue               | Dépendance physique | Dépendance psychique | Tolérance                                |
|----------------------|---------------------|----------------------|--|
| Alcool               | moyenne à marquée   | moyenne à marquée    | certaine                                 |
| Opiacés              | marquée             | modérée à moyenne    | marquée                                  |
| Cocaïne              | aucune              | modérée à marquée    | aucune                                   |
| Barbituriques        | moyenne à marquée   | moyenne à marquée    | substantielle                            |
| Amphétamines         | minime              | moyenne à marquée    | aucune                                   |
| Khat                 | minime              | moyenne à modérée    | minime                                   |
| Solvants, inhalants  | minime              | moyenne à modérée    | possible avec certains produits          |
| Hallucinogènes (LSD) | aucune              | moyenne à modérée    | peut-être marquée avec certains produits |
| cannabis             | minime              | moyenne à modérée    | possible à fortes doses                  |

Source : <http://paul-keirn.over-blog.com/article-quid-du-khat-de-la-plante-a-la-drogue-de-synthese-48284997.html>.

Cette classification reste imprécise en matière d’évaluation et possède des manques. Pour les illustrer, certains psychotropes ne sont pas pris en compte comme le tabac et des tranquillisants.

Une seconde classification a été proposée en 1978 par Monique Pelletier. Elle se base sur celle de l’OMS puisqu’elle garde l’ensemble des critères vus précédemment. Pour améliorer le classement construit par cette organisation, elle applique les règles de ce classement à l’ensemble des drogues caractérisées par un contrôle juridique. Les évaluations faites par cette avocate sont échelonnées de 0 à 4. Pour montrer la précision plus importante de cette classification par rapport à celle de l’OMS, nous pouvons prendre le même exemple développé précédemment avec l’alcool. Pour rappel, l’OMS caractérisait l’alcool par une dépendance psychique de « *moyenne à marquée* », une dépendance physique de « *moyenne à marquée* » et une tolérance « *certaine* », tandis que la classification de Pelletier précise ces degrés : l’alcool entraîne une dépendance psychique « *forte* », une dépendance physique « *forte* » et une tolérance « *forte* ».

La dernière classification sanitaire et sociale est celle du rapport Roques en 1998. À la demande du secrétariat d’État français de la Santé, cette étude<sup>246</sup> a été engagée concernant le

<sup>246</sup> Elle fut l’une des premières de ce type associant psychiatres, neurobiologistes et autres spécialistes dans le domaine de l’addiction.

problème de la dangerosité des drogues. Cette approche est globale puisqu'elle concerne l'aspect médical et celui des risques sociaux. Elle est fondée sur plusieurs critères : l'activation des circuits dopaminergiques de "récompense", l'établissement d'une hypersensibilité à la dopamine, l'activation des récepteurs aux opiacés, la dépendance physique, la dépendance psychique, la neurotoxicité, la toxicité générale, la dangerosité sociale, la possibilité de traitement de substitution<sup>247</sup>. Cette approche met en avant des éléments qui n'ont pas pu être observés par les classifications précédentes tels que la faible neurotoxicité de l'héroïne mais surtout les méfaits de l'alcool, classé de « *fort* » à « *très fort* » pour l'ensemble des éléments analysés. Le cannabis, quant à lui, est associé à des résultats de « *faible* » à « *nul* » alors qu'il est aujourd'hui sujet à controverse entre deux points de vue antagonistes : sa banalisation et sa sanction.

**Tableau n° 22 : Classification de Monique Pelletier (1978), basée sur celle de l'OMS (1971)**

| Substances            |                                       | Dépendance psychique | Dépendance physique | Tolérance |   |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------|---|
| Stupéfiants           | <i>Opiacés</i>                        | Opium                | 4                   | 4         | 4 |
|                       |                                       | Morphine             | 4                   | 4         | 4 |
|                       |                                       | Héroïne              | 4                   | 4         | 4 |
|                       | <i>Morphino-mimétiques</i>            | Péthidine            | 4                   | 4         | 4 |
|                       |                                       | Dextromaramide       | 4                   | 4         | 4 |
|                       |                                       | Dextrométhorphane    | 4                   | 4         | 4 |
| Stimulants            |                                       | Coca                 | 3                   | 0         | 2 |
|                       |                                       | Cocaïne              | 4                   | 0         | 4 |
| Hallucinogènes        |                                       | LSD                  | 1                   | 0         | 0 |
|                       |                                       | Mescaline            | 1                   | 0         | 0 |
|                       |                                       | Psilocybine          | 1                   | 0         | 0 |
|                       |                                       | Haschisch            | 2                   | 0         | 0 |
|                       |                                       | Cannabis             | 1                   | 0         | 0 |
| Médicaments détournés | <i>Stimulants</i>                     | Amphétamines         | 4                   | 1         | 4 |
|                       |                                       | Métamphétamines      | 4                   | 1         | 4 |
|                       |                                       | STP                  | 4                   | 1         | 4 |
|                       | <i>Hypnotiques et tranquillisants</i> | Barbituriques        | 3                   | 4         | 3 |
|                       |                                       | Non barbituriques    | 2                   | 2         | 3 |
|                       | <i>Analgésiques non opiacés</i>       | Tranquillisants      | 4                   | 1         | 3 |
|                       |                                       | Péthacétine          | 4                   | 0         | 2 |
| Autres substances     |                                       | Amydopyrine          | 4                   | 0         | 2 |
|                       |                                       | Alcool               | 3                   | 3         | 3 |
|                       |                                       | Tabac                | 2                   | 0         | 2 |
|                       |                                       | Solvants volatils    | 3                   | 1         | 4 |

0 = nulle ; 1 = faible ; 2 = moyenne ; 3 = forte ; 4 = très forte

Source : <https://b.21-bal.com/pravo/3505/index.html>.

<sup>247</sup> Rapport sur l'impact éventuel de la consommation de drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs (2002).

**Tableau n° 23 : Classification du rapport Roques<sup>248</sup> (1998)**

|                      | Héroïne (opioïdes) | Alcool     | Tabac      | Cocaïne                  | MDMA                 | Psychostimulants              | Benzodiazépines     | Cannabinoïde (Chanvre et dérivés) |
|----------------------|--------------------|------------|------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| Dépendance physique  | très forte         | très forte | forte      | faible                   | très faible          | faible                        | moyenne             | faible                            |
| Dépendance psychique | très forte         | très forte | très forte | forte mais intermittente | ?                    | moyenne                       | forte               | faible                            |
| Neurotoxicité        | faible             | forte      | nulle      | forte                    | très forte (?)       | forte                         | nulle               | nulle                             |
| Toxicité générale    | forte <sup>1</sup> | forte      | très forte | forte                    | éventuellement forte | forte                         | très faible         | très faible                       |
| Dangerosité sociale  | très forte         | forte      | faible     | très forte               | faible (?)           | faible (exceptions possibles) | faible <sup>2</sup> | faible <sup>2</sup>               |

1: nulle pour méthadone et morphine en usage thérapeutique  
2: sauf conduite automobile où la dangerosité devient alors très forte

Source :

<https://www.google.fr/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.asud.org%2Fthemes%2Fcannabis%2Fpage%2F3%2F&psig=AOvVaw1lhX8o1gyv5v198B18VjYb&ust=1617803948892000&source=images&cd=vfe&ved=0CA0QjhxqFwoTCKiLivz16e8CFQAAAAAdAAAAABAQ>

La pluralité de classifications montre bien l'existence d'une diversité de perceptions. Selon le point de vue, par les effets, par la dangerosité, les drogues peuvent être appréhendées de plusieurs manières. Ainsi, la définition de ces produits est indispensable. Si nous prenons une classification médicale, juridique ou sanitaire et sociale, les approches seront différentes et les résultats divers. Pour terminer, une dernière classification, non scientifique, entraînera une analyse plus approfondie des représentations sociales de ces substances et de leur usage : celle des drogues « dures » et « douces ».

### A.3) Des représentations de la dangerosité composites

Nous allons maintenant développer l'analyse d'une classification qui est ni juridique, ni médicale, ni sanitaire ni sociale. Pour autant, elle repose sur le critère de dangerosité comme évoqué précédemment. Toutefois, ces critères sont arbitraires puisqu'il n'y a aucune base scientifique. Les drogues qualifiées de "dures" sont celles créant une dépendance et ayant pour mode d'administration l'injection. Les "douces", comprenant le cannabis et parfois la nicotine et l'alcool, sont davantage acceptées socialement par le biais d'éléments tels que la banalisation,

<sup>248</sup> ROQUES Bernard (1999), *La Dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob.

les représentations positives ou encore une représentation de substances moins nocives. Elles sont souvent nommées « *drogues d'accès* » du fait d'une certaine facilité à s'en procurer.

Cette classification aurait pu être basée sur celle, juridique, des drogues légales et illégales, mais le cannabis est une fausse analogie. Pourtant, certains types de cannabis possèdent de réels dangers, surtout lorsqu'ils sont génétiquement modifiés. Ce classement se divise donc entre drogues injectables et drogues avec d'autres voies d'administration. L'injection serait l'aspect introduisant une drogue au sein de la catégorie "dure". Plusieurs drogues injectables sont également fumables ou inhalables. Ce classement serait ainsi modulable selon le mode de consommation, sinon nous pourrions considérer que le LSD ou l'ecstasy, qui se consomment par voie orale, seraient des drogues "douces". Dans les perceptions sociétales, au sein de cette distinction, ces drogues sont jugées "dures".

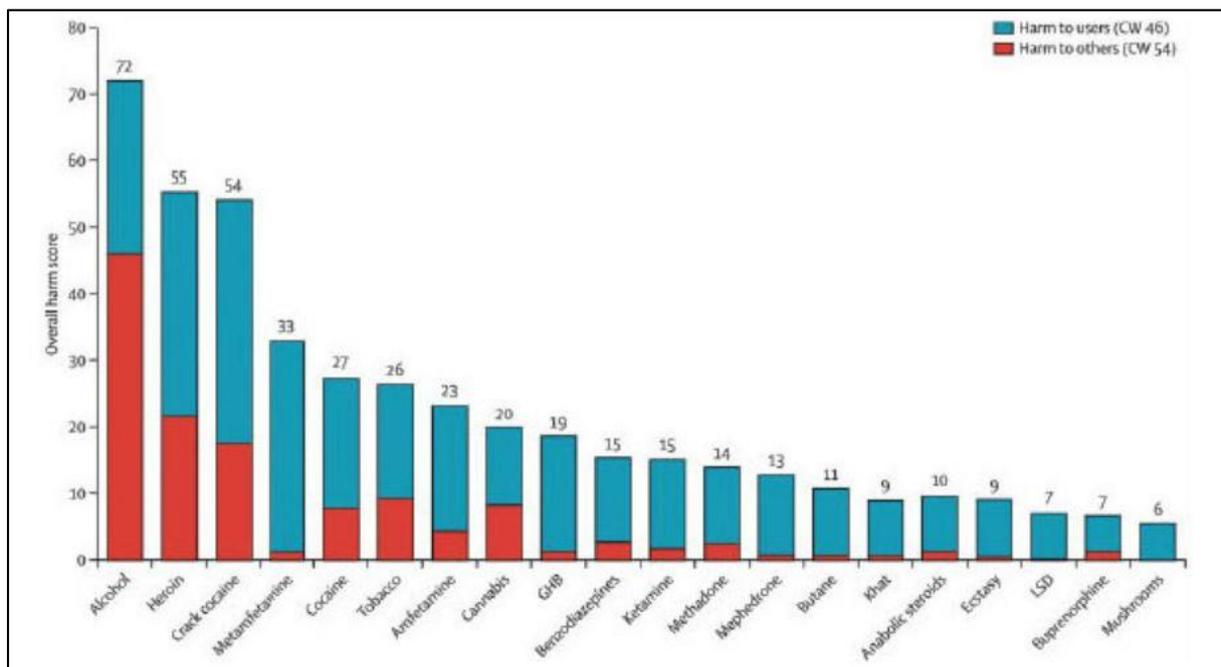
Une telle catégorisation impliquerait une dissociation entre des consommateurs « *à haut risque* » et d'autres « *à moindre risque* ». Pour autant, plusieurs études prouvent que les usagers "addicts" sont souvent des polyconsommateurs. D'où provient cette classification ? Comment a-t-elle été construite et quels sont ces objectifs ? Les précédentes approches, sanitaires et sociales, juridiques et médicales avaient toutes des objectifs bien définis : la diminution des prises de risques des individus, la baisse des consommations par la sanction, la régulation pour la sécurité publique et des visées thérapeutiques.

Finalement, cette catégorisation entre drogues "dures" et "douces" ne se base pas sur la dangerosité définie par rapport au niveau de dépendance et aux effets. Cette façon d'opérer est davantage utilisée pour dramatiser le phénomène et transmettre des perceptions de différents degrés de maux que représentent les drogues.

Cette dangerosité est pourtant un élément intéressant pour classer les psychotropes mais le problème concerne le choix des critères d'évaluation de cette dangerosité. Nous pouvons prendre le niveau de dépendance, celui de nocivité pour la santé, les nuisances sociales ou le risque d'accident. Les charges de dangerosité ne seront pas équivalentes si nous prenons l'un ou l'autre des facteurs. De plus, la nocivité est variable en fonction de la pureté du produit, de la quantité, de la fréquence, du contexte, de l'environnement ou du mode d'administration.

La figure suivante, tirée d'une étude britannique<sup>249</sup>, concerne les degrés de dangerosité pour le consommateur et pour la société civile. Sont qualifiés les méfaits de l'usage de drogues pour vingt substances sur une échelle de dangerosité allant de 0 (le minimum) à 100 (le maximum) afin de mettre en avant les différences entre les substances les moins et les plus nocives. Les auteurs de cette étude ont étudié ces dommages à l'aide de seize critères dont neuf pour les consommateurs, comme la mortalité, la dépendance ou encore les nuisances sur la santé, et sept pour ceux causés à autrui comme les violences publiques, les crimes et délits ou encore les conflits familiaux.

**Figure n° 7 : Dangerosité pour le consommateur/ le non-consommateur**



Source : NUTT David, KING Leslie, SAULSBURY William et BLAKEMORE Colin (2007), « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », *The Lancet*, vol. 369, n° 9576, juin, pp. 1047-1053.

Contrairement aux représentations sociales qui considèrent les drogues telles que les amphétamines ou l'ecstasy comme plus dangereuses que le cannabis ou l'alcool, cette figure montre des résultats bien différents. Ainsi, l'alcool arrive en tête de liste avec le score de dommages le plus élevé. Ces préjugés sont plus importants pour la société civile que pour les consommateurs eux-mêmes. L'ecstasy, de son côté, possède un score très peu élevé, et les

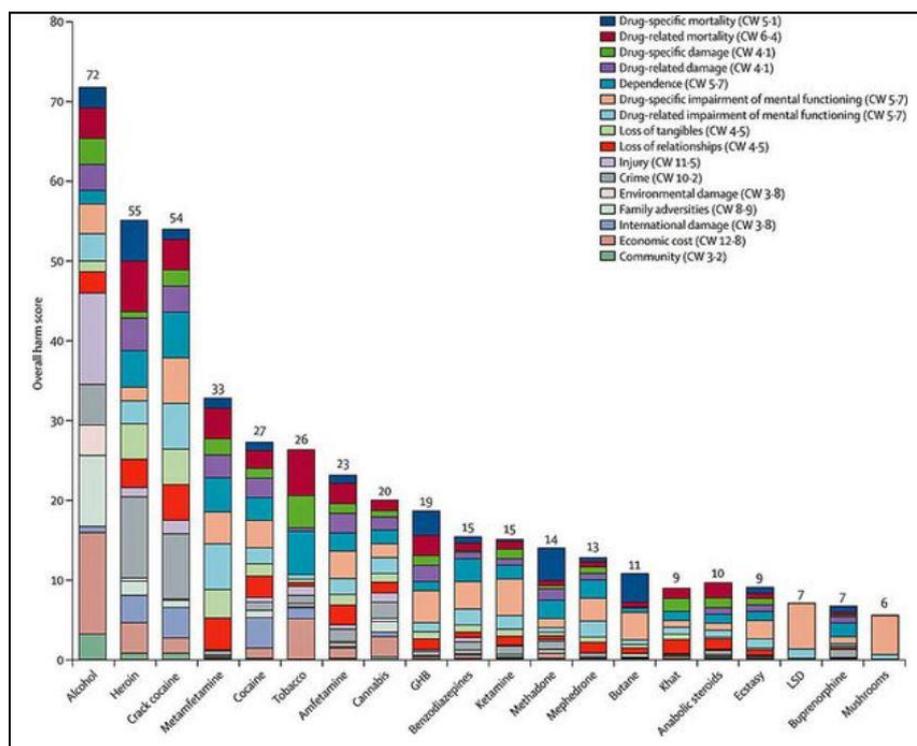
<sup>249</sup> NUTT David, KING Leslie, SAULSBURY William et BLAKEMORE Colin (2007), « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », *The Lancet*, vol. 369, n° 9576, juin, pp. 1047-1053.

dommages sont plus pour le consommateur que pour son environnement immédiat. Par contre, l'héroïne est une drogue ayant un score élevé de dommages, pour les deux populations ciblées.

Cette classification n'est pas corrélée à celles actuelles. La distinction drogues "dures" et "douces" n'a pas l'allure d'une justification pour la sécurité publique, ni pour celle des usagers. Elle est liée aux représentations collectives empreintes d'histoire, de tradition ou de culture<sup>250</sup>.

L'étude prend appui sur par un graphique montrant l'importance de chaque critère, choisi par les auteurs, pour les drogues analysées. Ces précisions donnent à voir les détails des dommages causés par un produit pour le consommateur et son environnement immédiat.

**Figure n° 8 : Mortalité en fonction des drogues consommées**



Source : NUTT David (2012), *Drugs Without the Hot air : Minimising the Harms of Legal and Illegal Drugs*, Cambridge, UIT Cambridge LTD.

Ces classifications ont mis en lumière des différences externes et internes entre celles créées sous l'angle des effets de la drogue et celles sous celui de la dangerosité. Philippe Batel

<sup>250</sup> Ces différents critères seront précisés, dans la dernière section sur les représentations, avec ceux liés à l'âge ou encore à la CSP.

remarque « *des dangers ignorés ou perçus au mauvais endroit, une fracture drogues-licites et drogues-illicites obsolète, injuste et sans justification scientifique, des représentations morales qui condamnent, des malades invisibles et non représentés comme c'est le cas dans la plupart des maladies chroniques, des lobbies très efficaces pour les drogues licites, des politiques publiques inadaptées, une omerta généralisée... les drogues pâtissent dans notre pays d'une désinformation assassine* » (Batel, 2017, p. 18). Ces classifications, selon le point de vue choisi, modifient les représentations de la drogue et de ses usagers. Elles n'ont pas forcément un impact sur les perceptions collectives de la société. Subséquemment, nous allons analyser un type d'individu spécifique, les « *entrepreneurs de morale* ». Ceux-ci possèdent le pouvoir d'imposer des normes et ainsi de façonner certaines représentations.

## B) Les entrepreneurs de morale

### B.1) Construction d'une norme sociale

Une norme sociale représente un ensemble de règles de conduite, collectives et individuelles, à suivre à des échelles différentes : celle du groupe, celle d'une communauté ou celle d'une société. Ces valeurs primordiales du groupe sont des attendus, plus ou moins contraignants, de manières de penser et d'agir mais ne sont ni universelles, ni naturelles. Les normes sont socialement instituées. La sociologie les considère comme des manières de faire, de penser et d'être, définies socialement et parfois sanctionnables<sup>251</sup>. Elles portent sur des normes comportementales et de jugement. Elles peuvent être formelles, les normes juridiques, ou informelles, les normes sociales<sup>252</sup>. Les premières sont caractérisées par une codification écrite et correspondent, par exemple, aux lois. Les normes informelles sont plus implicites mais régissent également les comportements. Elles s'inscrivent dans l'inconscient collectif et ont pour genèse la morale, les traditions ou les habitudes. Toutes ont pour objectif de garantir le vivre-ensemble et la cohésion. Elles ont pour synonyme l'« *ordre social* » en distinguant le permis de l'interdit : « *Les normes sociales définissent des situations et les modes de comportement appropriés à celles-ci : certaines actions sont prescrites (ce qui est "bien"), d'autres sont interdites (ce qui est "mal")* » (Becker, 1985, p. 25). Ce système est perçu, dans

---

<sup>251</sup> Par la suite, nous verrons en quoi une norme sociale peut conduire à la sanction.

<sup>252</sup> Cependant, les normes sont toutes "sociales". Seulement, certaines peuvent « *être édictées formellement par la loi [et d'autres] représentent des accords informels, établis de fraîche date ou revêtus de l'autorité de l'âge et de la tradition* » (Becker, 1985, p. 26). Les normes juridiques ne sont qu'une sous-catégorie de celles sociales.

une démarche holistique, comme le produit de la société. Il serait introduit par le processus de socialisation. Inversement, le courant interactionniste insiste sur la construction de ces normes par les interactions sociales. En ce sens, celles induites peuvent être réfutées, et l'individu peut provoquer l'apparition de nouvelles normes<sup>253</sup>.

La norme permet la différenciation d'événements par rapport à leur aspect attrayant selon le groupe qui la produit. Elle borne les comportements par une pression implicite du groupe, même si cette norme n'est qu'arbitraire. Elle ne s'appuie pas sur des critères vérifiables. Elle ne représente pas toujours un assujettissement. Cette expression, issue d'un consensus du groupe, est construite et fait partie d'un processus d'apprentissage. Relatives aux mœurs, ces normes sont évolutives et sont différentes selon les groupes, les sociétés et les temporalités dans lesquelles elles s'inscrivent. Une multitude de facteurs sont vecteurs de cette mouvance. C'est la relation entre le droit et les pratiques sociales qui est intéressante à analyser pour comprendre ces évolutions. Nous pouvons remarquer un sens de modification quasi unique et quasi universel, la norme sociale étant en amont de la norme juridique. La pression des évolutions des pratiques et valeurs sociales définit souvent les normes juridiques. Néanmoins, ce rapport peut être inversé comme pour l'abolition de la peine de mort où le législateur a précédé les évolutions de l'opinion sur ce thème.

*« Parmi toutes les normativités qui coexistent des distinctions dans une société, on opère selon leur plus ou moins grande formalisation et leur plus ou moins grande proximité aux situations et aux conduites qu'elles prétendent régler. Les sociologues désignent généralement comme juridiques les normes institutionnalisées qui sont aussi, de ce fait, les plus hétéronomes »* (Robert et Bailleau, 2005, p. 100). Les impacts de ces normes sont façonnés par l'échelle dans laquelle elles s'inscrivent. Si elles sont sociétales, leur étendue sera large, tandis qu'une norme de type communautaire ne sera valable qu'au sein de ce groupe.

Une norme fonctionne par l'intériorisation de valeurs. Pour illustrer ce rapport, nous pouvons prendre un exemple : un médecin peut considérer le respect du patient comme une valeur tandis que la norme serait ici la prescription déontologique qu'est le secret médical. Nous voyons que les deux sont liées mais quel est le réel sens de cette relation ? Est-ce la valeur qui induit la norme ou l'inverse ? Dans ce cadre, la norme prédomine sur la valeur puisque, même

---

<sup>253</sup> Nous irons plus loin, dans la partie suivante, sur la démarche d'apparition de ces nouvelles normes avec le concept d'« entrepreneur de morale ».

si un médecin ne souhaite pas respecter le patient, la déontologie l'y obligera. D'un autre côté, cette norme provient de ces valeurs. Les valeurs sont parfois perçues comme des normes : aucun système juridique ne préconise de ne pas allumer une cigarette sans demander à l'entourage si cela les dérange. Mais aujourd'hui, les normes juridiques fortes telles que l'interdiction de fumer dans certains lieux publics, accentuent les valeurs et transforment celles-ci en normes sociales au sein de la sphère privée, sans qu'elles soient devenues juridiques. Ce qui différencie théoriquement les normes des valeurs est le caractère sanctionnable des premières.

De ce point de vue, la vie sociale n'est pas une combinaison d'intérêts purs. Elle est modulée par les normes sociétales ou à plus petites échelles. L'utilisation du terme « *normes* » apporte une distinction parmi les comportements non conformes : ceux relevant de la valeur sont perçus comme de simples différences, souvent acceptables ; ceux relevant de la norme sont des comportements récusables, parfois sanctionnés, qui caractérisent ces pratiques par des qualificatifs comme « *déviant* » ou « *transgressif* », et l'individu comme « *anormal* » ou « *à la marge* ». La sanction, « *résultante d'un jeu social* » (*ibid.*, p. 101), permet le renforcement de la norme transgressée et, si elle n'est pas punie à la suite d'une répétition de transgressions, elle peut être amenée à muter. Cette mutation sera due à une modification des valeurs sociétales, constatant que la norme en place devient inadéquate, et entraînera un changement juridique inhérent à la norme controversée. Ces transgressions peuvent occasionner un mouvement antérograde dans le sens où elles altèrent la norme en place et induisent sa modification.

Les normes peuvent être liées au concept de « *contrôle social* ». C'est un moyen pour entretenir le respect des valeurs et des normes. « *Le contrôle social, c'est l'ensemble des ressources matérielles et symboliques dont dispose une société pour s'assurer de la conformité du comportement de ses membres à un ensemble de règles et de principes prescrits et sanctionnés, [...] on dira que le contrôle social repose sur la capacité de l'acteur à jeter sur ses propres actes le regard qu'un autre acteur tout à fait quelconque leur adresserait* » (Boudon et Bourricaud, 1982, p. 34). Puisque les normes supposent une potentielle sanction, elles peuvent représenter l'exercice d'un pouvoir. Elles sont également des ressources possibles pour la mobilisation d'acteurs sociaux. De plus, elles « *ne se limitent pas à cet aspect catégorique ; leur réception comme légitime appelle l'assentiment et les éloigne d'une simple manifestation de force sociale, sans que cette légitimité entraîne nécessairement obéissance normative* » (Robert et Bailleau, 2005, p. 99). Nous pouvons mettre en avant deux types de contrôle : formel (par les institutions) et informel (par les interactions). Ils s'exercent, tous deux,

par des contraintes internes que sont l'intériorisation des normes et valeurs par l'individu, et externes, la peur de la sanction. Prenons l'exemple de Milgram sur la non-responsabilité.

Les sanctions seront différentes si elles concernent la transgression d'une norme sociale, non juridique ou juridique. Dans le premier cas, la sanction peut prendre la forme d'une réprobation jusqu'à l'exclusion sociale. Dans la transgression d'une norme juridique, la sanction est formelle, souvent manuscrite et objective. Si elle peut paraître plus difficile, Max Weber dit que la sanction d'une norme sociale serait plus dure puisqu'elle aurait « *des conséquences extrêmement efficaces et [nous serions très] sensibles [au] boycott social* » (Weber, 1995, p. 82). De ces différentes sanctions ressortent plusieurs types de contrôle. Lorsque la transgression n'est pas envers une norme juridique, le contrôle se caractérise par les ressources dont disposent le groupe ou la société pour assurer la cohésion sociale et la conformité aux normes définies ; ce sont les interactions qui exercent cette fonction. Lors d'une sanction plus formelle, ce sont les institutions spécialisées qui l'incarnent. Ces deux types de contrôle peuvent être qualifiés d'« *externes* » puisqu'ils ne sont pas induits par l'individu lui-même. Il existe également un contrôle davantage « *interne* », celui de l'« *autocontrôle* ». Suite à l'incorporation des valeurs et normes sociétales (ou groupales), l'individu régule ses comportements pour répondre aux attentes du système en place. Ces trois formes de contrôle ne sont pas antagonistes et peuvent être utilisées de manière conjointe.

## B.2) Une approche par la déviance

Cette approche par la sanction nous amène à une nouvelle notion, celle de la déviance. Celle-ci ne se limite pas au domaine des délinquances. Dans notre problématique, elle se rapporte au lien entre les normes, les déviances et les réactions induites afin de mettre en lumière différents types de représentations et de leurs effets.

Notre application sociologique de la déviance<sup>254</sup> sera prise en dehors des facteurs biologiques. Cette notion sera étudiée sous l'angle des processus sociaux. Nous regarderons la fabrication de la déviance en tant que processus par le biais du rôle que jouent les « *entrepreneurs de morale* ». Sans leurs actions, instituant des normes, il n'y aurait pas

---

<sup>254</sup> Elle peut-être rapprochée de celle de l'« *altérité* » qui « *fonde, en même temps, une différence irrépressible et l'impérieux devoir de celui qui ne me ressemble pas de se rapprocher de cette part d'universel dont ma propre histoire est dépositaire* » (Badie et Sadoun, 1996, p. 17). Pour aller plus loin sur l'« *altérité* », voir FERRÉOL Gilles (2020), « *Altérité et accompagnement : l'exemple du programme TAPAJ* », in DUGAS Éric et SIVILOTTI Lucas, *Inclure dans et hors l'école ? Accessibilité, accompagnement et altérités*, Louvain-la-Neuve, EME, pp. 141-152.

l'existence de déviances<sup>255</sup>. Ces personnes engagent, approuvent et maintiennent des normes. Précédemment, nous nous sommes intéressée aux individus transgressant les normes en place. Cette section sera davantage focalisée sur l'autre facette, celle des initiateurs. Comme Howard Becker dans *Outsider*, nous irons du côté des déviants et de la déviance. Les débats présents depuis quelques décennies autour de la drogue relèvent de raisonnements économiques, politiques mais aussi moraux. C'est ce dernier aspect qui nous interpelle. Les consommations de drogues sont perçues, selon le contexte, le type de produit ou encore les quantités, comme déviantes.

Nous allons débiter notre analyse à partir de la citation suivante d'Émile Durkheim : « *Il ne faut pas dire qu'un acte froisse la conscience commune parce qu'il est criminel, mais qu'il est criminel parce qu'il froisse la conscience commune. Nous ne le réprouvons pas parce qu'il est un crime, mais il est un crime parce que nous le réprouvons* » (Durkheim, 2013, p. 48). À cet égard, Howard Becker nous rappelle que les groupes sont créateurs de déviance par l'établissement de normes ; leur transgression étiquette les individus non conformes<sup>256</sup>. L'acte déviant représente la transgression d'une norme. Partant de ce principe, l'existence de cette notion est relative à celle des normes ; la considération de déviances est variable selon les contextes spatio-temporels et le groupe qui construit une norme. Quelques illustrations des relativités de la déviance et de la norme peuvent être mises en avant à travers la thématique de la drogue. Le cannabis est un bon exemple ; dans la carte ci-dessous, nous voyons que son usage est parfois illégal, dépénalisé ou décriminalisé.

Il sera donc considéré comme un acte déviant dans certains pays comme la France ou le Royaume-Uni tandis qu'aux Pays-Bas, il ne le sera pas<sup>257</sup>. Néanmoins, lorsque nous prenons une approche temporelle, les Pays-Bas ont eu des représentations différentes de la

---

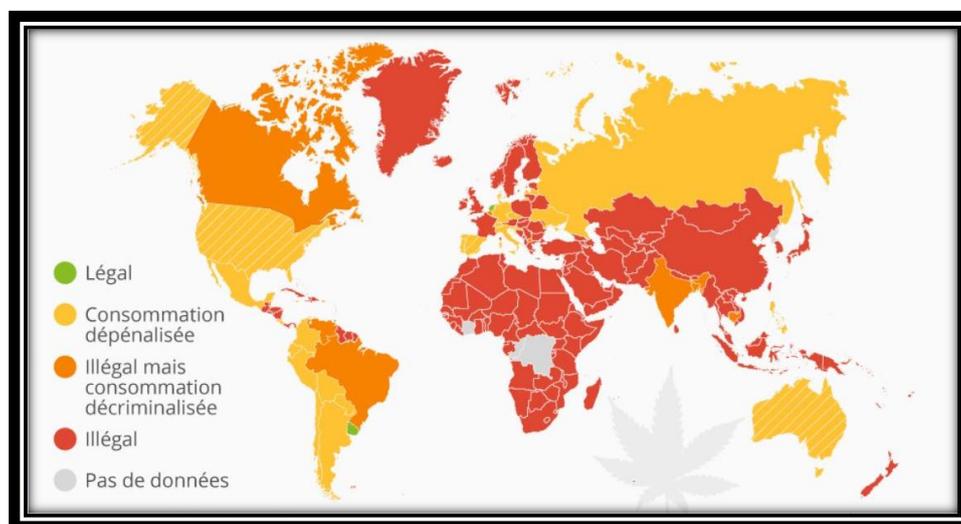
<sup>255</sup> BECKER Howard (2012), « Les entrepreneurs de morale », in BECKER Howard (sous la dir. de), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, trad. fr., Paris, Métailié, pp. 171-188 (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963).

<sup>256</sup> *Ibid.*, pp. 25-42 (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963).

<sup>257</sup> Les Pays-Bas n'ont pas légalisé la consommation du cannabis. L'usage est seulement dépénalisé, mais son illégalité reste inscrite dans la loi. D'ailleurs, depuis 1998, aucun lieu de consommation n'a ouvert à Amsterdam. En 2017, nous assistons à la fermeture d'établissements. Le gouvernement hollandais oscille encore entre tolérance et répression pour cette drogue. De nouvelle législation interdisent même l'ouverture d'un tel lieu près d'une école pour éviter l'incitation que cela pourrait représenter pour les jeunes. Néanmoins, ces fermetures peuvent être liées à l'arrivée de nouveaux programmes comme le plan « *Van Aanpak Maatschappelijke Opvang* » qui vise à loger les sans domicile fixe dans des habitations surveillées où l'usage de drogues est parfois autorisé.

consommation de cannabis. Avant 1976, date de la dépénalisation, la consommation était vue comme un acte de déviance. Une même pratique peut être perçue comme déviant ou non selon le pays, le lieu ou encore la temporalité ; la sanction est donc fonction de ces mêmes variables. Il nous reste également la différence entre les groupes sociaux. Un groupe fumant du cannabis, et considérant sa pratique comme récréative, peut avoir des représentations bien différentes sur les consommateurs d'autres drogues comme l'héroïne. Par des classifications de drogues différentes, les fumeurs de cannabis peuvent trouver la consommation d'héroïne comme l'expression d'un acte déviant par rapport aux représentations collectives ou encore à la dangerosité que cet usage incarne. Certaines consommations peuvent ainsi être valorisées ou à l'inverse, jugées déviantes. L'alcool est un autre exemple de la variabilité fonctionnelle d'une norme : sa consommation est considérée comme une "maladie" à partir de seuils mais ceux-ci changent selon les contextes. Cette consommation n'est donc pas une déviance par nature.

**Carte n° 5 : La légalisation du cannabis (possession et usage récréatif) dans le monde, 2018**



Source : Recherches Statista, janvier 2018.

Nous pouvons mettre en avant deux types de déviance : *primaire* et *secondaire*. La première représente la transgression d'une norme, et la seconde l'attribution du caractère déviant à une personne. La déviance secondaire engendre un étiquetage<sup>258</sup> qui peut modifier le

<sup>258</sup> L'« étiquetage » ou le *labelling* est théorisé par BECKER Howard (2012), in *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, trad. fr., Paris, Métailié (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963).

comportement de cet individu. Les étiquetages et stigmates<sup>259</sup> possèdent des effets sur la « *carrière déviante* ». Lorsqu'une personne se voit attribuer une telle étiquette, ce statut peut devenir principal et va façonner l'ensemble des autres identités. C'est donc un construit social par l'interaction entre la personne qualifiée de déviante et ceux qui ont créé la norme, sociale ou juridique. Les jugements externes déteignent sur ceux de l'individu lui-même. Ces différences peuvent entraîner, chez l'individu ou le groupe, ce que Durkheim appelle l'« *anomie* ». Lorsqu'une norme se modifie, par le contexte spatio-temporel ou par le groupe, les individus se trouvent dans une situation où les normes habituelles guidant leurs comportements ne sont plus acceptables.

Ces changements, parfois rapides, peuvent provoquer une « *démoralisation* »<sup>260</sup>. Il serait difficile à un individu étiqueté « *déviant* » d'entrer à nouveau dans une normativité sociale au sein de laquelle il est stigmatisé<sup>261</sup>. D'un autre côté, cet individu perçu comme déviant peut, à l'inverse, rejeter les normes et les considérer comme étrangères à sa perception du monde. Ce double sens est explicité plus en détail par Howard Becker<sup>262</sup>. Les usagers peuvent considérer ces actes de transgression comme valorisants. Ainsi, ils se placent dans une position de résistance face aux normes établies. Lorsque cette position est conservée, c'est un mode de vie alternatif qui s'installe. Pour l'utilisateur, cela se caractérise par l'indépendance par rapport au système et par la liberté.

« *La déviance est aussi le produit d'initiatives à un autre niveau. Une fois qu'une norme existe, il faut qu'elle soit appliquée à des individus déterminés avant que la catégorie abstraite de déviants que crée cette norme puisse se peupler* » (Becker, 2012, p. 188). C'est la tâche des « *entrepreneurs de morale* ». Ils changent les normes par la modification des mœurs à travers

---

<sup>259</sup> Ce concept a été amené par GOFFMAN Erving (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, trad. fr., Paris, Minuit (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963) : « *Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue* » (Goffman, 1975, p. 72).

<sup>260</sup> THOMAS William Isaac et ZNANIECKI Florian (1998), *Le Paysan polonais en Europe et en Amérique. Monographie d'un groupe d'immigrants. Désorganisation et réorganisation en Pologne. Tome 4*, trad. fr., Paris, Nathan (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1920).

<sup>261</sup> FAGET Jacques (2002), « Les théories de la réaction sociale », in FAGET Jacques (sous la dir. de), *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, Toulouse, ÉRÈS, pp. 75-104

<sup>262</sup> BECKER Howard (2012), « Le double sens de "outsider" », in BECKER Howard (sous la dir. de), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, trad. fr., Paris, Métailié, p. 25 (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963).

des croisades. Ce processus de fabrication est illustré par Joseph Gusfield<sup>263</sup> avec l'exemple de la législation de l'alcool au volant en Amérique. Par l'application des normes, ces entrepreneurs créent une catégorie de déviants, non conformes, les « *outsiders* ». Ils useraient d'une position dominante au sein de la société pour faire appliquer ces normes : « *Ces "normalisateurs" mettent en avant leurs savoirs et leurs compétences scientifiques pour renforcer leur légitimité* » (Pavie et Masson, 2014, p. 215). Pour comprendre la création de cette catégorie, il faut connaître les intérêts et les ambitions des entrepreneurs.

Ceux-ci sont les créateurs de ces normes et non ceux qui les mettent en application. Les personnes en charge de cette exécution ne délivrent pas toujours exactement la même version dans la pratique. Ces représentants mettent en place des priorités en élaborant « *une évaluation personnelle de l'importance des diverses sortes de lois et de réglementations, ainsi que des diverses formes d'infractions* »<sup>264</sup> (Becker, 2012, p. 187). Pour Becker, ces différentes applications seraient modulées par plusieurs éléments tels que le sentiment de représentation de la loi, la justification des tâches d'un emploi, la hiérarchisation individuelle des actes commis, le degré de considération envers eux ou encore un facteur plus externe : l'intervention de l'intermédiaire au sein du processus judiciaire. Ces facteurs peuvent être regroupés dans les catégories suivantes : le type de personne (profession, grade, représentations individuelles etc.), le moment et la situation.

Becker prend l'exemple des considérations de la drogue au sein de la police. Les consommateurs et certains policiers admettraient que leur profession se préoccuperait davantage des usages d'opiacés plutôt que ceux de cannabis. Les premiers représenteraient, à leurs yeux, un plus grand problème et un plus grand danger que les seconds. Ces représentations expérientielles s'appuieraient sur un fait. Les consommateurs d'opiacés commettraient des délits différents comme la prostitution ou le vol pour se procurer le produit consommé : « *C'est donc de manière sélective que les représentants de la loi, répondant aux pressions de leur propre situation de travail, appliquent la loi et créent des catégories de personnes extérieures à la collectivité* » (Becker, 2012, p. 187). William Westley, dans *Violence and the Police*,

---

<sup>263</sup> GUSFIELD Joseph (1996), *Contested Meanings: The Construction of Alcohol Problems*, Madison, University of Wisconsin Press.

<sup>264</sup> Les créateurs de normes sont souvent en désaccord avec cette hiérarchisation individualisée ne se calquant pas forcément sur les origines de la norme créée.

demande aux policiers les raisons qui peuvent les pousser à des actions brutales lors d'intervention. Ses résultats ont montré qu'un peu moins de la moitié d'entre eux trouve l'usage de violences légitime pour forcer le respect<sup>265</sup>. Ainsi, les jugements entrent dans la création de la catégorie « *déviant* » et apportent une variabilité de la qualification.

Pour illustrer les actions de ces entrepreneurs sur la thématique des drogues, nous allons maintenant nous appuyer sur deux exemples : celui de Becker, avec les fumeurs de cannabis, et celui de la loi de 1970. Cela nous permettra de mieux saisir les effets réels tant sur les représentations que sur l'évolution de la politique de réduction des risques.

### *B.3) La pression des « entrepreneurs de morale » : l'exemple de la régulation du cannabis et de l'implantation de la salle de consommation à moindre risque*

À travers l'analyse précédente, la norme, dans le cas de l'usage de drogues, se positionne entre compassion et opprobre. Dans ce second cas, le contrôle social que ces normes induisent est caché par la morale. Toutes les croisades entreprises par ces entrepreneurs ne débouchent pas sur des normes juridiques ou acceptées par la collectivité. Elles n'engendrent pas forcément la création d'une nouvelle catégorie de non-conformes. Pour que cela aboutisse, l'entrepreneur doit convaincre de l'existence d'un problème social qui persiste. Lorsque la norme est en place, il doit dévoiler les résultats des sanctions induites afin de prouver son efficacité. Becker montre que cet entrepreneur doit suivre deux cheminements : celui d'expliquer que cette norme arrive pratiquement à régler le problème pour lequel elle a été instituée, et celui de mettre en évidence que le problème est encore alarmant. Dominique Memmi<sup>266</sup> souligne à ce propos que l'expertise favorise et légitime la construction d'un problème social. L'appel à des experts renforce les points de vue des « *entrepreneurs de morale* », lorsqu'ils ne le sont pas eux-mêmes<sup>267</sup>.

---

<sup>265</sup> WESTLEY William (1953), *Violence and the Police. A Sociological Study of Law, Custom, and Morality*, Cambridge, MIT Press, p. 39.

<sup>266</sup> MEMMI Dominique (1988), « Experts et fabrique de la norme : la procréation artificielle », in MEMMI Dominique, *Bioéthique et droit*, Paris, PUF-CURAPP, pp. 75-117.

<sup>267</sup> PAVIE Alice et MASSON Ambroise (2006), « Comment les normes sociales se construisent. Sociologie des "entrepreneurs de morale", *Regards croisés sur l'économie*, vol. 14, n° 14, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 213-215. Ces auteurs nous montrent que la concurrence entre les « *entrepreneurs de morale* » peut également s'observer entre les scientifiques. Avec l'exemple de la procréation artificielle, les médecins auraient des compétences plus grandes que les chercheurs en biologie pour la production de normes. La position dominante, en ce domaine, et la plus grande implication dans la sphère éthique produisent cette hiérarchie.

Prenons l'exemple du fumeur de cannabis. Plusieurs facteurs entrent dans la régulation de cette consommation : l'environnement et la norme. Becker met d'abord en exergue la question de l'approvisionnement. Le consommateur, s'il est intégré dans un groupe, peut se procurer du cannabis facilement, même si cette drogue est illégale. À l'inverse, s'il n'a pas de « *groupe de fumeur* », cette procuration sera plus complexe. Un second critère entre en jeu, celui de la peur de l'exclusion. Cette peur du rejet régule la consommation de l'individu. En présence de non-fumeurs, celui-ci peut subir des réprobations dues au fait d'être fumeur mais aussi à cause des effets produits.

Cependant, ce ne sont pas les régulations liées à l'environnement qui nous intéressent ici mais celles liées aux normes. Il existe quatre types de régulation, par l'aspect moral : la moralité sociale, légale, externe et interne. La morale sociale et externe, comme nous l'avons vu, correspond à la réprobation fondée sur la toxicité de la consommation et de la dépendance qui en résulte. Ces deux éléments seraient dissuasifs. La morale externe et légale s'appuie sur des « *impératifs sociaux* » (Becker, 1995, p. 96) basés sur la sanction juridique. Elle fonctionne pour les drogues illicites telles que le cannabis ou la cocaïne. Cette réprobation juridique décourage, par la peur, les individus à consommer ; les amendes ou les peines de prisons sont des éléments décourageants lors de l'approvisionnement perçu dans les régulations liées à l'environnement.

Les morales internes s'appuient sur l'auto-justification par rapport aux normes sociétales<sup>268</sup> et donc à leur construction. C'est l'autocontrôle, passant par la rationalisation de la toxicité de la drogue, qui dissuade ici les usagers. Pour exemple, l'individu a pu intégrer la norme caractérisant la consommation de drogue comme « mauvaise ». Il tente de se focaliser sur les effets bénéfiques qu'induit l'usage et adapte cette consommation en fonction des critères cités précédemment. Pour le tabac, ce type de régulation est pertinent uniquement depuis quelques années. Cet aspect était plutôt visible dans le cas des drogues illicites. Toutefois, l'usage du tabac, malgré son caractère légal, incarne dorénavant certaines représentations négatives.

L'exemple du fumeur de cannabis nous dévoile les effets des normes instaurées par les entrepreneurs sur les fumeurs eux-mêmes ainsi que sur la collectivité. Nous pouvons confirmer

---

<sup>268</sup> Nous verrons, plus précisément, les enjeux de la norme sociale dans le cadre de notre étude dans la partie concernant les représentations.

ces relations avec l'exemple des salles de consommation à moindre risque. L'implantation de ces salles a fait polémique au sein de la classe politique. Nous allons partir de l'extrait ci-dessous d'une intervention à l'Assemblée nationale, le mercredi 15 octobre 2014, sur les « *salles de shoot* ». Cette intervention autour de l'implantation de ces salles oppose Marisol Touraine, ex-ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, à Yannick Moreau, ex-député UMP de la 3<sup>e</sup> circonscription de la Vendée.

Cet extrait laisse transparaître des normes sociétales ancrées. Les arguments contre l'implantation de ces salles se basent sur la défense de la famille et d'une jeunesse menacée, sur la dénonciation d'un laxisme ambiant et sur la mise en lumière d'un danger probant. Cette défense nous amène à nous questionner sur la hiérarchisation des entrepreneurs de morale. Un grand nombre d'études prouvent l'efficacité de ce type de salle tant pour l'utilisateur (par exemple, la diminution des risques sanitaires et sociaux) que pour la société civile (la diminution des seringues usagères en milieu urbain) et attestent que ces salles n'inciteraient pas d'autres individus à la consommation.

Dans l'extrait ci-dessous, la défense nie l'intelligibilité scientifique. En ce sens, les politiques auraient possiblement un statut supérieur à ceux des scientifiques. Nous savons que l'expérimentation de ces salles en France a été acceptée ; néanmoins, les implantations restent rares et semées d'obstacles<sup>269</sup>. Ces entrepreneurs, s'ils n'arrivent pas à impacter en totalité le processus d'ancrage de la politique de réduction des risques, ont des moyens de pression importants. L'un des symboles du poids de ces entrepreneurs en France est l'ubiquité de la loi de 1970, malgré les évolutions scientifiques et professionnelles dans le cadre de la politique de réduction des risques.

La déviance<sup>270</sup> est un construit social façonné par les normes. Elle est alors le résultat d'initiatives. Pour qu'il y ait étiquetage d'un individu comme non conforme, il faut que soit instituée une norme à partir d'un phénomène considéré comme un problème social. Les « *entrepreneurs de morale* » peuvent être moteurs mais également défenseurs de normes. Pour faire accepter leurs idées, ils doivent prouver l'existence d'un problème ainsi que sa

---

<sup>269</sup> Nous discuterons du cas de la salle de consommation à moindre risque de Bordeaux dans la partie sur notre analyse comparative. Cette salle devait ouvrir en 2018 mais ce projet n'est plus d'actualité. Nous verrons quelques explications de cet échec pour la politique de réduction des risques.

<sup>270</sup> Pour autant, une pratique peut objectivement nuire à la société ou à un groupe.

permanence. Toutefois, cette vision peut être perçue comme manichéenne. L'entrepreneur n'est pas forcément représenté par l'imposition de normes égoïstes qui promeuvent uniquement son intérêt. Son appréciation s'engage parfois pour le bien de tous, du moins de son point de vue, et peut avoir des motifs humanitaires. Les individus ont, très souvent, une position dominante. Ils peuvent tout simplement souhaiter défendre les intérêts de ceux aux positions sociales plus faibles<sup>271</sup>. Aujourd'hui, des groupes comme ASUD ou encore AIDES incluent comme membres des individus aux positions assez élevées. Ces derniers ont donc certains moyens pour modifier les représentations, même si leur place dans la création de normes légales reste encore amoindrie.

### Question de M. Yannick Moreau à Mme Marisol Touraine

M. Yannick Moreau : « Monsieur le Premier ministre, ce matin, le conseil des ministres a adopté le projet de loi de santé et donc, par son article 8, la légalisation des “salles de shoot”, rebaptisées pour l'occasion (Exclamations sur les bancs du groupe UMP) ».

« Malgré le glissement sémantique, les faits sont là : le Gouvernement a décidé de légaliser les salles de shoot, non plus seulement à Paris mais sur l'ensemble du territoire national. On nous dit que c'est pour six ans, mais combien de millions d'euros y seront consacrés au détriment des politiques de prévention précoce, bien insuffisantes dans notre pays ?  
(Exclamations sur les bancs du groupe SRC) ».

« Monsieur le Premier ministre, légaliser les salles de shoot est une très grave erreur. Neuf pays seulement ont tenté cette aventure. Partout, c'est un échec ».

« Plus qu'une erreur, la légalisation des salles de shoot est une faute (Exclamations sur les bancs du groupe SRC). C'est une faute contre notre jeunesse (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP et plusieurs bancs du groupe UDI), à qui vous adressez un terrible signal de banalisation de la drogue, qui pourrait désormais être légalement consommée dans certains endroits protégés de la République ».

« C'est une faute contre nos forces de l'ordre qui, au péril de leur vie, luttent sans relâche contre le trafic de drogue. C'est une faute contre les familles (“Ah” sur de nombreux

---

<sup>271</sup> À ce sujet, les croisades morales des militants sont souvent caractérisées par cet objectif de représentation des points de vue des « dominés ». Cependant, cette prétention n'est pas toujours vue d'un bon œil de la part des personnes représentées.

bancs du groupe SRC) *frappées par le fléau de la drogue et qui attendent autre chose du Gouvernement qu'un témoignage de laxisme et de fatalisme* ».

---

Mme Marisol Touraine : « *Monsieur le Premier ministre, dans la crise que nous traversons, la légalisation des salles de shoot est-elle vraiment une priorité nationale ? Combien vont coûter aux contribuables ces six années de prétendue expérimentation et où allez-vous trouver l'argent ?* (Exclamations sur les bancs du groupe UMP) »

« *Monsieur le Premier ministre, arrêtez de chercher à masquer l'échec économique de votre gouvernement par des rideaux de fumée idéologiques !* (Exclamations sur les bancs du groupe SRC.) *Arrêtez de vouloir tout banaliser et de déconstruire un à un, jour après jour, les repères fondamentaux de notre société* ».

---

M. Yannick Moreau : « *Avec cent collègues, nous déposerons cet après-midi une résolution parlementaire pour contrer cette initiative gouvernementale inopportune, inefficace et dangereuse pour l'avenir de notre pays* (Applaudissements sur les bancs des groupes UMP et UDI) »

Source : <https://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-2186QG.htm>.

### C) Des représentations par catégorisation

Les représentations sont changeantes par rapport au niveau d'études, à la profession, à la PCS ou encore au sexe de l'individu. Certaines études montrent que les jeunes issus de milieux favorisés se caractérisent davantage par l'usage de cannabis, à l'inverse de ceux issus de milieux défavorisés où les drogues consommées seraient plus diverses et « *problématiques* ». Nous percevons une superposition de plusieurs facteurs. Cette intersectionnalité est constitutive des représentations.

Celles-ci s'articulent autour d'un centre et d'une combinaison externe. Le centre représente une structure fixe qui façonne l'aménagement et le sens de la représentation. La combinaison externe « *assure la stabilité du noyau et une adaptation aux conditions environnementales* » (Galand et Salès-Wuillemin, 2009, p. 127).

Les termes de danger et de plaisir sont centraux dans ce système. Nous débuterons avec l'aspect des classifications pharmacologiques. Cela nous permettra d'ancrer les exemples

analysés dans un contexte scientifique. Nous verrons les représentations de la dangerosité et de la satisfaction à travers deux figures se rapportant à des critères spécifiques.

Nous analyserons, ensuite, deux facteurs ayant des effets sur les représentations de la drogue : les pratiques et l'influence. Le lien entre les pratiques et les représentations ont été mis en lumière pour une pluralité d'objets. À travers une étude de Charles Garland et d'Édith Salès-Wuillemin, nous allons voir les effets de la proximité/de la distance à l'usage dans la perception des drogues. Ce serait alors la fonction qui caractériserait les représentations lors de nouvelles pratiques, tandis que le normatif prédominerait en cas d'absence de ces pratiques.

L'hypothèse que nous souhaitons explorer est l'effet de la distance à l'objet comme modulateur des représentations. Au regard de l'expérience avec la drogue, les individus auraient des perceptions plus ou moins négatives et structureraient les représentations en fonction de ces rapports. Nous envisageons cette hypothèse à partir d'une analyse lexicale.

### *C.1) Les dangers versus les satisfactions : un point de vue biologique*

L'angle biologique nous semble être un point de départ important afin d'appréhender les risques et les satisfactions. Nous allons nous appuyer sur les cubes des représentations du danger et de la satisfaction pour comprendre la nature des relations de ces deux éléments.

Il existe trois types de risques : la *toxicité*, avec les atteintes physiologiques ou encore les *overdoses* ; les *modifications psychiques*<sup>272</sup> comme les troubles psychiatriques ou les angoisses ; le *risque addictif*<sup>273</sup> tel que la dépendance physique et psychique. À travers la figure n° 9, nous pouvons observer une représentation de la dangerosité pharmacologique de l'usage de drogues. À travers ce « *cube de la dangerosité* », nous voyons des groupes et des extrêmes par rapport aux trois critères analysés. Si nous oublions l'intensité, nous remarquons deux extrêmes<sup>274</sup> : le LSD avec une faible dépendance et une faible toxicité et le tabac qui, à l'inverse, possède une forte dépendance et une forte toxicité. Ce qui différencie ces deux substances ce

---

<sup>272</sup> Dans la figure associée, les modifications psychiques sont inscrites sous le terme « *intensité* ».

<sup>273</sup> Le risque addictif est noté « *dépendance* » dans la figure précédente.

<sup>274</sup> Les extrêmes sont représentés, sur la figure, par les arêtes rouges. Plus une drogue se rapproche de l'angle formée par cette arête en bas à droite, moins la substance représentera un danger pharmacologique. À l'inverse, plus une substance se rapprochera de l'angle en haut à gauche, plus elle sera considérée comme dangereuse par rapport aux trois critères représentés.

sont leurs fortes différences en matière d'intensité, le tabac n'altérant que très peu l'activité psychique par rapport au LSD, qui est l'un des produits qui a le plus haut niveau d'intensité. Le crack et l'héroïne sont les deux produits alliant une forte dépendance, une forte intensité et une forte toxicité. L'alcool se situe parmi les deux produits précédents mais il possède une intensité plus faible. Dans les drogues qui nous intéressent dans cette étude, le cannabis est celle qui semble la moins dangereuse avec un faible niveau de dépendance, d'intensité et de toxicité<sup>275</sup>. La plupart des autres drogues comme la morphine, les benzodiazépines, les solvants ou encore la cocaïne forment un groupe avec une toxicité et une dépendance « moyenne haute » ; c'est l'intensité qui est l'élément variable entre ces drogues.

Cette figure ne représente que les dangers pharmacologiques. D'autres facteurs entrent en jeu dans la modification de ces dangers : les critères associés au produit comme la fréquence de consommation, la quantité, le mode d'administration ; ceux corrélés à l'utilisateur tel que les vulnérabilités biologiques et psychiques ; ceux liés à l'environnement et au contexte ; ceux en rapport avec la marginalisation et l'exclusion. À ces différents éléments peuvent être ajoutées les caractéristiques légales ou illégales d'un produit avec leurs conséquences juridiques.

Malgré les dangers pharmacologiques que représentent ces substances, toutes sont encore consommées. Les raisons de ces consommations se trouvent, en partie, dans les bienfaits que ces usages apportent à l'individu. La figure n° 10 permet d'observer les degrés de satisfaction par rapport à trois fonctions : *hédoniste* par les effets désinhibants, sensationnels ou euphoriques ; *sociale* par rapport à la convivialité ou aux volontés d'appartenance à un groupe ; *thérapeutique* par rapport aux propriétés médicales. Alain Morel<sup>276</sup> montre, à travers ces fonctions, les liens de la drogue avec la fête (plaisir), la culture (socialisation) et la médecine (automédication).

Cette figure possède la même forme que le cube de la dangerosité pharmacologique. Elle comporte deux arêtes représentant les deux extrêmes, de la pleine satisfaction à l'insatisfaction. Nous voyons que ce cube distingue deux groupes néanmoins hétérogènes qui représenteraient des drogues « sociales » ou « collectives » à la différence de celles

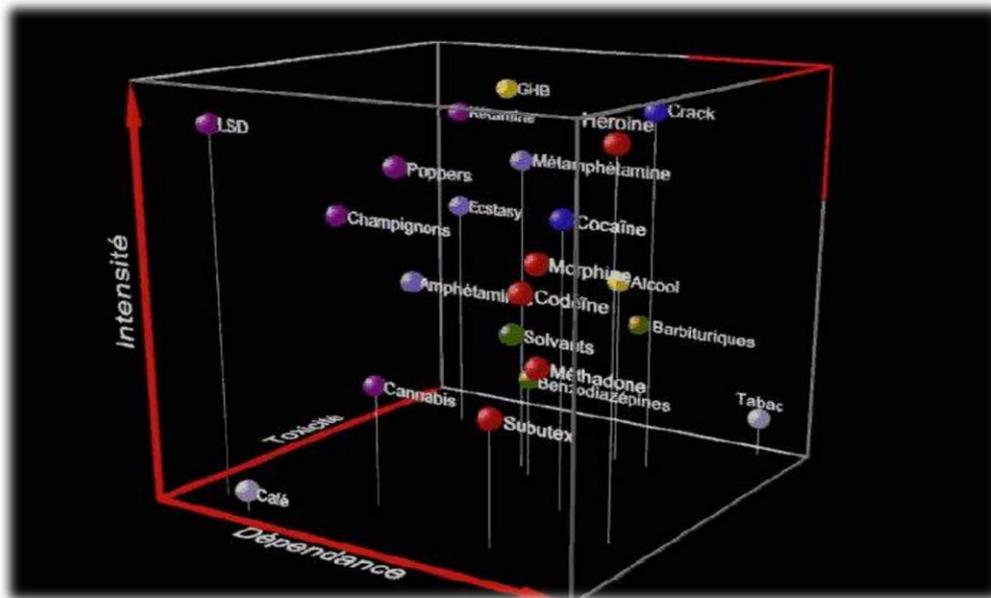
---

<sup>275</sup> Ce résultat est compris lors de la prise de cette drogue sans association avec le tabac.

<sup>276</sup> MOREL Alain (sous la dir. de) (2015), « Les drogues : définition et classification », in MOREL Alain, *Addictologie. En 49 notions*, Paris, Dunod, pp. 21-29.

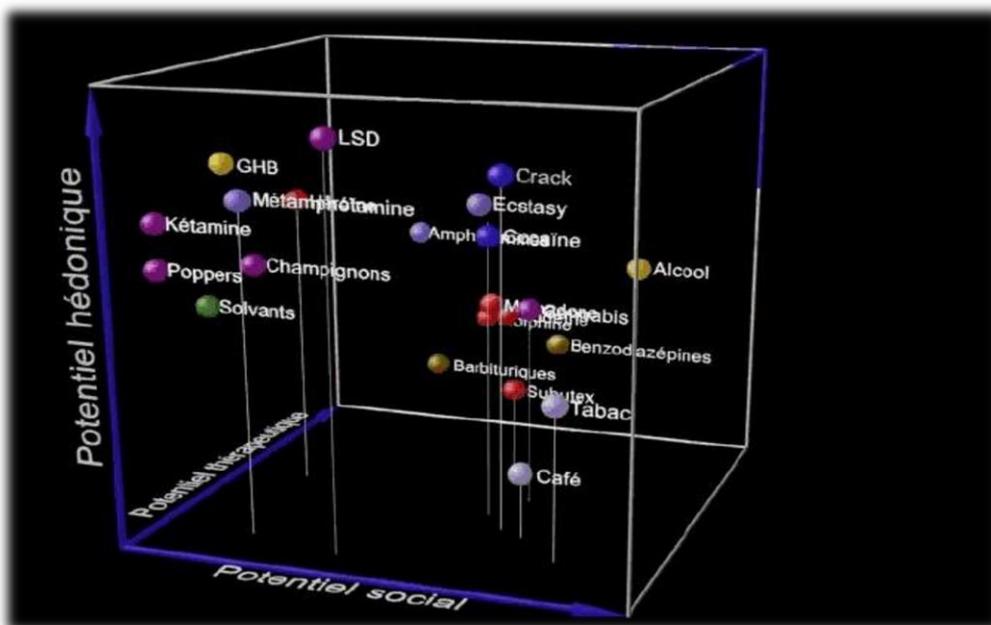
« *asociales* » ou « *individuelles* ». Dans le premier groupe, nous pouvons observer l'alcool, le tabac, la cocaïne, le cannabis ou encore l'ecstasy.

**Figure n° 9 : Cube de la dangerosité pharmacologique : toxicité, intensité et dépendance des drogues**



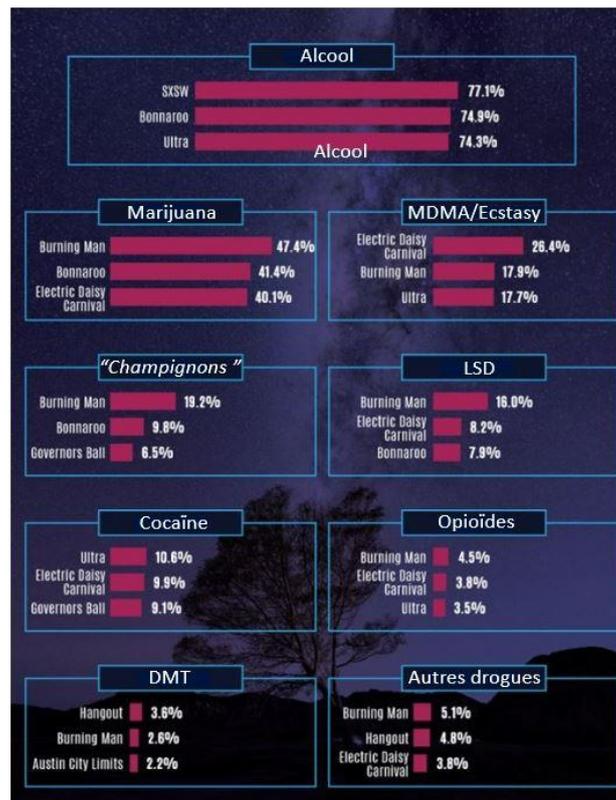
Source : <https://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Fichier:Cube-dangerosit%C3%A9.png>.

**Figure n° 10 : Cube des satisfactions : potentiels sociaux, hédoniques et thérapeutiques de l'usage de drogues**



Source : <https://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Fichier:Cube-dangerosit%C3%A9.png>.

Photo n° 3 : Pourcentage de la présence de différentes drogues selon les festivals



Source : Survey of Over 1,000 Festivalgoers.

D'après l'enquête de l'association *Drug Abuse* en 2013, les substances les plus consommées dans les festivals sont, dans cet ordre, l'alcool, le cannabis, la MDMA/le Molly (mélange avec de la MDMA)/l'ecstasy, les "champignons", le LSD, la cocaïne, les opioïdes, la diméthyltryptamine puis les autres drogues non classées. Nous voyons ainsi un rapport entre les drogues consommées dans les espaces festifs et le groupe des drogues « sociales » ou « collectives ». Néanmoins, le LSD et les "champignons" font partie du second groupe. Ces deux drogues sont des hallucinogènes, ainsi la prise peut enfermer l'individu dans des divagations.

Le second groupe se compose du LSD et des "champignons" mais également du GHB, des solvants, du poppers, de la kétamine et de la métamphétamine.

Ces deux classifications nous permettent de remettre les drogues dans des classifications spécifiques. Ces dernières nous aideront pour les parties suivantes concernant leurs représentations selon les profils des individus. Ces catégorisations connues nous serviront dans la compréhension de leur influence sur les représentations que nous allons mettre en lumière.

## C.2) Des représentations selon les consommations et l'entourage

Les représentations des drogues et de leurs usages sont façonnées par plusieurs éléments, dont les normes analysées précédemment. Mais celles-ci ne sont pas les seules à agir sur la perception des substances et de leur consommation. Certains auteurs<sup>277</sup>, tels Pascal Moliner<sup>278</sup> et Claude Flament<sup>279</sup>, ont mis en avant deux facteurs ayant des effets sur les représentations des substances et des risques associés : les pratiques sociales, montrant les relations entre l'individu et l'objet, et l'influence. L'élément qui réunit ces deux facteurs est la « *proximité* », par rapport au produit et par rapport à l'entourage. Un individu proche de l'usage de drogue engagerait des discours plus précis sur les usages, les propriétés, les statuts et, par rapport à ce qui nous intéresse ici, la dangerosité. Plus l'usager est éloigné de l'usage, plus son discours s'ancrera dans des représentations normatives ; les éléments concernant la dangerosité des drogues seraient majorés. À l'inverse de ces évaluations négatives, les individus ayant une proximité avec l'usage de drogues concentreraient leurs discours sur les effets, les usages ainsi que la banalisation de ces derniers. Plus précisément, au sein des pratiques et des influences, il y a le nombre de produits consommés, les contextes d'usage et les modes d'administration qui possèdent un rôle dans la différenciation des perceptions. Prenons appui sur l'enquête de Charles Galand et Édith Salès-Wuillemin<sup>280</sup> sur la représentation des drogues chez les étudiants en psychologie. Les résultats suivants sont tirés d'un questionnaire passé auprès d'une population de 437 étudiants de l'université de Paris 8 dont la moyenne d'âge était de 23,25 ans avec une majorité de filles (86,67 %).

De cet échantillon, ont été formés quatre groupes : le premier réunit les individus aux pratiques de consommation forte avec un entourage consommateur nommé PC+/EC ; le second, des individus aux pratiques faibles avec un entourage non consommateur, PC-/ENC ; le

---

<sup>277</sup> Nous aurions pu également citer GUIMELLI Christian (1994), *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

<sup>278</sup> MOLINER Pascal (2001), *La Dynamique des représentations sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

<sup>279</sup> FLAMENT Claude (1989), « Structure et dynamique des représentations sociales », in JODELET Denise, *Les Représentations sociales*, Paris, PUF, pp. 204-219.

<sup>280</sup> GALAND Charles et SALÈS-WUILLEMIN Édith (2009), « La représentation des drogues chez les étudiants en psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage », *Les Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, vol. 84, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 125-152.

troisième, des individus non consommateurs avec un entourage consommateur, PNC/EC ; le dernier, des individus non consommateurs avec un entourage non consommateur, PNC/ENC. Le premier et le dernier groupe représentent les extrêmes : ceux avec la plus grande distance à l'usage et ceux avec la distance la moins élevée. Pour traiter les questionnaires, plusieurs méthodes sont utilisées : l'activation, par rang d'apparition ; la proximité, par score de caractérisation ; la valeur, par les connotations négatives et positives.

Nous allons maintenant nous référer aux principaux résultats<sup>281</sup>. Ce travail confirme les bilans des études citées ci-dessus : les individus ayant une grande proximité avec l'usage de drogues pointent davantage les effets et différencient les substances par des caractérisations spécifiques (quelques exemples sont signifiés par des encadrés rouges dans le tableau n° 24 : en moyenne, tous les produits sont cités autant de fois, contrairement aux autres groupes). *A contrario*, le groupe le plus éloigné utilise, de manière très élevée, le champ lexical de la peur et des risques (quelques exemples sont signifiés par des encadrés verts dans le tableau n° 24). Certains termes sont utilisés de manière "égalitaire" par tous les groupes ; cela montre que ces cognitions ne sont pas fonction des pratiques ou de l'influence ici analysées. Toutefois, les groupes les plus proches de l'usage utilisent plus le mot « *plaisir* » (encadré bleu, en bas, à gauche du tableau) tandis que les plus éloignés se rapprochent d'un champ lexical plus négatif comme le « *mal-être* » et la « *maladie* » (encadré bleu, au centre à droite du tableau).

Le traitement que les auteurs ont effectué sur le tableau n° 25 est celui de l'analyse des concepts, échelonnée de 1 à 10 (par rang d'activation), 1 représentant les mots évoqués rapidement et 10 une évocation plus tardive. Cette analyse renforce les hypothèses précédentes : les groupes les plus proches de l'usage parlent plus rapidement des effets positifs des drogues et, réciproquement, ceux les moins proches évoquent les bénéfices des substances plus tardivement au profit des conséquences négatives. Nous pouvons observer, par l'analyse des scores de caractérisation (Tableau n° 27), que le terme « *plaisir* » définirait le moins la drogue pour le groupe le plus éloigné de la consommation (Tableau n° 26 et n° 27 : encadré rouge par rapport à ceux bleus) tandis que le vocable « *dépendance* » serait définitoire. À l'inverse, le groupe le plus proche de ces usages considère le plaisir comme caractéristique et écarte celui

---

<sup>281</sup> Les tableaux de cette enquête seront placés à la fin de la partie suivante. Étant donné qu'ils seront utilisés pour cette partie ainsi que la suivante, cela nous a paru plus pertinent de choisir ce positionnement pour faciliter la lecture.

de la dépendance. L'analyse des connotations négatives et positives amène aux mêmes résultats : les groupes les plus éloignés connotent négativement les drogues et ceux les plus proches, positivement.

**Tableau n° 24 : Fréquence de citations selon les sous-groupes**

| mots        | Tous groupes                              |                                    | PC+/EC <sup>1</sup>                       |                          | PC-/ENC <sup>2</sup>                      |                          | PNC/EC <sup>3</sup>                       |                          | PNC/ENC <sup>4</sup>                      |                          |
|-------------|---|------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
|             | % de sujets ayant évoqué le mot considéré | effet simple de la variable groupe | % de sujets ayant évoqué le mot considéré | diffère avec les groupes | % de sujets ayant évoqué le mot considéré | diffère avec les groupes | % de sujets ayant évoqué le mot considéré | diffère avec les groupes | % de sujets ayant évoqué le mot considéré | diffère avec les groupes |
| Dépendance  | 54,9                                      | Non                                | 52,1                                      |                          | 60,3                                      |                          | 53,7                                      |                          | 52,8                                      |                          |
| cocaine     | 18,8                                      | Oui                                | 19  | 3                        | 16,7                                      | 3                        | 31,3                                      | 1, 2, 4                  | 13,8                                      | 3                        |
| Danger      | 17,6                                      | Non                                | 14  |                          | 21,4                                      |                          | 16,4                                      |                          | 17,9                                      |                          |
| Mort        | 17,6                                      | Oui                                | 7,4                                       | 2, 3, 4                  | 19  | 1                        | 23,9                                      | 1                        | 22,8                                      | 1                        |
| cannabis    | 17,4                                      | Oui                                | 19  |                          | 13,5                                      | 3                        | 28,4                                      | 2, 4                     | 13,8                                      | 3                        |
| Alcool      | 13,3                                      | Non                                | 12,4                                      |                          | 13,5                                      |                          | 17,9                                      |                          | 11,4                                      |                          |
| seringue    | 12,6                                      | Non                                | 11,6                                      |                          | 11,1                                      |                          | 9   | 4                        | 17,1                                      | 3                        |
| Héroïne     | 11  | Non                                | 8,3                                       |                          | 12,7                                      |                          | 14,9                                      |                          | 9,8                                       |                          |
| addiction   | 10,5                                      | Non                                | 9,9                                       |                          | 11,1                                      |                          | 13,4                                      |                          | 8,9                                       |                          |
| Maladie     | 10,5                                      | Oui                                | 4,1                                       | 2, 3, 4                  | 11,1                                      | 1                        | 13,4                                      | 1                        | 14,6                                      | 1                        |
| mal-être    | 9,6                                       | Oui                                | 6,6                                       | 4                        | 6,3                                       | 4                        | 10,4                                      |                          | 15,4                                      | 1, 2                     |
| dangereux   | 8   | Non                                | 6,6                                       |                          | 7,9                                       |                          | Cv  |                          | 10,6                                      |                          |
| Ecstasy     | 8   | Oui                                | 10,7                                      | 4                        | 6,3                                       |                          | 13,4                                      | 4                        | 4,1                                       | 1, 3                     |
| Toxicomanie | 8   | Oui                                | 4,1                                       | 4                        | 6,3                                       | 4                        | 7,5                                       |                          | 13,8                                      | 1, 2                     |
| overdose    | 6,9                                       | Non                                | 7,4                                       |                          | 4,8                                       | 4                        | 3   | Cv                       | 10,6                                      | 2, 3?                    |
| Tabac       | 6,6                                       | Non                                | 2,5                                       | cv                       | 7,9                                       | 1?                       | 10,4                                      | 1?                       | 7,3                                       | 1?                       |
| cigarette   | 6,4                                       | Non                                | 4,1                                       | 3                        | 7,9                                       |                          | 10,4                                      | 1                        | 4,9                                       |                          |
| Plaisir     | 6,4                                       | Oui?                               | 10,7                                      | 3?, 4?                   | 7,9                                       | 4?                       | 3   | Cv                       | 2,4                                       | cv                       |
| Shit        | 6,4                                       | Non                                | 5,8                                       |                          | 6,3                                       |                          | 10,4                                      |                          | 4,9                                       |                          |
| problème    | 5,5                                       | Non                                | 4,1                                       | 3                        | 4   | 3                        | 10,4                                      | 1, 2                     | 5,7                                       |                          |

Les différences indiquées sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test du  $\chi^2$ )

**Légende :**

Pour chaque sous-groupe, les colonnes intitulées « diffère avec les groupes » signalent des comparaisons spécifiques avec les autres groupes lorsque celles-ci sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test du  $\chi^2$ )

Cv : signifie que l'effectif est trop petit et que les conditions de validité du  $\chi^2$  ne sont pas respectées .

? : signifie que, bien que le résultat du test soit significatif au seuil  $p < 0,10$ , les effectifs considérés dans cette comparaison sont trop petits et ne respectent pas les conditions de validité du  $\chi^2$ .

Un pourcentage souligné en caractère gras indique que le mot a été évoqué par plus de 10% des sujets dans le groupe considéré

Un pourcentage souligné (sans caractère gras) indique que le mot a été évoqué par 6 à 10% des sujets dans le groupe considéré

Un pourcentage non-souligné indique que le mot a été évoqué par moins de 6% des sujets dans le groupe considéré

1. PC+ / EC pour « pratique de consommation forte » et « entourage consommateurs »

2. PC- / ENC pour « pratique de consommation faible » et « entourage non-consommateurs »

3. PNC / EC pour « pratique de non-consommation » et « entourage consommateurs »

4. PNC / ENC pour « pratique de non-consommation » et « entourage non-consommateurs »

Source : GALAND Charles et SALÈS-WUILLEMIN Édith (2009), « La représentation des drogues chez les étudiants en psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage », *Les Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, vol. 84, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 140.

L'influence des proches, amis et familles, a été prouvée scientifiquement. La proximité avec l'usage, par le biais de ces deux facteurs, construit la drogue, quelle qu'elle soit, comme un objet habituel et entraînerait une sous-évaluation des risques liés à ces consommations. Cette inscription dans la normativité serait inverse lorsque l'individu serait éloigné de ces usages : « Parce que les représentations se construisent aussi dans l'interaction sociale, il faut considérer que les pratiques ne sont pas le seul facteur impliqué dans la représentation des substances psychoactives. Le contexte social et plus particulièrement les phénomènes d'influence sociale sont à prendre en compte » (Galand et Salès- Wuillemin, 2009, p. 147).

Cet entourage posséderait un effet sur la structure des représentations par habitude, comme dit précédemment, mais également par des volontés de conservation du groupe d'appartenance ; l'arrêt de la consommation entraînerait un éloignement du groupe. Ces effets ne sont cependant pas arbitraires.

Les messages délivrés par l'entourage peuvent être absorbés, ou non, selon des enjeux épistémiques (croyances) et identitaires (image de soi). Le statut hiérarchique que le récepteur du message donne à celui qui le délivre joue alors un rôle dans l'acceptation, ou non, du message ; le message transmis par un membre de l'entourage éloigné ou moins "compétent" aux yeux du récepteur, serait infirmé et n'entrerait pas au sein de ses représentations ; celui transmis par un membre proche serait en revanche accepté ; un message de la part d'une personne extérieure, comme un médecin, serait évincé du fait de la menace identitaire. « À partir du moment où l'usager développe une connaissance en quelque sorte "intérieure" [les connaissances acquises par les expériences] en matière de substances psychoactives, sa réceptivité aux langages "extérieurs" [les discours externes, souvent alarmistes et caricaturaux] concernant ses pratiques diminue. La prise de certains produits notamment psychédéliques et/ou hallucinogènes peut à ce titre créer, nourrir et/ou accentuer la relativisation des normes socialisantes » (Fontaine, Fontana, Verchère et Vischi, 2001, p. 48).

À travers les tableaux n° 24, 25 et 26 et les résultats sur les représentations en fonction de la proximité d'usage, nous constatons que l'entourage possède une influence sur les représentations.

Le groupe ne consommant pas de drogues mais fréquentant des usagers reste moins extrême que celui n'ayant pas ce type de fréquentation. Par exemple, le mot « *ecstasy* » est plus évoqué par les groupes ayant des usagers dans leur entourage (Tableau n° 24 : encadrés en triangle noirs *versus* gris ; Tableau n° 27 : encadrés verts *versus* noirs). Il en est de même pour « *cannabis* ».

Dans le Tableau n° 24, les deux groupes évoquant le plus ce mot sont ceux ayant des usagers dans leur entourage, qu'ils soient consommateurs eux-mêmes ou non. Les deux groupes n'ayant pas ce type de fréquentation évoquent, quant à eux, davantage le terme « *tabac* », drogue courante et légale.

**Tableau n° 25 : Rangs moyens d'évocation à partir de l'inducteur « drogues » (de 1 à 10)**

| Mots       | tous groupes |                                    | PC+/EC  |                          | PC-/ENC |                          | PNC/EC  |                          | PNC/ENC |                          |
|------------|--------------|------------------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|
|            | moyenne      | effet simple de la variable groupe | moyenne | diffère avec les groupes |
| Cannabis   | 2,68         | Oui                                | 2,3     | 4                        | 2,06    | 4                        | 2,47    | 4                        | 4,06    | 1, 2, 3                  |
| Dépendance | 2,76         | Oui                                | 3,22    | 4                        | 2,76    |                          | 3,03    | 4                        | 2,15    | 1, 3                     |
| Addiction  | 3,07         | Oui                                | 4,83    | 2, 4                     | 1,93    | 1                        | 3,44    |                          | 2,27    | 1                        |
| Danger     | 3,08         | Oui                                | 2,94    | 3                        | 3       | 3                        | 4,5     | 1, 2, 4                  | 2,5     | 3                        |
| Plaisir    | 3,75         | Oui                                | 2,46    | 2, 3                     | 4,8     | 1, 3                     | 8       | 1, 2, 4                  | 3       | 3                        |
| Alcool     | 4,33         | Oui                                | 4,47    |                          | 4,06    | 3                        | 5,75    | 2, 4                     | 3,29    | 3                        |
| Cigarette  | 4,61         | Non                                | 5,2     |                          | 4,9     | 4                        | 5,14    | 4                        | 3       | 2, 3                     |
| Maladie    | 4,89         | Oui                                | 7       | 3, 4                     | 5,36    | 4                        | 4,78    | 1                        | 4       | 1, 2                     |
| Problème   | 4,96         | Non                                | 4,6     |                          | 3,8     | 3                        | 6,43    | 2                        | 4,5     |                          |
| Ecstasy    | 4,97         | Non                                | 5,85    | 4                        | 5,63    | 4                        | 4,44    |                          | 2,6     | 1, 2                     |

Les différences indiquées sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test F de Fisher pour l'effet simple, test LSD de Fisher pour les comparaisons spécifiques)

**Légende :**

Pour chaque sous-groupe, les colonnes intitulées « diffère avec les groupes » signalent des comparaisons spécifiques avec les autres groupes lorsque celles-ci sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test LSD de Fisher)

Un score souligné en caractère gras indique que le mot a été évoqué par plus de 10% des sujets dans le groupe considéré

Un score souligné (sans caractère gras) indique que le mot a été évoqué par 6 à 10% des sujets dans le groupe considéré

Un score non-souligné indique que le mot a été évoqué par moins de 6% des sujets dans le groupe considéré

Plus le rang d'évocation est petit, plus le mot a été évoqué en premier et à l'inverse, plus le rang est élevé plus le mot a été évoqué en dernier

Source : *Ibid.*, p. 142.

**Tableau n° 26 : Connotation positive ou négative selon les sous-groupes**

| mots      | tous groupes |                                    | PC+/EC      |                          | PC-/ENC    |                          | PNC/EC     |                          | PNC/ENC   |                          |
|-----------|--------------|------------------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
|           | moyenne      | effet simple de la variable groupe | Moyenne     | diffère avec les groupes | moyenne    | diffère avec les groupes | moyenne    | diffère avec les groupes | moyenne   | diffère avec les groupes |
| dangereux | -2,03        | Non                                | -1,75       |                          | -1,3       | 4                        | -2,5       |                          | -2,67     | 2                        |
| Shit      | -0,64        | Non                                | 0           | 4                        | -0,25      | 4                        | -0,57      |                          | -2        | 1, 2                     |
| cigarette | -0,36        | Non                                | -1          | 4                        | -0,4       |                          | -0,86      | 4                        | 0,83      | 1, 3                     |
| alcool    | -0,34        | Non                                | 0,47        | 2, 3, 4                  | -0,59      | 1                        | -0,58      | 1                        | -0,71     | 1                        |
| plaisir   | 1,64         | Oui                                | <u>2,15</u> | 4                        | <u>1,6</u> | 4                        | <u>2,5</u> | 4                        | <u>-1</u> | 1, 2, 3                  |

Les différences indiquées sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test F de Fisher pour l'effet simple, test LSD de Fisher pour les comparaisons spécifiques)

**Légende :**

Pour chaque sous-groupe, les colonnes intitulées « diffère avec les groupes » signalent des comparaisons spécifiques avec les autres groupes lorsque celles-ci sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test LSD de Fisher)

Un score souligné en caractère gras indique que le mot a été évoqué par plus de 10% des sujets dans le groupe considéré

Un score souligné (sans caractère gras) indique que le mot a été évoqué par 6 à 10% des sujets dans le groupe considéré

Un score non-souligné indique que le mot a été évoqué par moins de 6% des sujets dans le groupe considéré

Plus le rang d'évocation est petit, plus le mot a été évoqué en premier et à l'inverse, plus le rang est élevé plus le mot a été évoqué en dernier

Source : *Ibid.*, p. 143.

La seconde différence se trouve dans les connotations de la drogue. Si l'entourage n'influence pas les représentations quant à l'aspect hédonique de l'usage, ces perceptions en matière de risque jouent un rôle. Effectivement, quand l'individu, consommateur ou non,

possède des usagers dans son entourage, il évoquera moins le champ lexical du danger. Au contraire, les personnes ne fréquentant pas d'usagers utiliseront ce vocabulaire. L'influence de l'entourage conduit à une connotation affective dans prise de risque. Porté par le groupe, l'individu peut minimiser ou maximiser les risques encourus par rapport à un entourage, consommateur ou non.

D'un autre côté, un entourage consommateur n'entraîne pas obligatoirement une image positive de la drogue et une tentation de consommation. Des aperçus de mauvaises expériences, comme l'*overdose*, peuvent conduire à l'effet inverse, c'est-à-dire que l'entourage peut présenter un frein à la consommation.

**Tableau n° 27 : Scores moyens de caractérisation pour l'objet « drogues » (scores de 1 à 10)**

| Mots       | Tous groupes |                                    | PC+/EC      |                          | PC-/ENC    |                          | PNC/EC      |                          | PNC/ENC     |                          |
|------------|--------------|------------------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
|            | Moyenne      | effet simple de la variable groupe | moyenne     | diffère avec les groupes | moyenne    | diffère avec les groupes | moyenne     | diffère avec les groupes | moyenne     | diffère avec les groupes |
| dépendance | 8,96         | Oui                                | <b>8,21</b> | 2, 3, 4                  | <b>9,2</b> | 1                        | <b>9,36</b> | 1                        | <b>9,2</b>  | 1                        |
| Ecstasy    | 8,69         | Non                                | 8,92        |                          | 8,38       |                          | 9,22        | 4                        | 7,6         | 3                        |
| addiction  | 8,52         | Non                                | 7,33        | 2, 4                     | 9,36       | 1                        | 8,22        |                          | 9           | 1                        |
| Danger     | 8,39         | Non                                | 7,82        | 3                        | 8,31       |                          | 9,25        | 1                        | 8,45        |                          |
| Shit       | 7,96         | Non                                | 9,29        | 3, 4                     | 8          |                          | 7,29        | 1                        | 7,17        | 1                        |
| Mort       | 7,67         | Non                                | 7,56        |                          | 6,74       | 3, 4                     | 8,06        | 2                        | 8,25        | 2                        |
| cannabis   | 7,51         | Oui                                | 6,52        | 4                        | 7,76       |                          | 7,63        |                          | 8,47        | 1                        |
| Plaisir    | 6,96         | Oui                                | <b>8,08</b> | 2, 4                     | <b>6,1</b> | 1                        | <b>9</b>    | 4                        | <b>3,67</b> | 1, 3                     |
| Cigarette  | 6,79         | Non                                | 5,4         | 2                        | 7,8        | 1, 3                     | 5,71        | 2                        | 7,5         |                          |

Les différences indiquées sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test F de Fisher pour l'effet simple, test LSD de Fisher pour les comparaisons spécifiques)

**Légende :**

Pour chaque sous-groupe, les colonnes intitulées « diffère avec les groupes » signalent des comparaisons spécifiques avec les autres groupes lorsque celles-ci sont significatives au seuil  $p < 0,10$  (test LSD de Fisher)

Un score souligné en caractère gras indique que le mot a été évoqué par plus de 10% des sujets dans le groupe considéré

Un score souligné (sans caractère gras) indique que le mot a été évoqué par 6 à 10% des sujets dans le groupe considéré

Un score non-souligné indique que le mot a été évoqué par moins de 6% des sujets dans le groupe considéré

Plus le rang d'évocation est petit, plus le mot a été évoqué en premier et à l'inverse, plus le rang est élevé plus le mot a été évoqué en dernier

Source : *Ibid.*, p. 143.

L'entourage et la pratique sont des facteurs de modification de la perception des drogues. Ils sont ainsi liés et possèdent des effets sur le contenu et la structure des représentations. S'ils possèdent ces effets, les modes de consommation sont aussi vecteurs de modification de la perception du risque.

Les expériences, la quantité, la fréquence et les voies d'administration ont un rôle dans ce système au sein même du facteur entourage. L'image du "toxicomane" est encore

prédominante. Ainsi, un entourage ayant pour pratique l'injection aurait un moindre impact sur le système de représentation de l'individu récepteur. Si l'individu a passé cette étape une fois, ce rapprochement entraîne la diminution des connotations négatives et la minimisation de la dangerosité que cette pratique représente.

Au-delà de ces facteurs, le contexte ou l'environnement de consommation jouent un rôle important dans l'organisation des représentations de la drogue. Revenons à la variable « *entourage* » : plus l'individu est proche de cet objet par son environnement, plus il serait tenté de consommer<sup>282</sup> ; les événements propices aux consommations (soirées, tecknivals, anniversaires, etc.) seraient plus réguliers et faciliteraient l'accès à la drogue (disponibilité).

L'individu lui-même reste une variable ayant trait à ces perceptions différenciées de la drogue, de l'usage et des risques. Les capacités physiques et mentales, les particularités liées à sa trajectoire de vie modifient la manière dont il vit les expériences avec la drogue. Nous pouvons également citer l'âge, la situation professionnelle, le cadre familial comme autres clés : « *Le comportement conditionne et est conditionné par la perception du risque et sa gestion* » (Fontaine, Fontana, Verchère et Vischi, 2001, p. 221).

L'étude qui a été utilisée possède des limites. La démarche était exploratoire. Pour affiner cette recherche, nous avons décidé de superposer les résultats à ceux du rapport de l'OFDT de 2001 afin de percevoir les liens de causalités déterminants et l'impact de chacun des facteurs.

### *C.3) Les représentations d'usagers sur les substances*

Le rapport de l'OFDT de 2001 met en exergue trois échelles de valeurs servant aux usagers pour situer les drogues : celles de la nature des effets, des types d'usage et des risques physiques, psychologiques et sociaux. La première joue un rôle dans la perception de la drogue (le produit, son usage et ses risques). Nous avons vu que les drogues avaient des effets physiologiques différents (stimulants, apaisants, hallucinogènes...). Ces caractéristiques ont un impact sur les représentations. La dangerosité d'un produit est, en partie, fonction des sensations que produit

---

<sup>282</sup> En plus de cette tentation élevée, l'individu serait plus enclin à essayer la polyconsommation, voir FONTAINE Astrid, FONTANA Caroline, VERCHÈRE Céline et VISCHI Renaud (2001), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage des drogues en France*, Paris, OFDT.

la substance ; les difficultés psychologiques et physiques sont les variables de la perception de la dangerosité.

Ce facteur est couplé à celui du type d'usage. La quantité et la fréquence sont les déterminants des risques perçus : « *À la limite je fais quand même une différence entre les drogues, il y a des drogues plus fortes que d'autres, mais après ce qui compte c'est le dosage, tu vois le shit c'est une drogue douce, quand tu commences à fumer 30 joints par jour, ça devient une drogue dure. La cocaïne c'est une drogue dure, si tu prends un gramme par an, ça fait moins mal que de fumer un paquet de cigarettes tous les jours. Donc voilà, les drogues, c'est les quantités dans le laps de temps dans lequel tu les prends qui fait qu'elles sont nocives ou pas (Richard, 30 ans)* » (Fontaine, Fontana, Verchère et Vischi, 2001, p. 54).

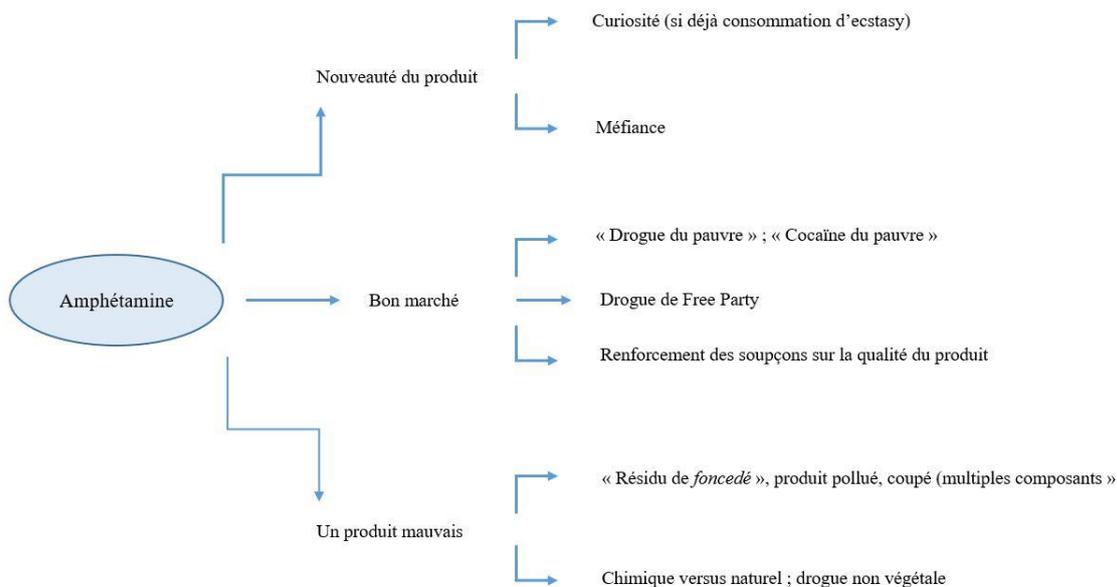
Le type d'usage comprend également un élément primordial : le caractère synthétique ou naturel du produit. Cette distinction est couramment faite par les usagers. Ceux-ci considèrent que les substances naturelles ont une toxicité moindre par rapport aux synthétiques. La culture, la tradition et le rapport à la nature sont les composants de ces représentations.

La dernière échelle de valeur est celle des risques physiques, psychologiques et sociaux constitués par le degré de contrôle des réactions, la dangerosité physique, le prix des substances et le réseau de l'usager. Les drogues sont hiérarchisées par les usagers en fonction de l'importance des effets, du contrôle qu'ils en ont et du degré détachement avec le réel.

Cette échelle est élaborée à partir des expériences des individus et au regard de celles auxquelles ils assistent. La dangerosité physique est liée à celle de la dépendance et de la dégradation du corps. Le prix et le réseau sont des classifications associées aux statuts sociaux des substances. Les résultats concernant les représentations collectives de la drogue instituées par les normes, au niveau national et local, permettront de comprendre la fabrication des politiques de réduction des risques. Dans cette partie plus théorique, nous cherchons à comprendre les représentations du côté de l'usager afin de pouvoir, par la suite, les comparer avec celles collectives.

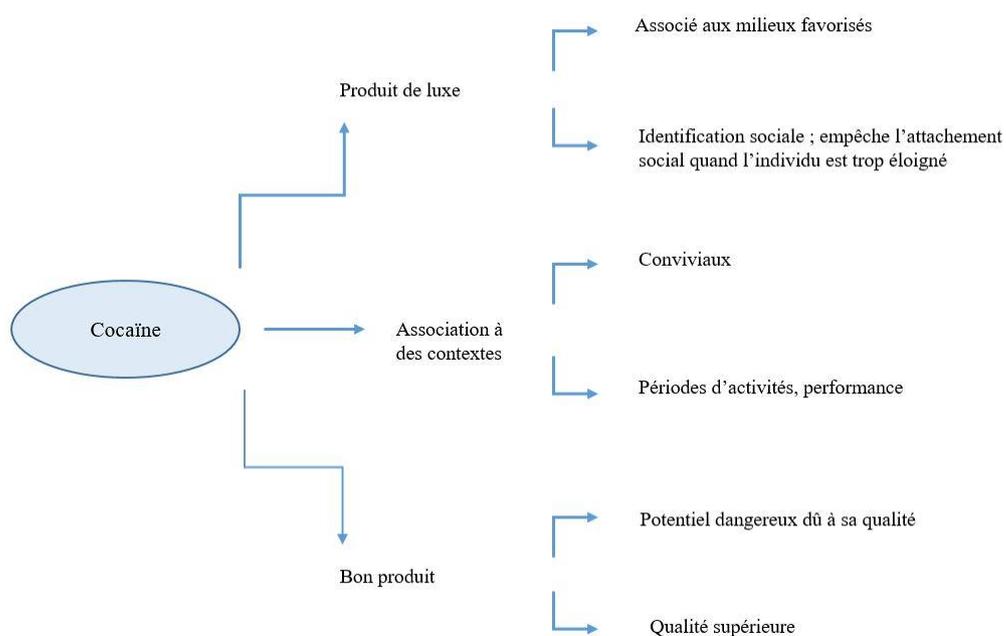
Pour illustrer l'ensemble de ces échelles, nous avons représenté, par des graphiques, les perceptions des usagers pour chacune des drogues suivantes : l'amphétamine, la cocaïne, la kétamine, l'héroïne et le rachacha.

**Figure n° 11 : Les représentations de l'amphétamine par les usagers de drogues**



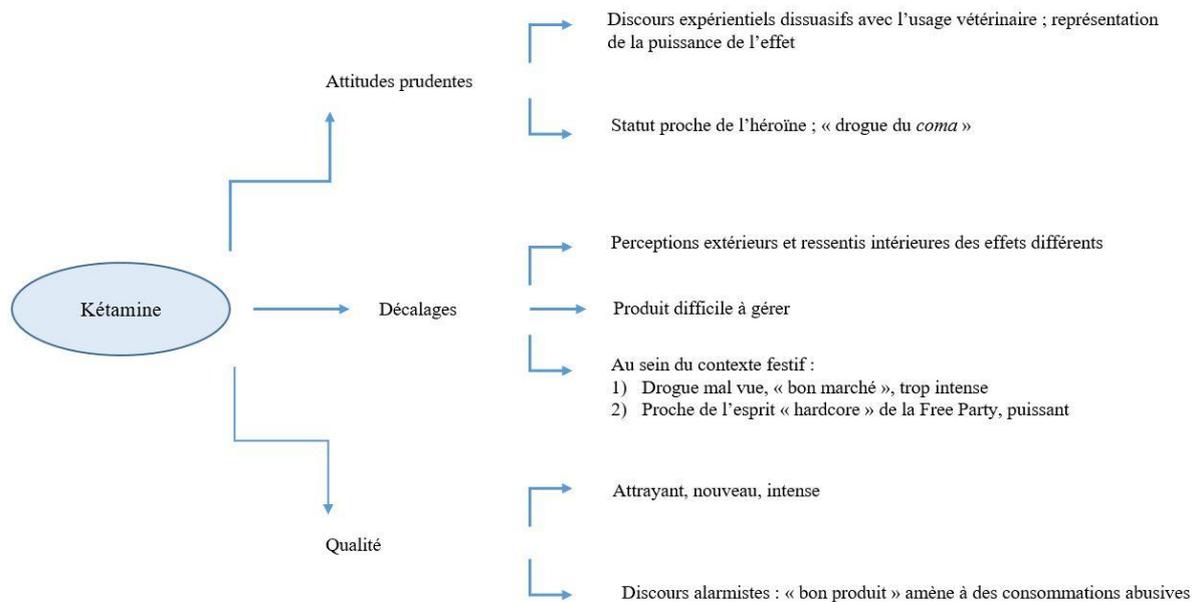
Source : Représentations graphiques à partir de, FONTAINE Astrid, FONTANA Caroline, VERCHÈRE Céline et VISCHI Renaud (2001), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l'usage des drogues en France*, Paris, OFDT, pp. 87-188.

**Figure n° 12 : Les représentations de la cocaïne par les usagers de drogues**



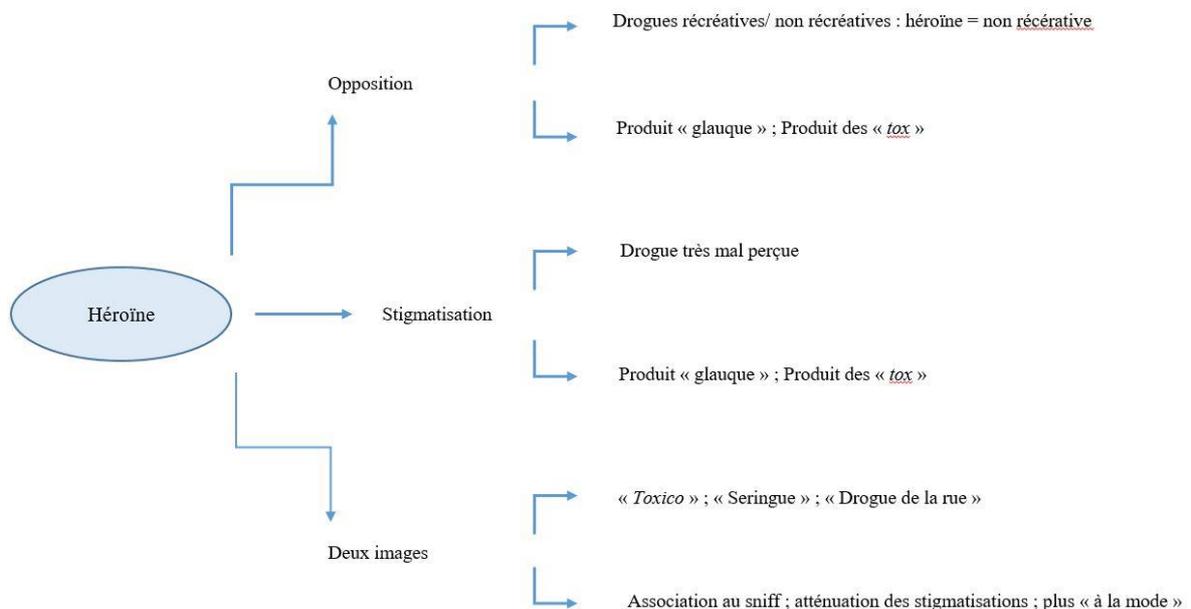
Source : *Ibid.*, pp. 87-188.

**Figure n° 13 : Les représentations de la kétamine par les usagers de drogues**



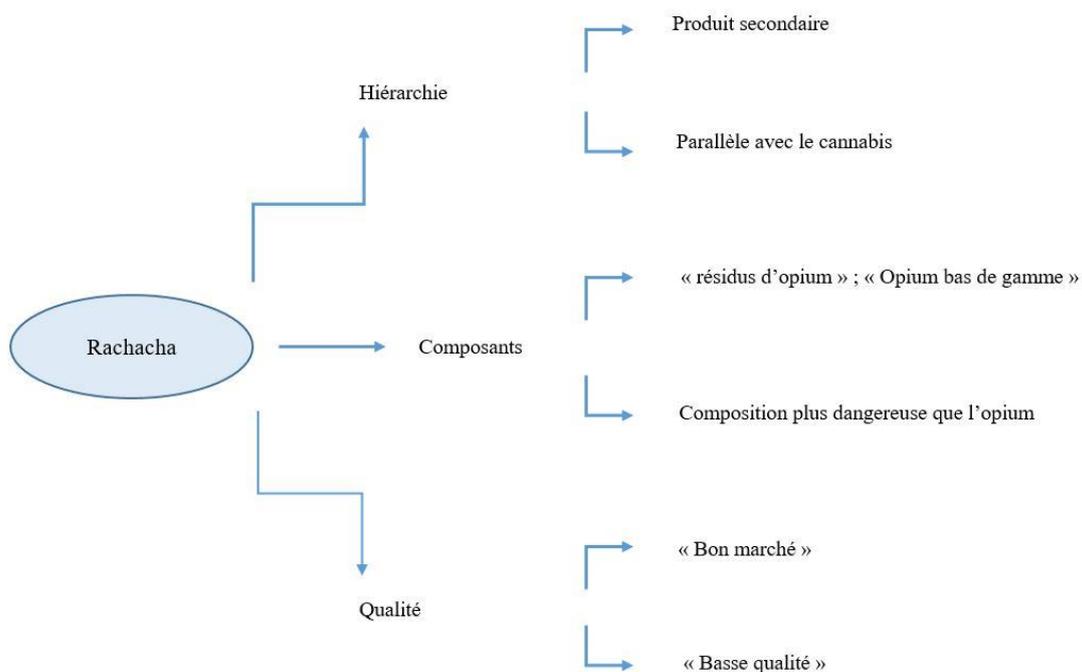
Source : *Ibid.*, pp. 87-188.

**Figure n° 14 : Les représentations de l'héroïne par les usagers de drogues**



Source : *Ibid.*, pp. 87-188.

**Figure n° 15 : Les représentations du rachacha par les usagers de drogues**

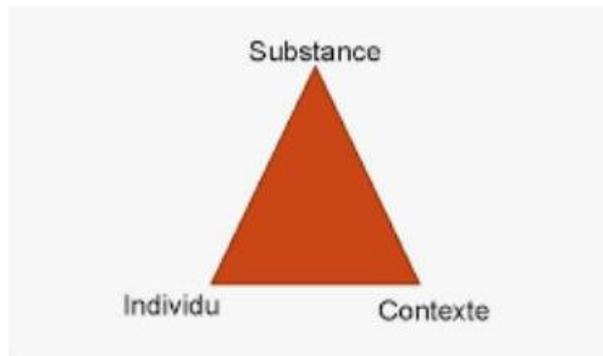


Source : *Ibid.*, pp. 87-188.

À travers ces graphiques, nous avons pu percevoir les contextes idéologiques qui caractérisent l'usage de ces drogues. Nous aurions pu également parler d'autres éléments influençant la perception des substances, des usages et des risques tels que l'imaginaire social ou la proximité à l'objet qui sont d'ailleurs inhérents aux représentations graphiques précédentes. De plus, les auteurs du rapport mentionnent des perceptions cycliques, car les représentations seraient modulées par des phases au sein du facteur « *proximité avec l'objet* » : la première étape, celle des premières prises ; la seconde, celle de la consommation idyllique (quelques semaines d'usage régulier) ; la dernière, celle de l'apparition des symptômes de manque, d'une véritable dépendance.

Cette partie nous a permis de voir les étapes de la représentation, de la construction de la norme, de la déviance jusqu'aux effets. Synthétiquement, nous nous sommes intéressée l'équation suivante :  $E = SIC$  (Effet/Expérience d'une drogue = variation en fonction de la Substance/du Stimulus de l'Individu/du Contexte).

**Figure n° 16 : La loi de l'effet : E = SIC**



Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/renseignements-medecins/renseignements-destines-professionnels-sante-cannabis-cannabinoides.html>.

La substance représente la méthode d'usage, le profil de dangerosité spécifique, le mode d'administration, la durée, la fréquence, la quantité, la pureté du produit, les interactions entre les substances. Par « *Individu* », nous entendons son mode de vie, ses facteurs biologiques, physiques et psychiques, ses attitudes et ses attentes, ses troubles, son degré d'estime de soi, sa capacité d'adaptation et de relation. Le contexte correspond, quant à lui, aux facteurs culturels (dont les normes induisant les valeurs, codes et croyances), aux facteurs sociaux (l'entourage), aux trajectoires de vie, aux facteurs économiques et à l'accessibilité au produit. L'ensemble de ces éléments a été traité dans cette partie afin de voir les effets qu'ils possèdent sur la construction du système de perceptions.

∴

Ce chapitre a débuté autour du contexte d'apparition de la politique de réduction des risques. Cette recontextualisation avait pour objectif de montrer que ce nouveau paradigme coexistait avec d'autres approches : thérapeutique et prohibitionniste. L'officialisation de la politique de réduction des risques est assez récente. Ses objectifs se concentrent autour de l'usager avec une volonté de lui redonner une place au sein du rapport médical. D'un autre côté, la Rdr n'est pas unique. Ces associations avec les autres approches mettent en exergue plusieurs acceptions de cette politique ainsi que de ses applications. Cette politique possède une pluralité d'outils, de définitions comme celle des risques mais aussi divers enjeux selon l'acteur qui l'applique. Nous avons mis en lumière qu'il existerait non pas une politique de réduction mais plusieurs.

Pour illustrer ce propos, nous avons décidé de nous focaliser sur un exemple précis, celui de l'*empowerment*. Ce processus a pour but de redonner du pouvoir d'agir aux individus, d'accroître la considération des savoirs profanes par opposition aux savoirs experts déjà légitimés. Après avoir donné plusieurs définitions de ce vocable, nous avons voulu appliquer l'hypothèse de l'existence de plusieurs politiques de réduction au terme *empowerment*. Nous avons essayé de voir s'il était possible d'observer plusieurs applications de ce processus à travers l'opposition individuelle/collective. Nous avons ainsi souhaité montrer des expériences individuelles et collectives de ce processus. Cette catégorisation, si elle est présente, est néanmoins à relativiser puisque l'une et l'autre se complètent. Nous avons mis en avant des objectifs différents selon l'acteur qui applique ce processus. Ceux-ci existaient en dehors de cette politique. Toutefois, à travers ses traductions et l'acteur qui l'utilise, les applications se sont diversifiées tant dans le domaine de la drogue que dans d'autres. Cette superposition, entre la politique de réduction des risques et l'*empowerment*, nous laisse entrevoir qu'il existe plusieurs acceptions et donc applications de ces deux approches. Cette politique ainsi que l'*empowerment*, auraient, tous deux, été dénaturés. Ces modifications pourraient être liées à différents objectifs : le contrôle social ou le *statu quo*.

Pour comprendre ces changements, il était important d'analyser les représentations façonnant les idéologies, maîtresses de la dénaturation dans ce cas. Nous avons alors consacré une partie aux perceptions. Nous avons débuté avec la définition de l'un de nos objets, la drogue. Celle-ci s'inscrit dans un contexte spécifique et incarne une complexité politique, idéologique, économique et sociale. Nous nous sommes intéressée à l'évolution des classifications dans le domaine de l'addiction. Ces catégorisations ne sont pas toujours prises sous le même angle. Ces différentes perspectives modifient les perceptions. Si nous prenons une classification en fonction des effets ou des dangers, les résultats ne seront pas les mêmes et, conséquemment, l'attractivité envers la drogue sera modifiée. Les représentations de la dangerosité sont composites. Pour bien souligner cette diversité, nous avons choisi d'analyser la base d'une représentation : la norme. Après avoir défini ce terme, nous avons pu étudier la notion de déviance inhérente aux normes. Ces vocables sont des construits sociaux. D'un autre côté, la norme induit la déviance et non l'inverse. Les normes sont amenées par des « *entrepreneurs de morale* ». Ces individus ont pour objectif de faire appliquer ces règles à partir de jugements de valeur. Pour appréhender le poids de ces entrepreneurs, nous nous sommes focalisée sur la régulation de cannabis et l'implantation des salles de consommation à

moindre risque. La première nous a permis d'évaluer l'impact de l'aspect moral sur les usagers. L'exemple de l'implantation d'une SCMR a montré, quant à elle, les effets des croyances des entrepreneurs sur l'évolution de ces dispositifs. Nous constatons une hiérarchisation, par les représentations de ces entrepreneurs, qui préfèrent avantager ces croyances au détriment des études scientifiques.

Nous avons consacré la dernière section aux représentations par catégorisation. Pour contextualiser ces représentations, nous avons présenté une classification pharmacologique de la dangerosité et de la satisfaction. Celles-ci sont présentes pour objectiver les perceptions qui sont avancées par la suite. Un second point met en évidence deux facteurs de modification des représentations : celui de la proximité à l'objet et celui de l'entourage. Tous deux façonnent les perceptions de la drogue, de l'usage et du risque. Les proximités avec l'usage et l'entourage engendreraient des connotations positives et minimiseraient les risques et les dangers liés à la consommation. Inversement, les personnes plus distantes de ces deux facteurs auraient des connotations plus négatives et percevraient uniquement les effets néfastes des drogues au détriment des effets hédoniques. Pour confirmer, approfondir et élargir l'importance de ces variables dans les représentations, le dernier point s'appuie sur le rapport de l'OFDT de 2001 concernant la représentation des usagers sur les substances. Ces perceptions sont influencées par la nature des effets, le type d'usage, les degrés de risques physiques, psychologiques et sociaux, l'imaginaire collectif, le prix des substances et le réseau de l'utilisateur.

---

*Deuxième Partie :*  
*Analyse comparative*

---

Cette deuxième partie se concentrera sur deux monographies : celle de la Rochelle et celle de Göttingen. Elles auront plusieurs objectifs dont la description des terrains, la mise en lumière de caractéristiques locales ainsi que leurs analyses. C'est dans le cadre de notre démarche comparative que nous souhaitons mettre en avant ces apports. Ces développements permettront de mettre l'accent sur des données micro-sociales et micro-individuelles que nous transposerons ensuite sur des résultats plus généraux et nationaux. Cette superposition, pour qu'elle soit effective et pertinente, doit être préalablement engagée par des amorces locales afin de déceler des problématiques plus détaillées.

Nous terminerons ces investigations par un chapitre consacré à la mise en perspective des résultats des monographies précédentes. Nous synthétiserons les points communs et les différences entre ces deux terrains au sujet de la politique de réduction des risques pour ensuite nous engager dans des préconisations.

## Chapitre 4

### Monographie du terrain français : La Rochelle

Ce chapitre sera consacré à la monographie du terrain français. La ville de la Rochelle possède des caractéristiques importantes à mettre en exergue pour comprendre le rapport à l'usager et la mise en place des politiques publiques. Ainsi, nous débiterons par la mise en évidence de l'aspect festif de cette ville dû à la proportion importante d'étudiants. Nous montrerons que cette ville est dotée de quartiers segmentés qui se structurent autour de plusieurs rapports à la drogue : l'usage de l'alcool, celui de substances illicites et la vente. Ces éléments seront décrits pour mettre en lumière les effets sur les interventions de chaque territoire et les raisons de cette construction pratique.

Nous utiliserons deux types d'espaces festifs afin d'appréhender les fonctions des différents acteurs. Ceux-ci possèdent des représentations professionnelles et individuelles qui construisent les interventions sur ce terrain. Pour bien comprendre ces différentes pratiques, nous décrirons les structures enquêtées. Ces portraits seront basés sur les analyses des entretiens et des questionnaires afin de révéler les visions plurielles du fonctionnement de ces structures. Nous continuerons autour des jeux d'acteurs. Nous analyserons les relations des structures en matière de synergies, de conflits ou de neutralité pour mettre en évidence les représentations des acteurs entre eux. Ces perceptions laisseront transparaître les valeurs et les pratiques de leurs émetteurs.

Ensuite, nous entrerons dans l'analyse des enjeux paradoxaux des acteurs du terrain rochelais. Pour cela, nous utiliserons plusieurs objets qui fournissent des données sur les différenciations représentationnelles. Nous débiterons par la mise en avant des savoirs spatiaux pluriels qui laissent transparaître les pratiques professionnelles et les éléments qui les façonnent. Ensuite, nous expliciterons la pluralité de définitions de *sécurisation* perceptible sur le terrain. Ceci nous permettra de comprendre la construction des politiques publiques et les marges de manœuvre de certaines structures. Enfin, l'outil carte mentale a mis en évidence différents types d'émotions négatives. Après les avoir décrits, nous verrons en quoi ceux-ci, résultats de construits sociaux, modèlent l'intervention auprès des usagers.

La dernière partie se concentrera sur l'analyse des processus d'autonomisation à l'échelle locale. Nous mettrons en lumière différents profils d'usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogue au sein du CSAPA et du CAARUD à l'aide de l'outil statistique principal de notre enquête, le questionnaire. Cette classification "idéaltypique" nous permettra, dans un premier temps, de comprendre la réception des différentes stratégies de réduction des risques.

Après avoir montré ces réceptions à partir de diverses variables telles que l'âge, le lieu d'habitation ou encore les besoins des usagers, nous mettrons en évidence les degrés d'autonomie perçus à travers l'outil quantitatif. Ceux-ci auront pour objectif la compréhension des impacts des stratégies professionnelles mises en place, comme vecteur et comme variable. La seconde ambition de cette catégorisation est de faire ressortir la variété de mises en application de la stratégie de réduction des risques. Cela permet ainsi de nous amener à l'étude des différentes techniques d'autonomisation : celles utilisant le travail autour de l'estime de soi, celles autour de l'éducation et celles par l'obligation. Pour justifier l'ensemble de ces démarches, parfois antagonistes, parfois comportant des quasi-analogies, une section sera focalisée sur les significations du terme *autonomie*. Nous verrons que les acteurs possèdent leurs propres considérations théoriques et, par suite, pratiques qui configurent les applications de cette politique.

Nous terminerons cette partie sur l'analyse de la volonté étatique de rapprochement entre les domaines social et médical dans l'accompagnement des publics consommateurs de drogues. Pour cela, nous nous concentrerons sur les points de concordance et ceux de séparation des structures de notre terrain d'enquête.

Nous aborderons les représentations des acteurs quant à la drogue, ses usagers, les objectifs d'accompagnement et le milieu urbain pour détailler le différentiel de signification concernant la réduction des risques ainsi que la tolérance par rapport à l'attribution de responsabilité. Enfin, nous étudierons la thématique de la mise en partenariat sous l'angle de l'injonction mais également sous celui du volontariat pour mettre en évidence les ambitions institutionnelles nationales face à celles ultra-locales.

•  
•

# 1) Présentation du terrain et des structures enquêtées

## A) La ville de La Rochelle

### A.1) Une population étudiante importante

Pour débiter ce chapitre, nous avons décidé de nous consacrer à l'analyse des liens entre la « fête » et les consommations de drogue et d'alcool. La Rochelle est le théâtre régulier de rassemblements de personnes et de consommations de type festif entraînant des prises de risques. Ses espaces structurés et hétéroclites, ses caractéristiques comme son port et son tourisme, font de cette ville un terrain particulier dans le cadre d'une recherche ayant pour objet la consommation de drogues.

**Tableau n° 28 : Évolution de la structure de la population par tranche d'âge entre 2007 et 2017**

|                 | 2007          | %            | 2012          | %            | 2017          | %            |
|-----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| <b>Ensemble</b> | <b>76 848</b> | <b>100,0</b> | <b>74 123</b> | <b>100,0</b> | <b>75 735</b> | <b>100,0</b> |
| 0 à 14 ans      | 10 601        | 13,8         | 9 708         | 13,1         | 9 891         | 13,1         |
| 15 à 29 ans     | 18 741        | 24,4         | 18 010        | 24,3         | 17 948        | 23,7         |
| 30 à 44 ans     | 13 277        | 17,3         | 12 021        | 16,2         | 12 000        | 15,8         |
| 45 à 59 ans     | 14 403        | 18,7         | 13 328        | 18,0         | 13 203        | 17,4         |
| 60 à 74 ans     | 11 261        | 14,7         | 12 183        | 16,4         | 13 943        | 18,4         |
| 75 ans ou plus  | 8 565         | 11,1         | 8 872         | 12,0         | 8 750         | 11,6         |

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

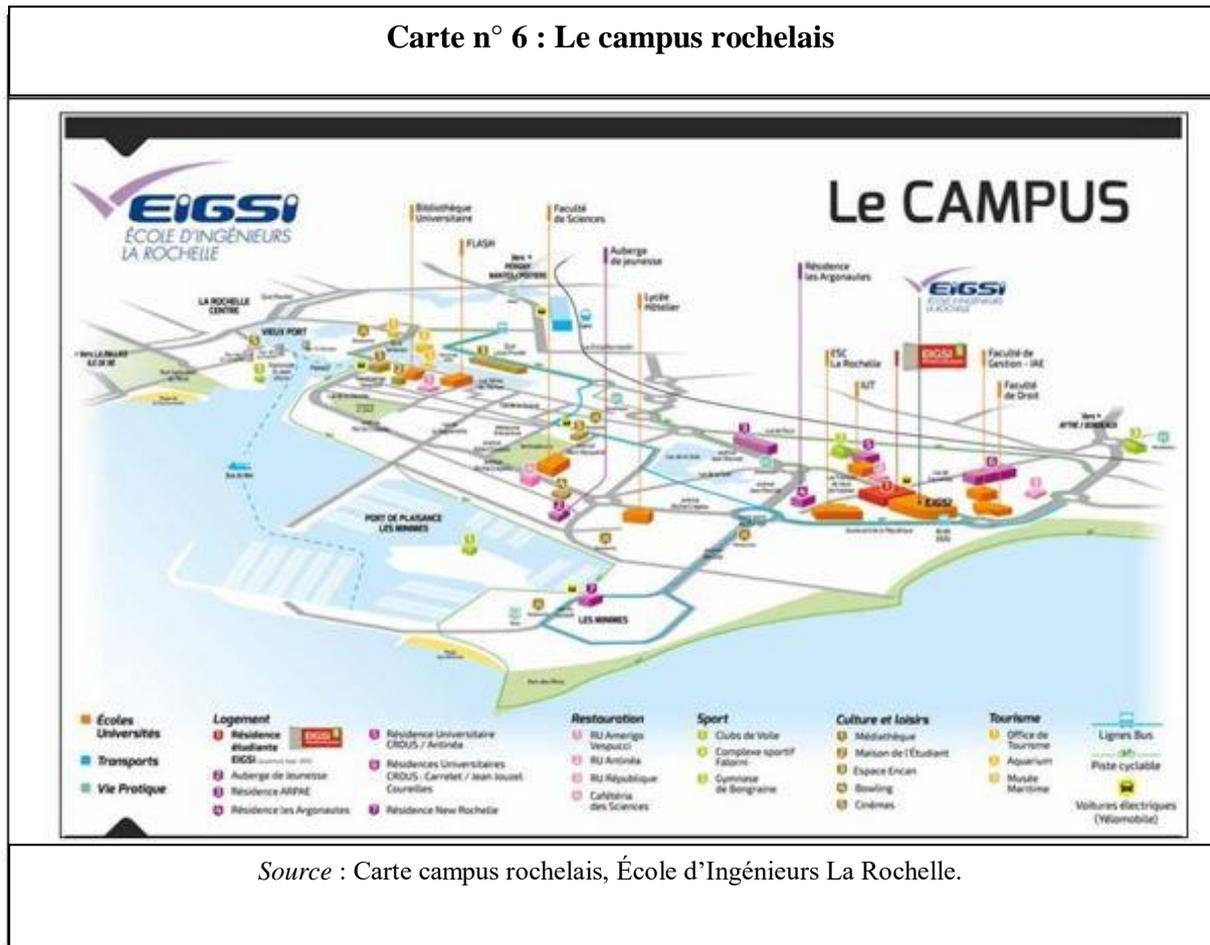
La Rochelle, ville du littoral, comptabilise 76 114 habitants en 2018<sup>283</sup>. À partir du tableau ci-dessus, nous pouvons constater que les 15-29 ans sont davantage représentés et totalisent près d'un quart de la population de cette agglomération.

<sup>283</sup> Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Si nous observons une baisse de cette catégorie au profit des 60 à 74 ans et 75 ans et plus, cette part reste la plus importante. Pour cause, la cité est attrayante compte tenu de ses caractéristiques géographiques et de son réseau universitaire représenté dans la carte n° 6. Ce campus se trouve au sud du centre-ville mais reste ancré dans celui-ci.

Sur le site de l'étudiant<sup>284</sup>, nous pouvons observer une enquête concernant le classement des villes, en 2015, où il serait agréable d'étudier selon les variables suivantes : la culture, l'emploi, l'environnement, les études, l'international, le logement, les sorties, le sport et le transport.

Carte n° 6 : Le campus rochelais



Source : Carte campus rochelais, École d'Ingénieurs La Rochelle.

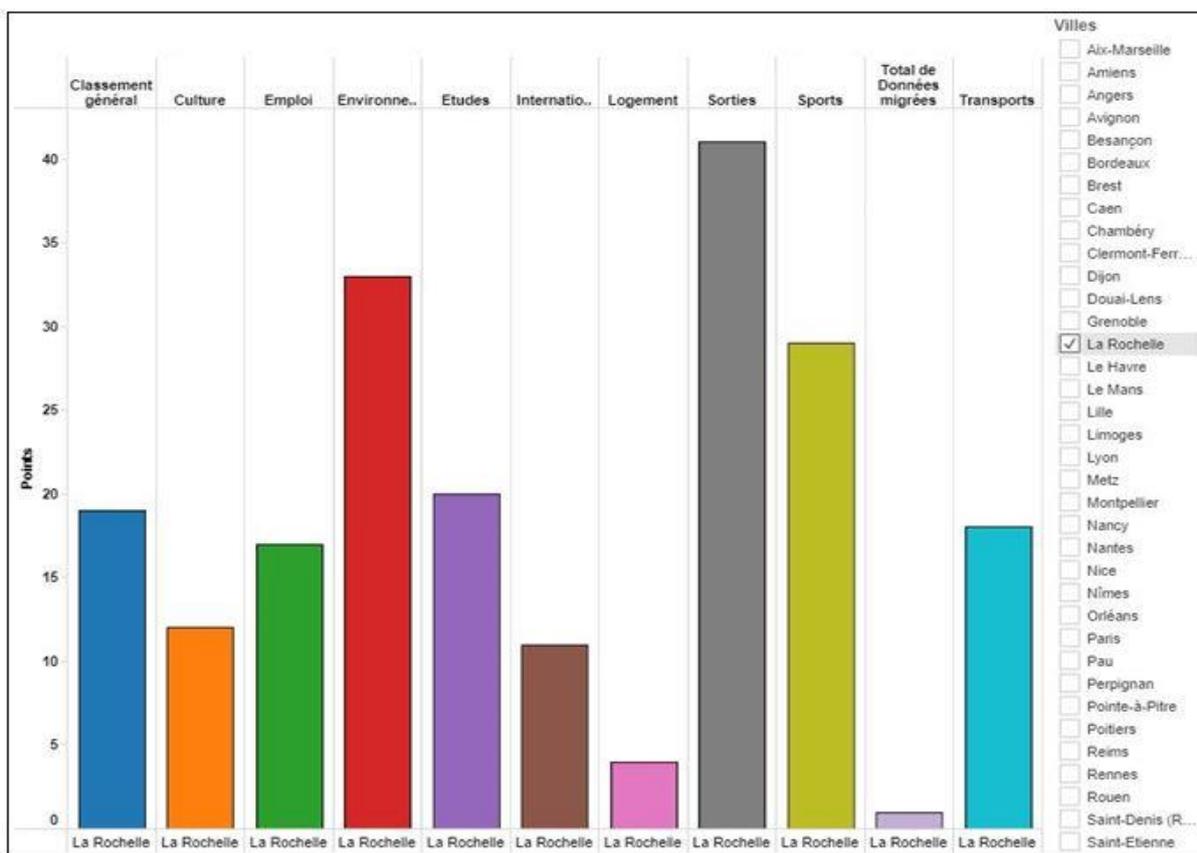
Au niveau national, La Rochelle se trouve en 23<sup>e</sup> position derrière plusieurs métropoles telles que Toulouse, Montpellier ou encore Bordeaux, ces trois villes étant classées 1<sup>re</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>.

<sup>284</sup> <http://letudiant.fr> ; BERTEREAU Virginie (2015), « Le classement 2015 des villes où il fait bon étudier », *L'Étudiant [Online]*, septembre, <https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/le-classement-2015-des-villes-ou-il-fait-bon-etudier.html>.

Pourtant, le tableau n° 29 montre une caractéristique importante pour notre étude : La Rochelle est la cité la plus attrayante en matière de sorties. Toulouse compte 19 points de pourcentages et Bordeaux 14. Cette différence est la plus importante au sein de ces variables.

C'est le classement des villes de tailles comparables qui met en lumière l'importance de cette attraction générationnelle et scolaire. Pour ce qui est des villes moyennes, La Rochelle est classée 2<sup>e</sup> après Pau. Cette attraction confirme la place de cette tranche d'âge au sein de la population rochelaise.

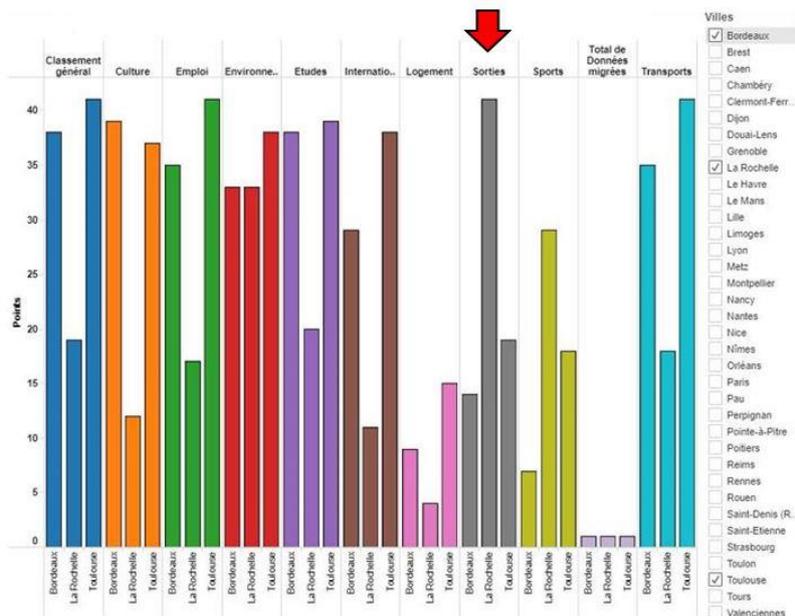
**Tableau n° 29 : Palmarès 2015 des villes où il fait bon étudier : pourcentage de points pour la ville de La Rochelle**



Source : <https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/le-classement-2015-les-villes-ou-il-fait-bon-etudier.html>

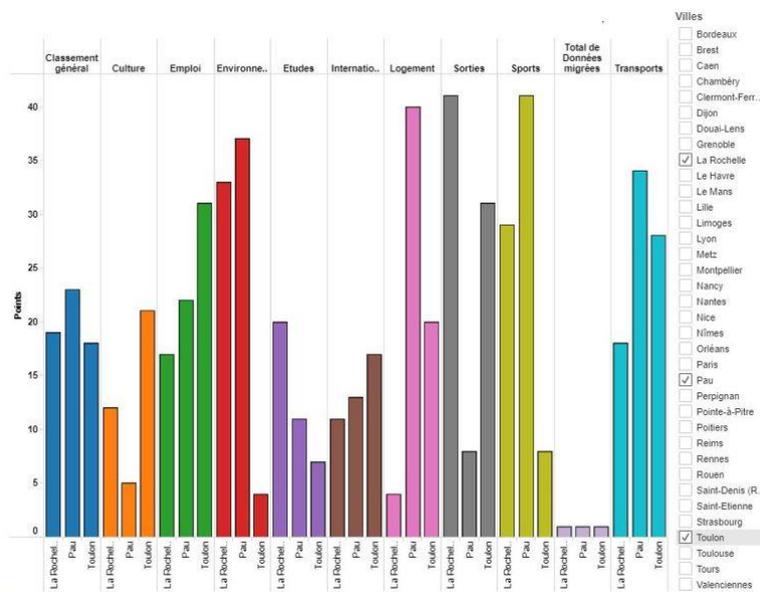
Le tableau n° 30 montre que les inconvénients de cette ville tournent autour des thématiques du logement, de l'international ou encore de la culture. Côté avantage, sont mis en lumière les occasions de sorties et l'environnement avec, respectivement, 41 et 33 points de pourcentage. Au classement général, La Rochelle comptabilise 19 points.

**Tableau n° 30 : Palmarès 2015 des villes où il fait bon étudier : pourcentage de points pour la ville de Bordeaux, La Rochelle et Toulouse**



Source : <https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/le-classement-2015-des-villes-ou-il-fait-bon-etudier.html>

**Tableau n° 31 : Palmarès 2015 des villes où il fait bon étudier : pourcentage de points pour la ville de La Rochelle, Pau et Toulon**



Source : <https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/le-classement-2015-des-villes-ou-il-fait-bon-etudier.html>

A.2) Des espaces segmentés entre vente, consommation de drogues et consommation d'alcool



La ville de La Rochelle se compose de plusieurs quartiers, dont deux touristiques et d'autres davantage résidentiels et commerciaux. Tout d'abord, nous avons le quartier Laleu-La Pallice qui représente le tiers ouest et comprenant les installations industrielles et portuaires. Ce quartier n'est pas très peuplé, par rapport à sa superficie, puisqu'il est centré sur son port, devenu autonome depuis 2008. Celui-ci est classé « zone franche urbaine » (ZFU), situé dans un périmètre géographique sensible et défavorisé, et bénéficie d'avantages sociaux tels que l'exonération d'impôts sur les bénéfices pour favoriser l'implantation de nouvelles entreprises. Ce statut a pour objectif de redynamiser un quartier du point de vue de l'activité tertiaire et du logement.

Plus résidentiel mais également classé « ZFU », le quartier Port-neuf compte 7 %<sup>285</sup> du parc de logements sur La Rochelle. Parmi ceux-là, nous trouvons une grande partie de logements sociaux, 80 % du parc de logements de ce quartier. Les quartiers dont nous venons

<sup>285</sup> Rapport (2016) « La Rochelle : une ville, des quartiers », *Inventaire Poitou-Charente, Recenser, étudier et faire connaître les éléments du patrimoine qui présentent un intérêt culturel, historique ou scientifique*, septembre.

de parler ne sont pas touristiques et sont davantage réputés pour le trafic et la consommation de psychotropes. À travers les comptes rendus des cellules de veille<sup>286</sup>, nous observons que ces quartiers seraient classés 3<sup>e</sup> secteur en volume de l'activité des sapeurs-pompiers pour l'ivresse et les rixes. Selon ces synthèses, l'arrêté d'interdiction de consommer de l'alcool sur la voie publique ne serait pas respecté, ce qui entraîne des passages réguliers de la police municipale. Dans ces quartiers, il y a la présence d'une salle de concert et d'une cave connue des Rochelais. Ces espaces festifs engendrent des consommations et, par conséquent, des nuisances sonores. Celles-ci sont également présentes sur des places et des rues où on observe des regroupements de jeunes ainsi que des "marginiaux".

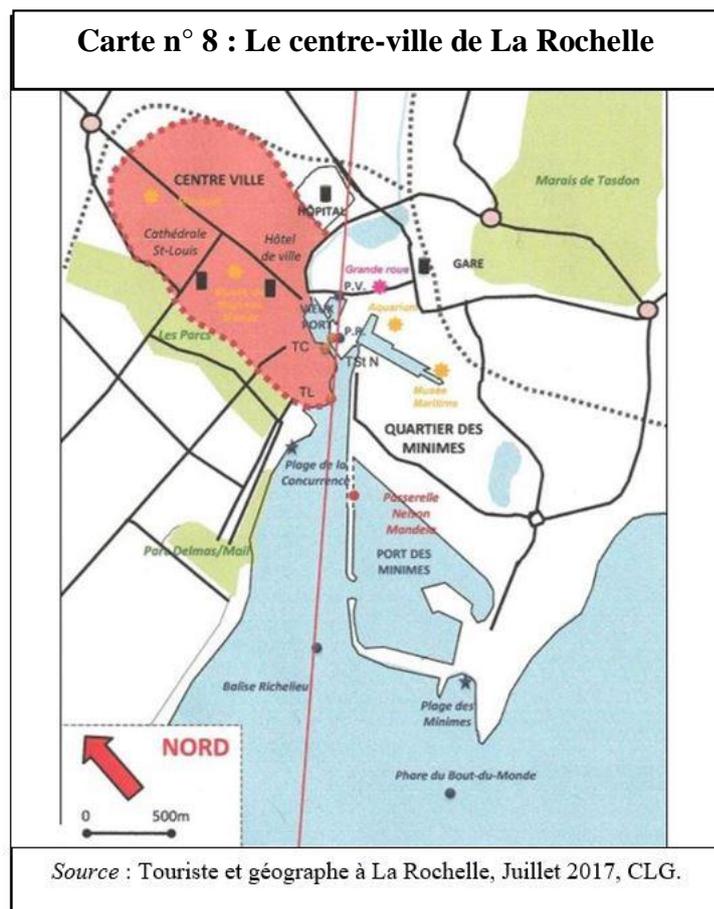
En poursuivant vers l'est, nous avons le quartier de Mireuil qui est une « zone d'urbanisation prioritaire » (ZUP), comptant « Saint-Maurice » et « les Hauts Bel-Air ». Caractérisé comme l'une des deux « cités » de La Rochelle, Mireuil est constitué de barres d'immeubles. Il est le principal quartier d'intervention de l'agence de médiation (ALPMS) sur La Rochelle pour les conflits de voisinage. Certaines places sont connues pour des rassemblements de "marginiaux" qui consomment de l'alcool, surtout à la fin de la trêve hivernale, et pour les groupes de jeunes concernant le trafic de stupéfiants. La Police Municipale effectue ainsi des patrouilles régulières pour ces raisons. Les plaintes des habitants de ce quartier s'orientent sur les rixes, la forte alcoolisation de groupes "marginiaux", l'agressivité des chiens, la peur de ces groupes ainsi que le trafic.

Nous passons maintenant à la couronne nord qui orne le centre-ville de La Rochelle : Cognehors, Lafond, Beauregard, Saint-Éloi, Le Prieuré, Fétilly, La Trompette, Jéricho, Bel-Air, Franck Espoir, La Genette. Ces secteurs sont résidentiels mais les cellules de veilles mettent en exergue une augmentation des usages de stupéfiants et de tapages nocturnes, surtout

---

<sup>286</sup> Ces cellules sont composées de plusieurs corps de métier : des adjoints à la Mairie, le directeur et d'autres membres du Service Tranquillité Publique-Police Municipale, le directeur de la Citoyenneté Jeunesse, dynamiques territoriales, des membres de la Police Municipale et de la Police Nationale, des membres de Pompiers, le délégué Sûreté Poitou-Charente, le chef du CIS, le directeur ou les adjoints à la politique éducative, des membres du comité de quartier, le délégué du Préfet, des membres de la Mission Jeunesse, des médiateurs sociaux etc. ; ces cellules sont constituées tous les trois mois et sont spécifiques à chaque quartier ou regroupement de quartier (une cellule pour chaque quartier ou groupe de quartier).

dans le secteur Saint-Éloi. 35 % des interventions sur ces quartiers concernent des comportements dits « *perturbants, indésirables et dus à l'ivresse publique manifeste* »<sup>287</sup>.



Au sud-ouest de la Rochelle, nous retrouvons les quartiers de Villeneuve-le-Salines, le Petit Marseille et Roses Salines. Ceux-ci représentent la seconde « *cité* » de La Rochelle. 20 % des interventions de l'ALPMS se concentrent sur le quartier de Villeneuve-les-Salines et concernent, entre autres, des interventions pour consommation de drogues (alcool et/ou stupéfiants) au sein de regroupements publics et de squats. Face aux constats des cellules, le temps de patrouille dédié à ce quartier est plus important et mixte, associant la Police Municipale et la Police Nationale.

Cette dernière a d'ailleurs lancé plusieurs opérations dites « *coup de poing* » en regard à l'intensification du trafic de stupéfiants. Ce quartier est une priorité pour ces professionnels.

Au sud, les quartiers Tadson, Bongraine et Minimes sont universitaires et portuaires. Les Minimes sont résidentiels et représentent le plus grand port de plaisance d'Europe. L'ensemble est composé de maisons, d'appartements ainsi que de locaux universitaires et culturels. Il n'y a que très peu d'interventions en raison de la proximité avec le centre-ville. Cette attractivité entraîne des déplacements réguliers des populations vers les espaces du Vieux-Port. Toutefois, ce cadre reste le 2<sup>e</sup> secteur rochelais en ce qui concerne la thématique de l'ivresse sur la voie publique.

<sup>287</sup> Voir l'annexe 4 : « *Rapport de la Cellule de Veille* ».

Pour terminer cette description des quartiers, nous allons nous focaliser sur le centre-ville comprenant Saint-Nicolas, la Gare, le Gabut, la Préfecture, la place Verdun, les Saintes-Claire, Notre-Dame et l'Arsenal. Ce centre, proche de la mer, regroupe la plupart des activités festives et touristiques dues à un patrimoine naturel et architectural riche. Il est fréquenté par un public varié s'adonnant aux plaisirs locaux tels que les bars et les établissements nocturnes. Il se caractérise par une forte consommation d'alcool et de stupéfiants. Le centre-ville est le 1<sup>er</sup> secteur pour l'ivresse et les rixes. 70 % des interventions se situent à la gare pour tapages et usages de stupéfiants. Si le trafic de drogues est également présent, il ne représente pas, au regard des polices, un problème majeur puisqu'il concernerait uniquement le cannabis et resterait un trafic de petite ampleur.

### *A.3) Des espaces festifs différenciés*

La Rochelle, également appelée la « *Porte Océane* », est très touristique. Le tourisme balnéaire attire environ trois millions de personnes par an dont 600 000 pour le tourisme événementiel. La municipalité de la Rochelle souhaite entretenir son image de cité festive et de lieu de rencontres.

L'agglomération est rythmée par une alternance estival/hivernal caractérisée par les festivals ponctuels et les pratiques festives estudiantines régulières, tout au long de l'année. Cette caractéristique imprègne la ville, ses professionnels et ses actions. La Rochelle offre plusieurs alternatives aux usagers festifs de l'espace public. Ceux-ci peuvent participer à des fêtes communes et régulières, ou à d'autres, plus éphémères et spécifiques. Ces pratiques festives, s'organisant dans le centre-ville, transforment et façonnent l'agglomération selon les périodes.

Nous pouvons mettre en avant deux types d'espaces festifs. Le premier concerne les espaces réguliers que sont les fêtes privées ou publiques au sein des bars, des discothèques ou dans le milieu urbain, tandis que le second correspond aux espaces éphémères de pratiques festives ponctuelles.

L'espace festif régulier est momentanément constitué de personnes, habitants et/ou étudiants, qui du jeudi au dimanche investissent les lieux de pratiques festives du centre-ville, notamment le Cour du Temple et les quais. Une alcoolisation massive est présente, accompagnée par une consommation de stupéfiants, perçues, toutes deux, dans l'imaginaire

collectif, comme inhérentes à la fête. Inorganiques, ces fêtes ne sont attachées à aucun événement particulier. Elles se déroulent en deux temps. Elles débutent dans un espace privé que sont les appartements ou les cités universitaires, souvent dans le but de consommer à moindre coût. Entre 22 h et 1 h du matin, les personnes se dirigent vers les espaces de rencontres comme l'espace public du centre-ville, les plages ou les établissements nocturnes comme les bars et les discothèques. Ces espaces sont surveillés, de manière ponctuelle, par des patrouilles et des maraudes.

L'espace festivalier, également en centre-ville, est investi par les usagers lors d'évènements spécifiques. Les manifestations emblématiques sont liées aux domaines musicaux, sportifs et culturels. Le plus réputé de tous est le festival des Francofolies. Celui-ci est organisé chaque année, du 10 au 14 juillet, et fait partie des neuf festivals de France les plus fréquentés. Un tiers des festivaliers proviennent d'un rayon de plus de 250 km et 17 % des participants font plus de 500 km. Ainsi, le public est différent de celui engendré par les fêtes régulières. En plus d'attirer une population éphémère et diverse, la ville de la Rochelle, par son environnement et ses activités, capte une population de personnes précaires, souvent sans abris.

Cette ville comporte plusieurs associations d'aides pour ces individus, ce qui entraînerait une stagnation, sur le territoire, d'une partie d'entre eux. Cette diversité d'aides est d'ailleurs mise en évidence à chaque période estivale par les agents de police et par la municipalité. Pour eux, l'offre importante inciterait ces individus à rester. Toutefois, d'autres villes proposent ces mêmes offres et les membres des associations d'entraide donnent également d'autres facteurs à cet attrait : le tourisme pour la mendicité, l'environnement, l'arrivée de drogues lors des festivals ou encore le climat.

Le festival attire des personnes assez jeunes, plus de la moitié des visiteurs ont moins de 30 ans. Pour citer d'autres rassemblements, La Rochelle accueille le Grand Pavois, un salon nautique, deux festivals de jazz en octobre, le Red Bull Cliff Diving, rassemblement sportif pour le championnat de plongeurs qui attire 75 000 personnes en avril, le festival du film en juin, réunissant 85 000 personnes, mais également les championnats de rugby, symbole rochelais. Contrairement aux fêtes régulières, les espaces festivaliers sont contrôlés par les organisateurs et par la municipalité.

Avec une politique de valorisation des temps forts nocturnes à l'occasion des festivals, la municipalité rochelaise tient à conserver son image de ville festive et paisible. En cela, la diminution des consommations d'alcool et de drogue a été perçue comme un enjeu primordial. Depuis 2010, les élus tendent à se détourner de l'approche centrée sur la tranquillité publique afin de se préoccuper davantage de l'impact sanitaire des consommations. Pour cela, ils constituent une charte de la vie nocturne et créent un programme d'action sur la « *modération des plaisirs* », en matière de consommations, à destination des jeunes. Si ces fêtes étudiantes sont présentes dans de nombreuses villes en France et à l'étranger, La Rochelle cumule les fêtes régulières aux fêtes ponctuelles qu'elle organise.

Les pratiques festives des sortants nocturnes sont hétérogènes car elles dépendent du cadre, du lieu, de l'âge du public et du moment festif. Les fêtes sont rythmées par les caractéristiques des usagers et par la municipalité qui les soutient et par les organisateurs. L'usage de drogues est inscrit dans l'espace urbain à travers des lieux spécifiques. Les espaces publics et semi-publics sont utilisés par les usagers.

Pour ces différents types de lieux, le travail de terrain auprès de publics hétérogènes est partagé entre une multitude d'intervenants. Des structures en réseau consacrent leur travail à l'aide aux personnes consommatrices de drogues, que l'usage soit régulier ou non. Ainsi, une pluralité d'acteurs<sup>288</sup> est présente sur ces espaces afin d'encadrer ou d'aider ces consommateurs : la municipalité (dont la police municipale), la police nationale, l'AFEV (Association de la Fondation Étudiante pour la Ville), l'Altea Cabestan en charge du Samu social, le CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) Tremplin 17 et le CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues), AIDES.

#### *A.4) Une multitude d'acteurs pour différentes consommations*

Nous avons regroupé les acteurs selon deux types de consommation : « *récréatif* » et « *régulier* »<sup>289</sup>. Ici, nous associerons l'usage récréatif aux espaces festifs évoqués

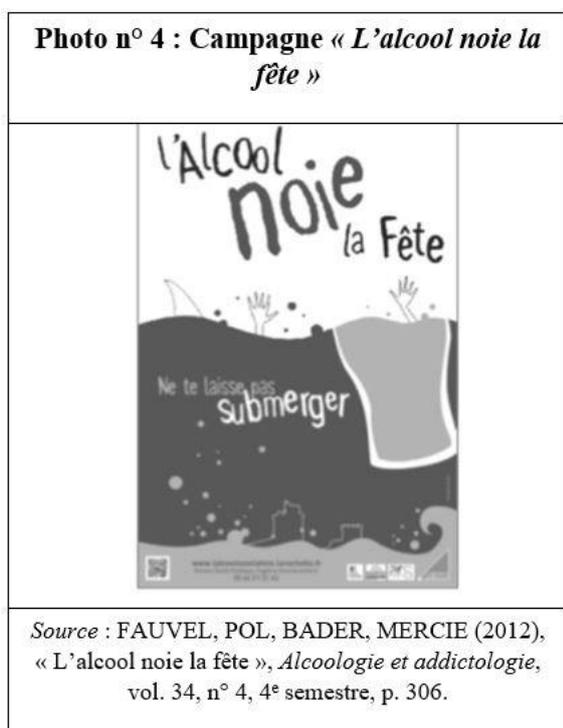
---

<sup>288</sup> L'ensemble de ces acteurs et structures sera présenté

<sup>289</sup> L'un et l'autre de ces caractères ne s'excluent pas. Un usage récréatif peut être également régulier et, réciproquement, un usage régulier peut avoir des aspects récréatifs.

précédemment. Dans notre terrain d'enquête, nous voyons l'existence d'intervenants spécifiques au milieu festif.

Pour l'organisation des pratiques festives, la municipalité met à disposition des usagers de l'espace public nocturne deux intervenants en prévention des risques dus aux consommations. Leur présence sur le terrain a pour objectif la sécurisation de l'espace public et le renforcement de la médiation entre les différents acteurs de la vie nocturne (les gérants des établissements, les résidents/riverains, les individus pratiquant la fête). Les intervenants en prévention de la mairie interviennent tout au long de l'année. Néanmoins, ils sont davantage mobilisés le jeudi et le week-end ainsi que sur la période estivale en raison des fêtes estudiantines et des festivals.



Plusieurs actions sont menées par la police municipale ainsi que par la police nationale dans le cadre festif. Si les festivals ont toujours été encadrés par ces professions, ils entrent de plus en plus sur les espaces festifs éphémères et inorganiques. La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et territoires) a entraîné l'insertion de cette ville dans le réseau « *Villes Santé* » de l'OMS qui permet aux élus de pouvoir, par une reconnaissance de l'échelon locale, s'engager dans la politique de santé publique localisée. Un dernier acteur intervient dans le cadre des festivals : l'AFEV. Celle-ci met en place des outils de prévention comme le

FACE, la distribution d'eau gratuite, des réglottes d'alcool et des dépliants. Pour accompagner cette approche préventive, elle fait appel à des équipes mobiles lors des pratiques festives éphémères afin de se rapprocher du public concerné par les consommations. Tous les acteurs cités ci-dessus se concentrent uniquement sur la consommation d'alcool et sont les seuls intervenants dans les festivals de ce territoire. Les piliers de cette prévention des pratiques festives sont les acteurs de la municipalité. À travers la communication locale, ils possèdent une forte capacité de diffusion. En 2011, ils ont entrepris une campagne sur l'alcoolisation

massive (Photo n° 4). Par cette capacité, ils ont pu développer leurs affiches et leurs outils de manière plus globale.

Si cette vision est davantage préventive et sécuritaire, d'autres intervenants s'inscrivent dans une démarche de réduction des risques et d'aides aux plus démunis.

Le Samu social est composé de six membres permanents et de plusieurs dizaines de bénévoles. Ces derniers distribuent des vivres, des couvertures, et parfois du matériel de réduction des risques selon les arrivages. Ils sont en relation étroite avec le CSAPA associatif du fait de leur grande connaissance du terrain par les maraudes. En effet, le CSAPA Tremplin 17 reste l'un des deux piliers de la RDR sur ce terrain. Cette structure se trouve, de manière non anodine, proche de la gare et du centre-ville. Ses membres se déplacent dans les établissements rochelais et dans les autres structures des villes attenantes. La dernière structure intervenant auprès de ces usagers est le CAARUD.

Face à ces deux types de lieux, plusieurs acteurs sont sollicités en fonction de leurs représentations dominantes. Si ceux de la réduction des risques s'occupent davantage des périphéries et de la précarité, les intervenants municipaux et ceux de la police nationale entretiennent et contrôlent les festivals éphémères et les fêtes du centre-ville.

## B) Les structures enquêtées

Pour pouvoir analyser les différentes représentations et les effets de celles-ci sur l'intervention auprès des usagers de drogues, nous devons tout d'abord décrire les structures enquêtées. Pour cela, nous verrons celles qui se consacrent uniquement à l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues, le CAARUD et le CSAPA. Nous continuerons avec la description d'une structure dédiée à l'aide aux personnes en situation de précarité : le Samu social. Nous verrons qu'il est en contact avec une partie des personnes fréquentant les structures précédentes.

Pour élargir notre regard, nous avons décidé de rencontrer les professionnels de la mise en application des politiques de la ville, dont le service Santé et Prévention et le service Tranquillité Publique. Ces services nous permettront la mise en exergue d'un point de vue plus institutionnel ainsi que les volontés provenant d'une démarche descendante. Pour terminer cette section, nous décrirons les polices, municipales et nationales, qui interviennent sur ce territoire.

### *B.1) Les structures spécifiques pour l'usage de drogues*

La Rochelle se compose de deux structures importantes concernant l'aide aux personnes consommatrices de drogues : le CSAPA et le CAARUD. Celles-ci sont toutes deux spécialisées dans l'accompagnement des individus consommateurs.

Le CSAPA est un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ce dispositif est géré par l'association humanitaire, d'entraide et d'action sociale « Synergie17 » qui possède plusieurs antennes sur le département (Rochefort, Saintes, Royan, etc.). Il est placé près de la gare en périphérie du centre-ville. Lors de son ancrage dans cette ville, le CSAPA avait deux sites d'accueil : l'un, place du marché en centre-ville avec un axe social et l'autre, rue Franc Lapeyre, les locaux actuels, en périphérie du centre, plus médical. Le premier était « *identifié comme étant un lieu où il y avait beaucoup de gens qui pouvaient zoner, qui étaient "poly-addicts", qui étaient marginaux, il y avait cette proximité et aussi une population un peu plus bobo, des gens qui vivent en ville [...]. On avait une population hétéroclite, ça allait des gens marginaux aux personnes qui étaient insérées socialement, beaucoup de parents qui venaient consulter pour des enfants qui étaient consommateurs de cannabis* » (Entretien, CSAPA associatif). Dans ce lieu, il n'y avait que des éducateurs spécialisés et des psychologues. L'autre lieu était caractérisé par un aspect plus médical avec la présence de médecins et d'infirmières. Ces deux antennes faisaient partie du même centre mais n'entretenaient que des relations partenariales : « *On vadrouillait d'un site à l'autre pour faire des synthèses, on était presque collègues, on était dans la même structure, on cohabitait autour de certaines situations communes* » (Entretien, CSAPA associatif). À cette époque, la structure gérait des appartements thérapeutiques qui n'existent plus à ce jour.

Depuis 2011, le CSAPA ne possède qu'une seule structure, rue Franc Lapeyre, qui regroupe les deux sites antérieurs. Celle-ci est passée d'un axe social-médical à un axe uniquement médical. Les raisons sont diverses : changements de publics, réalité économique, complexité administrative, organisation et suivi entre les deux sites. Ce site accueille, anonymement et gratuitement, les personnes mineures et majeures ayant des difficultés avec leur consommation de drogues avec ou sans substance. La prise en charge est ambulatoire. Les missions de ce centre sont l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation. Les CSAPA peuvent se spécialiser dans la prise en charge d'une addiction en particulier. À la Rochelle, cela est différent. Le CSAPA a, depuis quelques années,

arrêté le suivi d'une drogue : l'alcool ; ce n'est donc pas une spécialisation mais une déspecialisation et celle-ci a d'ailleurs une explication rationnelle. Avant 2009, il y avait deux structures pour l'accompagnement médical des personnes consommatrices de drogues : un centre de soins pour les toxicomanes et un centre de consultation en alcoologie ambulatoire. L'alcool était déjà séparé des autres drogues. Toutefois, les professionnels du CSAPA actuel nous disent qu'ils « *faisaient beaucoup d'alcool en 2004 parce que le CSAPA hospitalier n'était pas autant actif qu'à l'heure actuelle et on est devenu CSAPA qu'en 2009-2010* » (Entretien, CSAPA associatif). Aujourd'hui, il existe toujours deux structures : le CSAPA associatif Synergie 17 et le CSAPA hospitalier, mais le second s'occupe uniquement du suivi des individus consommateurs d'alcool. Le CSAPA associatif a vu une modification de sa population. Pour le cannabis, on rencontre le même nombre de personnes mais, pour l'héroïne, le nombre de consultations est croissant. De ce fait, c'est le centre méthadone qui fait l'objet de consultations médicales et infirmières.

Cette structure comporte trois médecins qui se partagent un temps plein, trois infirmières pour deux temps pleins, deux psychologues avec un temps plein et un mi-temps, et quatre éducateurs spécialisés pour deux temps pleins et demi. Le CSAPA se caractérise donc par la présence d'une petite équipe avec beaucoup de professionnels sur des temps courts.

L'approche choisie est intégrative. En cela, il est mis à disposition un ensemble d'outils que les professionnels utilisent et l'idéologie doit être mise à l'écart. Cette option thérapeutique a pour objectif de créer un langage commun face à la pluridisciplinarité des membres. Ces caractéristiques amènent tous les professionnels à être "accueillants", ce qui est une spécificité rochelaise. Les psychologues, les infirmiers, les éducateurs spécialisés, tous peuvent accueillir les patients sur rendez-vous ou en accueil direct. Ce centre considère que ses membres sont tous en capacité d'évaluer, d'orienter puis d'établir des projets de soins. Cependant, les usagers de cette structure ne peuvent pas rencontrer l'intégralité de ces professionnels. Le médecin a, quant à lui, une place définie et doit obligatoirement recevoir toutes les personnes. Toutefois, les membres se réunissent une fois par semaine pour clarifier en équipe les situations.

Lors d'une première entrée dans cette structure, l'usager doit passer par quatre rendez-vous d'évaluation et un questionnaire. Il y a des protocoles clairs, de l'accueil du patient au projet de soin, qui permettent d'homogénéiser les interventions. D'un autre côté, ces protocoles représentent des bases qui, même au niveau institutionnel, peuvent être assouplies. L'ensemble

des données concernant les usagers suivis est entré informatiquement dans un logiciel : les dossiers de patient. L'objectif de cette standardisation est le relais ; lorsqu'un professionnel qui suit un usager est absent, un autre peut prendre à son tour le dossier clinique.

Le CSAPA accueille plusieurs types de publics : il y a ceux qui viennent par eux-mêmes, via le « *bouche-à-oreille* », les partenaires et d'autres ; ceux qui sont soumis à des obligations judiciaires de soins, soit en post-sententiel, soit comme alternative aux poursuites judiciaires telles que les Mesures d'Investigation de Proximité (MIP)<sup>290</sup> ; ceux que les professionnels vont rencontrer par le biais de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants dans le cadre de la prévention ; ceux qu'ils rencontrent lors des consultations avancées à la Maison des Adolescents et des Jeunes Adultes. Ces différentes démarches incarnent la diversité de population. Si nous nous en tenons aux addictions qui nous intéressent dans notre étude, ces publics vont du jeune consommateur de cannabis, vivant chez ses parents, à l'injecteur, vivant en squat, en passant par l'adulte « *stable* »<sup>291</sup>, consommateur de cocaïne.

Au sein de cette structure, la réduction des risques est restreinte au rang de mission parmi un ensemble d'autres services. À l'inverse, le CAARUD base l'ensemble de ses actions sur cette approche. Cette structure est gérée par l'association AIDES. Celle-ci est apparue en 1984 avec la thématique du Sida. En 1985, elle lutte pour la mise en vente de seringues afin de limiter la contamination chez les consommateurs de drogues. C'est en 1993 que, grâce à AIDES, le premier distributeur-échangeur de seringues est mis en place en France. Le dépistage est la ligne directrice de cette association. En cela, celle-ci ne s'occupe pas uniquement des usagers mais des populations qui seraient les plus « *à risque* » face à l'épidémie de Sida : les travailleuses du sexe, les HSH (homme ayant des rapports sexuels avec un ou d'autres hommes), les migrants, les consommateurs de produits et les détenus.

Le CAARUD de la Rochelle est placé en centre-ville. Il n'apparaît que très peu puisque qu'il n'y a qu'une simple affiche indiquant le nom de l'association (photo n° 5, cercle rouge). Les professionnels de cette structure mettent en avant le fait que les usagers n'ont pas besoin d'être informés par le biais d'affiches sur une façade ou encore d'effectuer des actions d'« *aller-vers* » ; le « *bouche-à-oreille* » suffirait pour faire connaître leur structure. Si les éléments

---

<sup>290</sup> Cette obligation est formée par trois entretiens obligatoires avec un intervenant en addictologie.

<sup>291</sup> Nous utilisons le mot « *stable* » à propos des aspects suivants : un logement et une profession.

concernant les publics, tels que les HSH, ne sont pas des freins à leur exposition par rapport à l'opinion publique, les consommateurs le seraient davantage puisqu'ils seraient « *déjà à part, parmi les marginaux* » (Entretien, CSAPA associatif) ; ainsi, ils seraient plus « *marginaux* » que les « *marginaux* ».

Cette association possède plusieurs antennes : Saintes, Saint-Jean d'Angély, Rochefort, Royan et l'Île d'Oléron. Ces antennes peuvent être des lieux de rencontres, en structures ou extérieures. À Saint-Jean d'Angély et Rochefort, ce sont également des CAARUD. Les autres lieux se focalisent sur d'autres publics que ceux usagers de drogues. Cependant, la majorité des permanences se font sur le site rochelais avec des files actives tournant autour de 25 personnes par jour.

Le CAARUD n'est qu'un des dispositifs proposés. Toutefois, il représente les deux tiers du travail dans le cas rochelais. Ce dispositif est basé sur la proposition de trois permanences par semaine. Celles-ci permettent aux usagers de faire des lessives, la cuisine, de se doucher, de venir chercher du matériel de réduction des risques, de parler avec des professionnels ou des usagers, de se faire dépister ou encore de passer du « *bon temps* ». Les missions de ce dispositif sont centrées sur la réduction des risques.

En plus de ces permanences, sont proposées des activités créées par les professionnels et par les usagers. Effectivement, ces derniers peuvent participer à l'élaboration d'actions. Pour cela, AIDES assure une formation rapide pour devenir « *volontaire* ». Ce statut donne le droit à une participation plus élevée dans le développement de la structure que celui de bénévole. Le statut d'acteur peut également être acquis mais la formation est plus longue et se déroule à Paris. L'acteur verra ses droits chez AIDES élargis ; il pourra participer aux réunions régionales et nationales, aux plaidoyers et avoir accès à d'autres services. Cela permet l'engagement et l'implication des individus au sein de la structure.

Les actions des membres, professionnels ou volontaires, sont internes et externes. Elles peuvent concerner l'amélioration de la structure avec des activités potagères sur le terrain appartenant à l'association ; des activités dans le développement de la parole à l'aide d'ateliers photos ou sportives : dans l'« *aller-vers* » lors d'évènements festifs (ici, elles sont davantage centrées sur la sexualité). L'association s'engage dans plusieurs projets qui viennent parfois des usagers eux-mêmes. L'approche communautaire est l'un des piliers de cette structure. Pour illustrer celle-ci, à Saint-Jean-d'Angély, le CAARUD n'aurait jamais vu le jour sans un usager

(référént) qui passe sa formation initiale pour être « *volontaire* ». Il distribue du matériel de réduction des risques, connaît les potentiels usagers et les fait venir.

**Photo n° 5 : Façade de l'association AIDES à La Rochelle**



Source : extraction, Google Maps, 2020.

### *B.2) Une structure pour les personnes en situation de précarité*

Dans une démarche moins spécifique, le Samu social est une structure venant en aide aux personnes en situation de précarité dans une approche itinérante. Celle-ci est gérée par l'association Altéa-Cabestan qui s'engage pour la solidarité et le partage, la tolérance et la responsabilisation, la laïcité, l'humanisme, l'engagement, la protection et l'autonomie des plus fragiles. Ces missions sont fragmentées entre deux pôles : insertion et social.

Le premier regroupe un service de formation, un appui social individualisé, un service socio-judiciaire, une agence immobilière et un restaurant pour les individus en situation de précarité.

Le second est composé de services d'hébergement avec des spécificités pour le demandeurs d'Asile, le CHRS, des dispositifs sur les violences intrafamiliales, des hébergements de transition pour les publics étrangers, des dispositifs temporaires

d'hébergement et des hébergements d'urgence pour les demandeurs d'asile. Il est également constitué d'un service de logement qui comprend l'intermédiation locative, le logement d'extrême urgence, l'accompagnement social lié au logement, la médiation énergie, la prévention des expulsions, une maison relais et un accueil temporaire.

Le dernier service de ce pôle, qui nous intéresse ici, est celui de l'Accueil d'Urgence Orientation. Il se dessine au travers des dispositifs tels que le 115, le SAO (service plateforme des logements), un service d'accueil d'urgence et d'orientation avec seize places, un service prévention et médiation, l'intervention sociale en commissariat et en gendarmerie, un accueil de jour et de nuit, le Samu Social et le dispositif « *Logement d'abord* ». Ce sont ces deux dispositifs sur lesquels nous avons focalisé notre enquête.

Le Samu social est un dispositif itinérant. À l'aide d'une navette, les professionnels se déplacent dans la ville pour couvrir les besoins primaires des personnes en situation de précarité. Ils fournissent de la nourriture, des boissons et des vêtements ; distribuent parfois du matériel de réduction des risques ; font les premiers soins (nettoyage de plaies dues à l'injection) ; échangent avec les personnes sur des sujets divers par rapport à leur situation ; orientent et proposent des accompagnements (par le biais des services annexes). Ces maraudes sont scindées en deux temps : diurnes et nocturnes. Les premières se font l'après-midi et se focalisent sur l'échange, l'orientation et l'accompagnement. Celles nocturnes, de 20 h à 1 h du matin, s'occupent davantage de la distribution de repas, de boissons et de couvertures. Cette distribution permet d'engager des discussions autour des situations des usagers.

Le fonctionnement met en exergue deux aspects : le rendez-vous pris par téléphone par l'utilisateur et l'« *aller-vers* ». À partir de 20 h, les usagers peuvent appeler le Samu Social pour qu'il se déplace jusqu'à eux. Toutefois, il n'y a pas d'horaire donné à l'utilisateur et ce sont les professionnels qui choisissent le trajet emprunté pour honorer ces rendez-vous. Le second élément est décidé par les professionnels. Par la connaissance des lieux et des usagers, ceux-ci effectuent des trajets pour aller à leur rencontre dans des lieux spécifiques.

Par ces maraudes, les professionnels sont en contact de personnes sans-domicile, fortement précarisées. Lorsque nous parlions d'orientation, nous faisons référence au dispositif « *Logement d'abord* ». Celui-ci a pour objectif de lutter contre le sans-abrisme. Il vise le relogement durable, par un accompagnement adapté, modulable et pluridisciplinaire. « *Logement d'abord* » est consacré à un public vivant dans la rue (ou dans des installations

illicites dont les squats) qui présente des problématiques sanitaires et/ou des troubles psychiques. Celui-ci peut accueillir 8 personnes dans des logements autonomes du parc privé pour une période non déterminée et non limitée. La personne qui profite de ce dispositif s'acquitte d'une participation financière équivalente à 20 % de ses ressources.

Ce sont les professionnels qui décident des personnes pouvant bénéficier de ce dispositif à part de « repérage » lors des maraudes. Ils proposent cette option à la personne « repérée » qui, si elle accepte, passe en commission partenariale pour une validation. Placée dans un logement, elle sera accompagnée par l'association Altéa-Cabestan mais également par les partenaires qui sont associés à ce projet tels que l'hôpital, le CAARUD ou encore la PASS.

La mission principale est le travail sur les potentialités des bénéficiaires du dispositif pour que ceux-ci retrouvent leur autonomie sociale et personnelle. Les professionnels accompagnant l'individu prennent en compte les pathologies induites par l'errance et s'adaptent aux rythmes des usagers. La disponibilité et le suivi rapproché, de la part des intervenants de l'association et des partenaires, sont les deux « maîtres-mots » de cette intervention. Cet accompagnement souhaite résoudre les difficultés professionnelles, de logement, administratives, familiales et de santé.

Nous avons choisi de faire une enquête dans cette structure pour plusieurs raisons. Premièrement, le Samu social est un dispositif très connu au niveau national et, en cela, nous pensons qu'il est l'une des passerelles vers le soin. Il est en première ligne, et les publics qui fréquentent ces professionnels sont souvent passés par cette étape, voire même sont encore en contact. De plus, c'est le seul dispositif d'« aller-vers » à La Rochelle. Ce type d'intervention nous permet de comprendre la construction de la ville autour du rapport à l'utilisateur. Enfin, cette association est souvent l'un des plus importants partenaires des structures en addictologie.

Nous avons vu, à travers les structures de l'addiction et celles de lutte contre précarité, des points de vue associatifs. Nous allons maintenant amener d'autres perceptions avec les services municipaux et les polices.

### *B.3) Les structures représentatives de la politique de la ville*

Plusieurs services sont en partie dédiés à la gestion des usages de drogues. À la Rochelle, nous avons tout d'abord le service de la tranquillité publique comprenant deux entités : la police municipale et la Tranquillité Publique. Cette « Cellule Tranquillité Publique » est située dans

le centre. Elle correspond à la prévention de la délinquance mais ce changement de dénomination est dû au transfert de cette compétence à la communauté d'agglomération (la CDA). Ce service intervient sur les quartiers prioritaires (Mireuil, Villeneuve-les-Salines et Portneuf), tandis que la CDA se concentre sur les communes environnantes.

Ces deux entités ont failli, à plusieurs reprises, être mutualisées. Toutefois, les maires souhaitent garder leur police municipale, et les deux services veulent conserver leurs prérogatives sur la sécurité. Les missions étant doublées, il existe deux coordinateurs Prévention de la Délinquance, nommés « *responsables de la tranquillité publique* », l'un au service tranquillité, et l'autre à l'agglomération. La compétence de la prévention en addictologie a normalement été redonnée à CDA. La première problématique de la Rochelle est celle de la consommation de drogues et du trafic. Ainsi, la conservation de cette mission permet au service Tranquillité d'avoir des actions de prévention de la délinquance spécifiques aux quartiers prioritaires, uniquement dans ces espaces. Cette priorisation est effective depuis les lois Sarkozy de 2007 visant précisément l'individu, le quartier et un ciblage précis des fonds de la politique de la ville ou du Fonds interministériel de Prévention de la Délinquance (FIPD). Ces deux services travaillent ensemble sur une grande partie des projets.

De par ce caractère préventif, les publics que ces services ciblent sont les jeunes. Pour cela, ces services concentrent leurs actions dans les établissements scolaires et s'inscrivent dans la prévention primaire. Ils mettent en place des projets tels que « *Festiprev* » ou l'exposition « *13-18 questions de justice* »<sup>292</sup>. Ils interviennent autant sur le public que sur les accompagnants et connaissent l'ensemble des populations ciblées par la politique de la ville puisque ce sont des sujets de réunions : « *Entre les routards des Francofolies, nos SDF, les gens du voyage, les étudiants bourrés, nous sommes obligés de gérer plusieurs populations un peu interlopes et ce n'est pas toujours simple* » (Entretien, Service prévention de la délinquance).

---

<sup>292</sup> Cet outil a été développé par la PJJ. La ville de la Rochelle l'a repris comme base de travail pour monter le projet « *Festiprev* », un festival de prévention sur plusieurs domaines dont la drogue. « *13-18 questions de justice* » est un dispositif d'interventions en collège pour parler du cannabis, des autres drogues, de la consommation, du trafic, du côté pénal mais aussi du droit. Dans les thématiques du Code Pénal, sont abordés tout ce qui est addiction, tout ce qui est drogue, en tant que consommateur, mais aussi en tant que dealer. L'approche « *santé* » est aussi développée. Ce dispositif reste dans la prévention primaire.

Pour remplir ces missions et mettre en lumière les difficultés locales, le service Tranquillité organise des réunions techniques tous les deux mois. Elles rassemblent des acteurs associatifs et institutionnels qui œuvrent localement. Ces réunions permettent de délimiter les lignes de conduites sur les différents quartiers. Elles sont inter-quartiers, c'est-à-dire qu'il y a une réunion avec chacun des quartiers.

Ce service, même s'il n'est pas le seul, intervient dans les événements festifs avec une casquette « *prévention* ». Le festival le plus connu, les Francofolies<sup>293</sup>, a vu un réel changement de public depuis quelques années. Il est passé de festival « *à la marge* » à festival « *familial* ». Ce changement n'empêche pas cette prévention qui reste obligatoire, surtout pour les parties nocturnes de l'événement. Depuis quelques années, un sociologue intervient sur ces événements pour encadrer l'accompagnement et, en aval, effectuer des retours évaluatifs.

L'ensemble de ces interventions sont modulées en fonction du maire : c'est une « *ligne de conduite, une déontologie de respect de l'engagement politique du maire. C'est-à-dire que le politique oriente et nous, directeurs de services, nous suivons* » (Entretien, Service Tranquillité Publique). L'organisation des missions de ces agents suit l'agenda festif hebdomadaire (espaces éphémères festifs et illégaux) et annuel des manifestations légales.

Dans une démarche préventive également, nous avons le service Promotion de la santé de la ville. Ce service comprend un chef de projet et deux intervenants qui forment une équipe de prévention. Les missions sont axées sur la mise en place et le développement du projet de promotion de la santé. L'axe principal est celui de la coordination de la prévention de l'alcool. Dans cette optique, les membres de ces services ont pour objectif l'amélioration de la campagne alcool avec les outils et les liens entre les partenaires. Le noyau partenarial est composé des BDE, des établissements nocturnes et de l'équipe de prévention. Il permet l'anticipation des soirées étudiantes.

Ce service fixe ses actions sur ce public précis. Pour illustrer cette focalisation, en 2018, l'équipe de prévention a totalisé 3 975 contacts en 37 soirées prévention (dont les Francofolies), avec une grande partie de Rochelais, et plus de 80 % d'entre eux étaient des étudiants. Leurs maraudes se déroulent uniquement dans le centre-ville. Elles débutent en mars,

---

<sup>293</sup> D'autres événements sont également encadrés par ce service : le marathon de La Rochelle, le Grand Pavois, le *Red Bull Cliff Diving*, les compétitions sportives (rugby), etc.

le jeudi soir entre 21 h et 1 h du matin. Si cette équipe rencontre des publics plus précaires lors de ces missions, elle les oriente vers le Samu social.

D'autres actions plus ponctuelles se font lors d'événements festifs, par exemple à « *La Sirène* », lieu de concert. L'équipe se met à l'entrée de la salle pour délivrer des messages de prévention et échanger sur des situations. Le but est de se faire connaître afin de devenir un repère pour les étudiants.

#### *B.4) Les polices*

Nous avons parlé précédemment du service Tranquillité Publique. Son directeur est également responsable de la police municipale. Celle-ci est composée d'environ cinquante personnes qui ont deux rôles : administratif, géré par le maire, et judiciaire, géré par le parquet. Les missions de ces agents sont diverses : la sécurité, le domaine public, la tranquillité, la salubrité, etc., l'ensemble sur dénonciations ou sur initiatives. Pour citer quelques exemples énumérés par des policiers municipaux rochelais, cela peut concerner l'assistance aux personnes, la demande de renseignement, l'ivresse publique et manifeste, le tapage nocturne, les problèmes de voisinage, de délinquances, les rixes ou encore les infractions au code de la route. Celles-ci ne sont pas inscrites officiellement, ce sont les chefs de brigades qui pointent telle ou telle problématique de manière journalière ou mensuelle.

La police municipale, si elle intervient sur l'ensemble du territoire rochelais, a un axe principal qu'est le centre-ville eu égard aux problématiques sociales. Effectivement, l'ALPMS comme le service Prévention de la Délinquance se focalisent sur les quartiers prioritaires ; ces interventions uniquement sur la périphérie est une spécificité rochelaise due à un aspect financier<sup>294</sup>.

Le centre-ville est plus délaissé. Les interventions de premier niveau ne sont pas effectives dans ce centre. Celui-ci représente 70 % du travail de la police municipale. Cette priorité est demandée par la mairie. Cette mise en avant du centre-ville est due aux populations internes : les étudiants, les « *marginiaux* » et les touristes. L'angle le plus dévoilé au niveau de la direction est celui de l'alcoolisation massive des jeunes plus que les consommations de drogues diverses, pourtant existantes. Néanmoins, cette police intervient pour des

---

<sup>294</sup> Cette caractéristique sera développée dans la section « Enjeux pluriels et paradoxaux ».

rassemblements de jeunes au pied des immeubles dans les quartiers de Mireuil, Villeneuve-les-Salines et Portneuf par rapport aux trafics, aux conflits de voisinage ou aux nuisances sonores. Sur cette partie du territoire, les interventions sont moindres puisqu'elles sont façonnées comme « *un rasoir à trois lames* » (Entretien, Service Tranquillité Publique) ; en premier lieu, c'est l'ALPMS qui régule, puis la police municipale et, lorsque cela devient délictuel ou criminel, c'est la police nationale qui intervient.

Pour assurer le triptyque « *prévention, dissuasion et régulation* » que ces auteurs disent incarner dans cet ordre, plusieurs partenaires sont mobilisés : le parquet, les préfetures, les associations locales, la police nationale ou encore les bailleurs. Depuis quelques années, une brigade de nuit, jusque-là inexistante à la Rochelle, a été mise en place. Les interventions se terminaient, avant cette création, à 19 h : « *Un service de police qui ferme à 19 heures, je ne comprends pas. C'est comme si vous formez un soldat, au moment où il y a la guerre, vous lui dites "tu restes dans ta caserne". Je me disais il y a une incohérence par rapport à ce que l'on est* » (Entretien, Police Municipale, Brigade de nuit). Cette apparition, ainsi qu'un interventionnisme élargi, ont amené une augmentation de 33 % des effectifs en cinq ans.

Au niveau local, comme national, les volontés des maires sont portées sur la sécurité. Cette brigade de nuit a été évoquée un grand nombre de fois avant d'être mise en place. Avec plus de 250 licences IV<sup>295</sup>, la cheffe actuelle de la brigade nous dit qu'il existait un réel besoin. Les brigades, de jour comme de nuit, sont armées depuis maintenant deux ans. Cet appareillage a été difficile à mettre en place du fait d'une opposition majoritaire au conseil municipale. Cela a donc débuté par une expérimentation de l'armement de la brigade de nuit avant l'équipement de l'ensemble des policiers municipaux. L'argument utilisé pour donner cet équipement à la brigade de jour est que l'on pouvait être victime de violence tout autant qu'en période nocturne (police « *deux vitesses* »). Cette différenciation avait entraîné des conflits internes entre les deux brigades. L'arrivée de la brigade de nuit à la Rochelle a été compliquée. Après 30 ans d'inactivité, les commerçants n'ont pas apprécié leurs interventions : « *Ils voulaient une justice pour les autres mais pas pour eux* » (Entretien, Police Municipale, Brigade de nuit). C'est l'occupation de domaine public qui engagea cette opposition avec les fermetures de débits de boissons à deux heures et la restriction de l'espace des terrasses.

---

<sup>295</sup> Droit de vendre de l'alcool sur place ou à emporter.

Le triptyque « *prévention, dissuasion et répression* » ne fonctionnerait pas pour toutes les interventions. Pour cela, on a une « *échelle de délit* ». On commence par de la prévention mais « *tout ce qui est délictuel, non, parce que l'on monte dans une classification d'infraction et là on est sur du correctionnel, donc on ne joue plus. Là, je ne suis pas dans la prévention, je suis vraiment dans la répression et surtout, agent de constatation, je constate* » (Entretien, Police Municipale, Brigade de nuit).

La police municipale, depuis qu'elle est armée, aurait beaucoup plus d'interventions sur les conflits, mêmes complexes, qui étaient avant assignés à la police nationale. Cette dernière se focaliserait davantage sur le travail d'enquête. Les lois antiterroristes de vigilance sur les « *fichiers S* » ont amené une mobilisation massive vers du travail d'enquête et de prospectives, les éloignant du terrain. Ce désengagement pratique, perçu par la police municipale, serait imposé par l'État. Pour autant, cette police intervient toujours lorsqu'il y a des actions délictuelles et/ou criminelles. Par exemple, elle est intervenue dans les quartiers de Villeneuve-le-Salines et Mireuil le 14 octobre 2020. Dans le cadre du plan national de renforcement de lutte contre les stupéfiants, les policiers ont mené, sur réquisition du procureur de la République, une opération coordonnée de contrôles d'identité. Une quarantaine de policiers ont été mobilisés : une équipe de personnels de l'unité canine stupéfiants et deux équipes de la police municipale. La police nationale s'adonne à des interventions plus collectives qu'individuelles et se concentre davantage sur la partie trafic de drogues. Nous avons entrepris une enquête moins importante dans cette institution compte tenu de ces spécificités.

Ces descriptions ont permis la compréhension du fonctionnement du terrain rochelais concernant l'interventionnisme auprès des consommateurs de drogues. Elles constituent des bases solides pour appuyer une partie analytique. Ce socle nous servira pour aborder les synergies et les conflits entre ces acteurs afin de mieux comprendre leurs représentations ainsi que leurs effets dans la pratique.

## C) Les jeux d'acteurs

### *C.1) Un collectif addiction restreint*

À la Rochelle, la Maison associative de la Santé (MAS) a créé le « *Collectif Addiction 17* ». Celui-ci regroupe des acteurs intervenant dans le domaine des addictions. Lorsque nous avons appris son existence, nous avons rapidement pris contact avec la personne gestionnaire. Un tel

regroupement allait être un atout pour notre enquête. Cependant, après des prises de contact et des participations à ce collectif, nous avons remarqué qu'il ne regroupait qu'une partie des acteurs, celles des néphalistes.

Le collectif comprend des associations d'entraide telles que Al-anon<sup>296</sup>, les Alcooliques anonymes, Alcool assistance, La Croix bleue et Mouvement vie libre. Il est également composé du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis avec l'ESPAR, le CSAPA, le SISA et l'ELSA<sup>297</sup>, la Direction Santé Publique et Accessibilité, l'ANPAA17, le CCAS, le centre socio-culturel « *Les Pictons* » de Marans, le SPIP, la L.M.D.E et la MAS. Dans cet ensemble, nous ne voyons pas apparaître les structures gravitant autour des autres addictions que l'alcool. Tous mettent en avant des objectifs d'abstinence sans forcément évoquer d'autres techniques de réduction des risques.

« *Collectif addiction 17* » est un dispositif de veille entre professionnels. Il réunit les acteurs cités précédemment tous les trimestres pour partager les actualités des entités présentes, pour réfléchir à des actions ou projets communs sur la prévention ou le soin et faire état des lieux de permanences qui existent au sein des hôpitaux, dans les espaces des usagers, de Rochefort et de La Rochelle. La MAS, à l'initiative de ce collectif, est coordinatrice. Elle organise et anime les rencontres en son sein mais également les événements issus des réflexions. Ces réunions sont ouvertes à tous que cela soit pour une consommation individuelle ou pour les consommations d'un proche. Ces rencontres ont donné lieu à des partenariats plus importants avec la création de permanence de certaines associations dans le centre hospitalier et le centre socio-culturel « *Les Pictons* » de Marans.

Si l'axe « *alcool* » n'est pas clairement évoqué, nous pourrions penser que cela reste une volonté. Après de multiples entretiens avec nos structures d'enquête, nous avons remarqué qu'aucune d'entre elles ne connaissait ce collectif. Pourtant, nous aurions pu penser que le CSAPA associatif, étant en collaboration avec celui hospitalier, aurait connaissance de ce dispositif par ces échanges. Nous pouvons ainsi dire qu'une différence entre la consommation

---

<sup>296</sup> Aide à l'entourage des malades alcooliques.

<sup>297</sup> L'ESPAR est l'Espace de Soins et de Prévention en Addictologie de La Rochelle, qui regroupe le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Service Intersectoriel en Addictologie (centre de sevrage, de cure et de soins ambulatoires) SISA. L'ELSA est l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie.

d'alcool et celle d'autres drogues est très présente sur ce territoire. La présence d'un tel collectif et la séparation du CSAPA en deux entités témoignent de cette idée. Se pose ainsi la question des rapports entre les différentes structures. Nous allons percevoir, dans la prochaine partie, les synergies et les conflits entre les structures afin de comprendre les enjeux communs, ceux singuliers et ceux paradoxaux. Cette analyse nous permettra de voir, par transparence, les représentations de chacun.

### *C.2) Synergies entre acteurs locaux*

À l'aide des entretiens et des observations, nous avons pu mettre en lumière les synergies et les conflits entre les structures enquêtées. Ces types de rapports nous amènent à la compréhension de leurs représentations externes, les perceptions qu'elles ont des autres acteurs et les pratiques et les valeurs. Notre développement se focalisera sur les structures « *maîtresses* » de notre étude : le CSAPA hospitalier, le CSAPA associatif, le CAARUD, le Samu social, la Police Municipale, la Police Nationale, le Service de Tranquillité Publique et le Service Promotion de la Santé.

Nous débutons avec une section sur les synergies. Le premier rapport positif que nous remarquons sur le territoire rochelais se trouve entre le CSAPA hospitalier et la Police municipale (PM). Ces deux entités ont des relations récurrentes dues à la place importante du terrain dans le travail de la PM. Depuis l'existence d'une brigade de nuit, celle-ci a beaucoup d'interventions autour de l'alcool. Cette familiarité a entraîné un accroissement des liens entre ces structures. S'il n'y a pas de réelle collaboration formelle, la PM oriente facilement les individus vers ce CSAPA. Des échanges sont présents et nous pouvons caractériser cette relation de « *coopération* » pour mettre en avant un degré moindre par rapport à la « *collaboration* », qui incarne un rapport avec une organisation et des objectifs communs. En prolongement de ce lien, le CSAPA hospitalier possède les mêmes rapports avec le Service Tranquillité Publique, gérant de cette police. Un membre du CSAPA hospitalier participe parfois aux cellules de veilles organisées par ce service. La relation de ce CSAPA avec le Service Promotion de la santé est plus approfondie, c'est une coopération plus formelle avec quelques projets communs. Toutefois, le rapport le plus important et explicite que possède ce CSAPA est celui avec le CSAPA associatif. Ce dernier intervient également dans les hôpitaux et dans les centres de détention. Les membres de ces deux CSAPA interviennent de manière commune auprès de ces populations puisqu'ils auraient « *quasiment les mêmes pratiques* »

(Entretien, CSAPA associatif). Ici, nous pouvons qualifier ce lien de « *collaboratif* ». On échange des informations pour essayer de couvrir au maximum les différentes situations et on participe à des réunions communes. Pour illustrer ce rapprochement pratique, le CSAPA hospitalier est financé, comme son nom l'indique, par l'hôpital. Ce dernier, n'ayant pas trouvé de médecin pour les interventions sur Saint-Martin-de-Ré, on a fait appel à un médecin de l'association Tremplin 17 (CSAPA associatif) pour couvrir cette mission.

Le CSAPA associatif possède d'autres synergies avec des structures rochelaises. L'un des premiers partenariats concerne le Samu social. Cette collaboration récente est formée par l'échange régulier lors de réunions pour parler de situations individuelles. Ayant une partie du public en commun, on se réunit pour évoquer les situations complexes et développer une orientation adéquate. Ces réunions ne sont pas cycliques, elles se mettent en place en fonction des problèmes rencontrés.

Outre cet aspect collaboratif, le CSAPA associatif souhaite participer aux maraudes du Samu social. Même si ce projet est, à ce jour, toujours en réflexion, cette initiative a pour objectif la création de lien direct avec le public, sorte de passerelle, ainsi que montrer la relation partenariale entre ces acteurs. Les membres du CSAPA ne feraient pas l'intégralité des maraudes. L'objectif serait d'une par mois afin que les usagers du Samu entrevoient ce lien. Nous remarquons une certaine réciprocité dans cette relation. Mais, ce lien n'est pas forcément toujours équilibré. Le CSAPA entretient un rapport positif avec le CAARUD mais celui-ci est assez unilatéral. La volonté étatique du rapprochement entre ces deux types de structures joue certainement un rôle dans cette ligne de conduite. S'ils échangent des pratiques pour anticiper ce changement en apportant des informations d'un côté sur l'addictologie et de l'autre sur la réduction des risques, c'est davantage le CSAPA qui forme une passerelle vers la santé que le CAARUD vers la réduction des risques.

Le cadre d'accueil est assez différent puisque l'un propose un accompagnement plus social que médical et, inversement, l'autre plus médical que social. Néanmoins, la relation de confiance qu'installent les professionnels du CAARUD avec leurs usagers est un atout pour les membres du CSAPA qui accèdent à des informations complémentaires auxquels ils n'avaient pas accès. Dans cette relation presque à sens unique, nous voyons que le CAARUD oriente vers le CSAPA tandis que l'inverse est moins perçu.

D'un autre côté, ce rapport est représenté positivement par le CAARUD. Ce manque de réciprocité n'affaiblit pas le lien entre ces deux structures du côté de l'intervention sociale. Les membres du CAARUD trouvent avantage à intégrer des éléments médicaux au sein de leurs locaux par des actions. C'est ainsi qu'une infirmière du CSAPA associatif intervient pour des actions spécifiques, une à deux fois par an, dans le CAARUD. Mais cette structure possède des liens plus équilibrés avec le Samu social. Ces deux entités ont des valeurs et des pratiques communes, clés d'une relation synergique. S'il n'y a pas de collaboration formelle, les membres échangent souvent sur des situations particulières.

Si la PM entretient des liens avec le CSAPA hospitalier et, par causalité contextuelle, avec le service Tranquillité Publique, elle maintient une très bonne relation avec le service Promotion de la Santé. Sans pour autant que la coopération soit formalisée, lors des maraudes de ce service, la PM oriente ce service comme l'intervenant de premier niveau. À l'inverse, celui-ci peut compter sur ce lien lorsque les situations s'aggravent. Le Service Tranquillité Publique entretient les mêmes liens avec ce service et l'intègre parfois dans les cellules de veille des quartiers du centre-ville.

Après avoir aperçu les relations synergiques entre toutes ces structures, nous allons analyser les conflits existant entre ces acteurs.

### *C.3) Conflits et neutralité entre acteurs locaux*

Le principal conflit sur ce terrain est celui entre la PM et le Samu social. Cela renvoie aux déplacements en centre-ville et surtout en période estivale. Le Samu Social, par les maraudes dans cet espace, attirerait les personnes en situation de précarité. Cet aspect est une représentation de la PM. Ainsi, les membres du Samu ont souvent l'interdiction d'y aller. Cette volonté est liée à l'image de la ville qui, l'été, pour les touristes, doit être attrayante. Pour illustrer cette volonté, la mairie a diminué le budget donné à l'association Altéa-Cabestan en faveur de la PM (service Tranquillité Publique) et le service prévention en son sein.

Ce conflit est accentué par des actions comme le ramassage, le matin, par la PM, des couvertures données par le Samu social aux usagers sans domicile fixe. Si la PM perçoit le Samu comme une entrave à l'attrait de la ville en étant à l'initiative de mesures qui amèneraient des populations non désirées, le Samu se représente la PM comme un service répressif, intolérant, éloigné de l'empathie, et limité à un objectif de sécurité publique. Cette mission

serait façonnée par des représentations collectives issues de l'imaginaire collectif et par une méconnaissance du public.

D'autres conflits apparaissent sur ce territoire mais sont plus ponctuels et moins explicites. Nous avons, par exemple, constaté une compétition entre la PM et la PN. Ces polices ont des missions différentes, et la PM subit un manque de reconnaissance professionnelle : « *La police nationale nous envoie beaucoup sur le terrain et se réserve beaucoup un travail d'enquêtes et de missions nobles* » (Entretien, Police Municipale, Brigade de jour). Ce manque de reconnaissance est souvent mis en avant : lorsque le ministre est en déplacement, il reçoit plus souvent les syndicats de la police nationale que ceux de la police municipale.

Un conflit plus modéré est également présent entre la police municipale et le CAARUD. S'il y a très peu d'échanges et de connaissances entre ces membres, ceux-ci ne demandent pas non plus à développer une coopération. La Police municipale ne connaît pas réellement les pratiques du CAARUD, qu'elle compare souvent au SAMU. Les membres de la PM ne sont, pour la plupart, pas au courant de la distribution de matériel de réduction des risques. Cependant, le CAARUD a déjà eu quelques conflits, ponctuels, lorsqu'un des usagers du CAARUD se retrouve interpellé. Ce conflit n'est pas quotidien en raison d'une méconnaissance de la PM des missions du CAARUD et de la discrétion du CAARUD à l'égard de la PM. La présence policière éventuelle est connue pour être un frein à l'accès aux soins et à la prévention des risques, voire même serait vectrice de risques. Ce constat est surtout établi pour des populations exclus et marginalisés n'ayant pas accès à un lieu privé. Ici, si ce n'est pas la discrétion de l'emplacement du CAARUD qui est utilisée pour maximiser le profit social, c'est celle des dispositifs en place qui est de mise. Sont employées quelques méthodes pour rendre invisible ce lieu : des horaires modifiés et larges, une intégration maximale à l'environnement (aucune publicité sur les dispositifs type « *CAARUD* » en façade, les seules affiches sont axées sur la sexualité, symbole de AIDES), aucun regroupement devant le lieu, etc. Le service Tranquillité Publique et le CAARUD n'ont pas de réels différends mais la structure sociale met en évidence une focalisation de ce service sur l'aspect touristique au détriment du quotidien et de la précarité présente sur le territoire rochelais.

Après avoir vu des relations, positives et négatives, nous allons nous concentrer sur les rapports davantage neutres. Cette neutralité est souvent caractéristique d'une méconnaissance et met en exergue des approches différentes, sans être paradoxales. Il n'y a aucune entraide, peu

d'échanges mais pas non plus de conflits. Cela se retrouve entre les structures proches des fondements de la réduction des risques, comme le Samu social et le CAARUD, avec les structures médicales et celles n'ayant pas de pouvoir répressif. Nous retrouvons ce type de rapport notamment avec la Police nationale. Les interventions étant uniquement ponctuelles, il y a très peu de rapports aux structures et au quotidien urbain. De plus, la PN s'occupe davantage de l'aspect trafic que celui de la consommation.

Pour conclure, nous avons analysé ces rapports car nous savons que les synergies et les conflits présents dans un sous-système, ici à La Rochelle, sont des symptômes de ces mêmes relations, dans un système supérieur, au niveau national. Nous avons mis en lumière trois structures sans réels conflits : le service promotion de la santé et les deux CSAPA. Il est probable que celles-ci soient des médiateurs futurs pour les conflits des autres structures. Cette neutralité est en partie due à des approches non idéologiques et médicales. Ce sont les éléments idéologiques qui guident ces collaborations et ces différends. Nous avons pu constater l'importance de conflits entre deux groupes aux idéologies explicites qui, en ce sens, possèdent des représentations antagonistes. Ces perceptions se basent sur le diptyque « *bons* » et « *mauvais* » entre le Samu social et le CAARUD par rapport à la PM et le service Tranquillité Publique. Les valeurs et les représentations sous-jacentes sont bien marquées. Les deux premières structures perçoivent le service Tranquillité et la PM comme des acteurs répressifs qui ne s'intéressent qu'à l'image de la ville et aux touristes, au détriment de la solidarité et de la réduction des risques. Inversement, le service Tranquillité et la PM se représentent les structures sociales citées comme les responsables de l'insécurité publique par l'entretien d'une population non désirée dans un espace précis.

Nous remarquons, à l'aide du tableau n° 32, que plus une structure exprime une idéologie à propos de la lutte contre la drogue, par la réduction des risques ou par la répression, par le « *faire avec* » ou l'« *éradication* », plus la neutralité est mise de côté ; les structures concernées s'engagent dans des conflits ou dans des synergies. Les structures ayant le plus de rapports synergiques sont les deux CSAPA ; l'aspect médical, avec la vision positive du thérapeutique, est apprécié. Cette vision ne peut pas être totalement remise en question même de la part des structures médicales qui sont conscientes que l'accompagnement proposé ne peut pas convenir à l'ensemble des usagers. Cette caractéristique médicale est d'autant plus prise en compte par les acteurs institutionnels comme la PM, le service Tranquillité Publique et le service Promotion de la santé.

**Tableau n° 32 : Synergies et conflits des structures enquêtées**

|                                     | CSAPA<br>(hospitalier) | CSAPA<br>(associatif) | CAARUD | Samu<br>social | Police<br>Municipale | Police<br>Nationale | Service<br>Tranquillité<br>Publique | Service<br>Promotion de la<br>Santé |
|-------------------------------------|------------------------|-----------------------|--------|----------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| CSAPA<br>(hospitalier)              |                        | S                     | N      | N              | S                    | N                   | S                                   | S                                   |
| CSAPA<br>(associatif)               | S                      |                       | S      | S              | N                    | N                   | N                                   | S                                   |
| CAARUD                              | N                      | S                     |        | S              | C/N                  | N                   | C/N                                 | N                                   |
| Samu social                         | N                      | S                     | S      |                | C                    | N                   | C                                   | N                                   |
| Police municipale                   | S                      | N                     | C/N    | C              |                      | C/N                 | S                                   | S                                   |
| Police nationale                    | N                      | N                     | N      | N              | C/N                  |                     | C/N                                 | N                                   |
| Service<br>Tranquillité<br>publique | S                      | N                     | C/N    | C              | S                    | C/N                 |                                     | S                                   |
| Service<br>Promotion de la<br>Santé | S                      | S                     | N      | N              | S                    | N                   | S                                   |                                     |

*S = Synergies entre les structures*

*N = Méconnaissances ou rapports neutres*

*C = Conflits entre les structures*

## 2) Des enjeux pluriels et paradoxaux

À travers les classifications des savoirs spatiaux, de la sécurisation et des émotions, nous cherchons à mettre en avant l'importance des représentations dans la construction des pratiques. Ces perceptions appréhenderont les enjeux des acteurs ainsi que leurs effets sur les interventions auprès des consommateurs de drogues.

### A) Diverses qualités de savoirs sur le terrain rochelais

Cette section sera consacrée aux représentations spatiales. Pour cela, nous allons analyser les savoirs des différents acteurs de la ville. Une place importante est accordée aux représentations sociales de même qu'à la constitution de savoirs institutionnels objectivés. Ces savoirs nous permettront d'accéder à deux sphères : les pratiques et les discours. Pour cela, nous analysons la construction et la spatialisation des risques liés aux consommations et/ou ventes de drogues. L'enquête de terrain a révélé une différence entre les savoirs spatiaux provenant du milieu associatif et ceux du milieu communal en ce qui concerne les structures d'interventions auprès des usagers. Néanmoins, la distinction entre les acteurs qui interviennent ou non dans l'espace public semble davantage appropriée au questionnement sur ces savoirs spatiaux.

Nous allons donc prendre en compte les différents types de savoirs. Cette étude a pour objectif de comprendre, sous l'angle des consommations et des ventes de drogues, l'impact des politiques de la ville sur les pratiques des acteurs. À ce titre, nous débuterons avec l'analyse des savoirs résultant des pratiques professionnelles se déroulant, pour une grande partie, sur l'espace public (Samu social, police municipale et mairie). À travers les entretiens semi-dirigés avec les professionnels nommés ci-dessus et les observations (participantes ou non) de maraudes en ville, nous avons pu récolter certaines informations, données et savoirs spatialisés de ces praticiens. Avec les mêmes méthodes et dans un second temps, nous nous attacherons à étudier les différents savoirs spatiaux des acteurs moins mobiles que les précédents comme l'association Aides avec le CAARUD, l'association Tremplin 17 avec le CSAPA ou encore une partie des membres de la municipalité.

Les structures étudiées sont associatives ou municipales. Cependant, d'un domaine à l'autre, elles sont différentes tant dans la spatialisation de leurs interventions que dans la construction de ces dernières. Malgré l'accumulation festive en période estivale, les lieux de consommations et de ventes restent les mêmes.

Nous allons essayer de mettre en lumière ces savoirs spatiaux issus d'expériences, de représentations ou de documents formalisés afin de comprendre la construction spatiale des risques liés aux drogues dans la ville de La Rochelle et d'apercevoir les représentations des différentes structures. Ces dernières nous permettront d'analyser les politiques de réduction des risques ainsi que leurs justifications pratiques.

#### *A.1) Les savoirs spatiaux des acteurs intervenant dans l'espace public*

Les premiers savoirs spatiaux que nous avons pu récolter résultent de notre travail d'observation. Par le biais de participations aux permanences, aux maraudes, par de simples observations dans les structures ou encore par les entretiens semi-dirigés, nous avons pu découvrir les connaissances spatiales des professionnels du terrain rochelais. Ainsi, nous distinguerons les informations, des données et des savoirs spatiaux. Les premières correspondent à des informations brutes et non structurées ; les données sont davantage structurées mais restent "inanimées" puisqu'elles ne font pas sens ; les savoirs, quant à eux, sont des données interprétées. Grâce à cette analyse, nous pourrions mettre en évidence les degrés, de l'information aux savoirs spatiaux, de chacune des structures ainsi que les raisons de ces choix.

#### *Le Samu social : des savoirs spatiaux fondés sur l'aller-vers*

Le personnel du Samu social construit son travail autour de maraudes en ville : l'une la journée, à pied, et une autre en soirée, en camion. Cependant, ces deux maraudes sont formées par les mêmes salariés, ce qui rend leurs savoirs uniformes. Comme nous pouvons voir sur la carte n° 9, ces acteurs ont un périmètre d'intervention large qui inclut tous les quartiers de La Rochelle mais également Aytré, Sainte-Soulle, Angoulins et Châtelailon-Plage.

Pour constituer leurs itinéraires avant la maraude, les salariés répondent à des demandes téléphoniques. Ces appels sont pris par un salarié, passager du camion, qui remplit une fiche comprenant un nom ou un pseudo ainsi qu'un point de rendez-vous donné par l'utilisateur. Ces demandes sont régulières et les usagers qui font appel au Samu social connaissent les lieux « clés »<sup>298</sup>. Ces lieux, nous disent le personnel du Samu social, « sont des endroits où on va

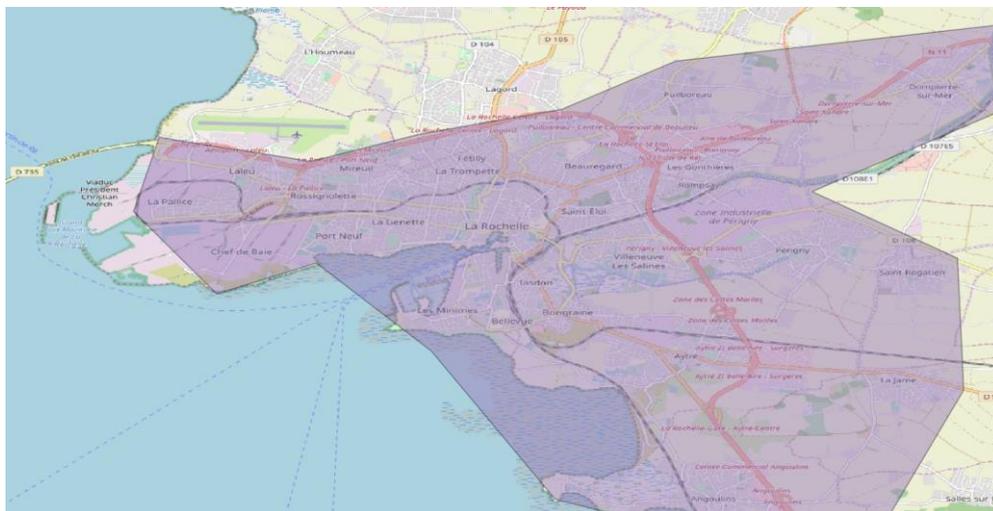
---

<sup>298</sup> Nous surnommons ces lieux « clés » puisqu'il s'agit de lieux de rassemblements de personnes précaires ou de squats connus au sein de cette population mais également par le personnel du Samu social.

« systématiquement comme la \*\*\*\*\* en centre-ville, la gare ou encore devant le \*\*\*\*\* », on y va par habitude, par notre expérience de terrain » (Carnet d'observation, le 26/05/2019).

Ces lieux ne sont pas les seuls fréquentés lors de ces maraudes. En réalité, les salariés se fabriquent une connaissance du terrain par l'expérience. À travers leurs cheminements, ils essaient de repérer les personnes en détresse dans des lieux qu'ils connaissent. La gare ainsi que la proximité du centre-ville sont des lieux de « repérage ». En dehors de cela, les salariés savent que cette population échange au sujet des lieux fréquentés par le Samu social, ce qui évite les éparpillements de personnes dans des lieux moins connus. Ces savoirs sont issus de l'expérience des salariés eux-mêmes par le biais de leur ancienneté. Ils sont également transmis oralement aux bénévoles de l'association. Ainsi, ils se rapprochent des savoirs résultant de représentations.

**Carte n° 9 : Zone d'intervention nocturne du Samu social**

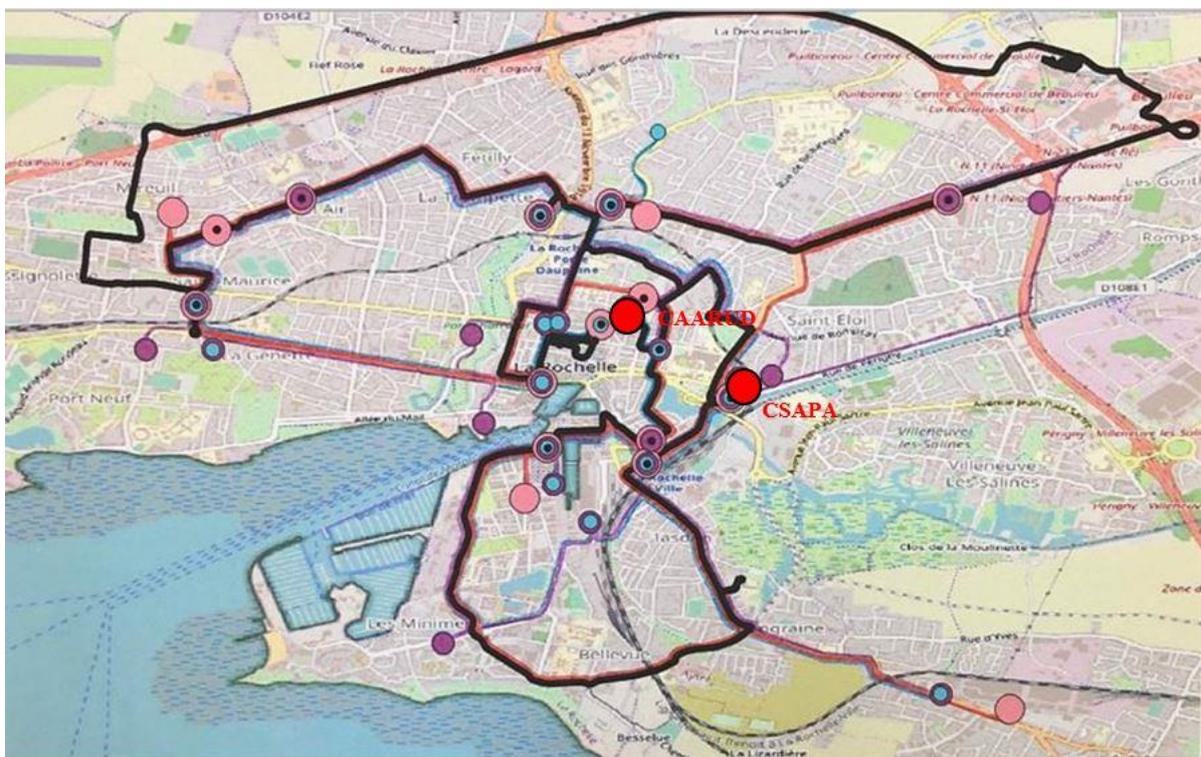


Source : Extraction Qgis, Elora Fahlke, 2019.

Les salariés du Samu social s'appuient également sur des savoirs externes provenant d'usagers précaires, principaux concernés par leur travail. Ces savoirs sont constitués au cours des discussions avec les usagers : « Parfois, ils nous parlent d'endroits qu'on ne connaît pas et c'est comme ça qu'on se renouvelle » (Carnet d'observation, le 20/07/2018). Grâce à cela, on comprend mieux les évolutions des localisations de chaque groupe. Dans la période estivale, plusieurs événements liés à des pratiques professionnelles, comme celles de la police municipale, écartent ces populations vers l'extérieur.

Grâce aux rencontres lors des maraudes, le Samu social peut suivre les individus dans leurs itinéraires, parfois contraints, du centre-ville vers les Minimes ou aux portes de Villeneuve-les-Salines. Néanmoins, nous ne pouvons divulguer d'informations sur les localisations en raison des réticences du personnel. Effectivement, la méfiance face à la publication d'informations spatiales précises résulte de la crainte face à l'utilisation de ces indications par les autorités locales : « *C'est pour ta thèse ? Ça ne sera pas publié ? On ne veut pas que ça finisse entre de mauvaises mains* » (Carnet d'observation, le 09/10/2018). À travers cette citation, nous pouvons noter la crainte des employés face à l'utilisation des données spatiales. Ils ne souhaitent pas que ces données soient utilisées à des fins répressives contre ce public marginalisé.

**Carte n° 10 : Superposition de quatre maraudes avec le Samu social**



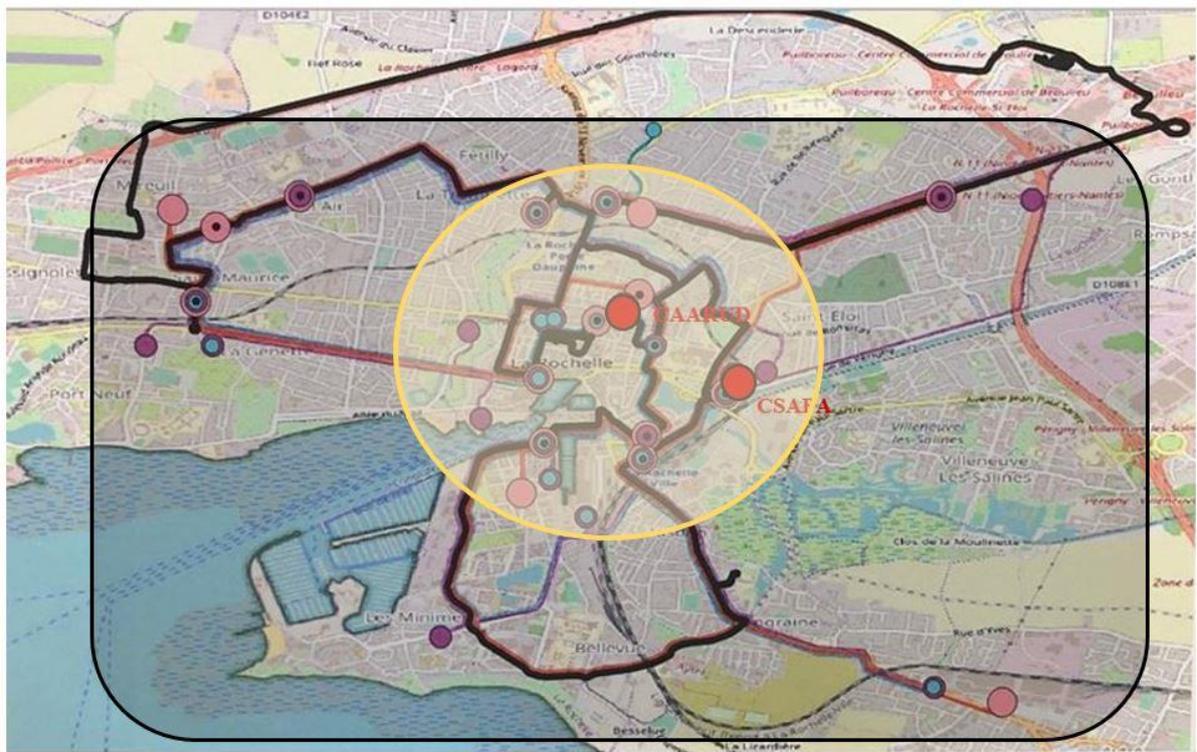
|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| ● Lieux d'arrêt de la maraude n° 4 | — Tracé de la maraude n° 1 |
| ● Lieux d'arrêt de la maraude n° 3 | — Tracé de la maraude n° 3 |
| ● Lieux d'arrêt de la maraude n° 2 | — Tracé de la maraude n° 2 |
| ● Lieux d'arrêt de la maraude n° 1 | — Tracé de la maraude n° 4 |

Source : Extraction Qgis, Elora fahlke, 2021.

La carte n° 10 montre quatre trajets de maraudes que nous avons faites avec le Samu social. À l'aide d'une application, « *MapPath* », nous avons recueilli ces déplacements. La

superposition de ces maraudes montre des lieux d'arrêts fréquents autour du centre-ville ainsi que dans les quartiers périphériques. Si nous ne voyons pas, à travers cette carte, le déroulement temporel de ces itinéraires, nous savons que les arrêts proches du centre-ville ont souvent lieu à la fin des maraudes. Ce retardement est volontaire puisque le droit de mouvance dans le centre est modulé selon les saisons. Ici, les maraudes ont été faites en période hivernale. Un recueil de données sur la période estivale aurait montré des itinéraires encore plus éloignés du centre.

**Carte n° 11 : Les couronnes et les profils des usagers**



 Deuxième couronne

 Première couronne

Source : Extraction Qgis, Elora fahlke, 2021.

Les arrêts récurrents et répétitifs, visibles entre les différentes maraudes, mettent en exergue une connaissance spécifique du terrain et de la population. Ils sont liés aux connaissances professionnelles, acquises pendant l'itinérance de jour, ainsi qu'aux échanges avec les usagers. Ces derniers amènent des informations de terrain aux professionnels tels que les nouvelles arrivées ou les nouveaux lieux de rassemblements. Plus il y a une superposition

de points sur cette carte, plus le lieu est connu et représente souvent un squat ou des endroits où dorment les sans-domicile fixe.

Ces espaces sont proches du centre-ville, entre la gare et le port, et sont présents autour des structures sociales et médicales dans le domaine de l’addictologie. Les usagers présents dans le centre et ceux dans la périphérie n’ont pas le même profil. Ceux éloignés, dans la deuxième couronne (carte n° 11), pourraient être regroupés selon les caractéristiques suivantes : usagers du CSAPA, isolement, volonté d’abstinence. Ces personnes s’éloigneraient alors du centre pour éviter les rencontres avec tous les publics. Tandis que ceux de la première couronne seraient des usagers fréquentant le CAARUD, vivant en groupe, plus éloignés du domaine médical. Ceux-ci suivraient une démarche de réduction des risques sans avoir pour objectif l’abstinence<sup>299</sup>.

Les derniers savoirs spatiaux des acteurs de cette association sont davantage formels (Tableau n° 33). Toutefois, ils ne représentent pas la plus importante partie de leurs savoirs et sont liés aux appels reçus et aux fiches correspondantes qu’ils remplissent. Ces données formalisées sont constituées par les appels et les adresses retenues et par tous les autres lieux empruntés, par habitude ou par hasard, par les employés du Samu social.

Ces lieux fréquentés sont choisis par le Samu à travers la connaissance de terrain ou par des rencontres hasardeuses lors de déplacements. Ces localisations sont inscrites sur cette fiche. Pourtant, elle ne sert pas réellement aux salariés eux-mêmes. Ces documents sont des données récoltées pour rendre compte de l’activité aux financeurs plus qu’une donnée engageant des analyses ou des statistiques d’évolution du paysage social rochelais. Ainsi, nous remarquons que le Samu, par manque de temps, ne s’engage pas dans un recueil de savoirs spatiaux mais davantage dans la recherche d’informations et de données spatiales.

**Tableau n° 33 : Fiche fictive Samu social**

| Usager/115    | Adresse           | N° de téléphone  |
|---------------|-------------------|------------------|
| Usager (Jojo) | Place de la Vigne | 06679078**       |
| 115 (Lili)    | Au grand Bourg    | Pas de téléphone |

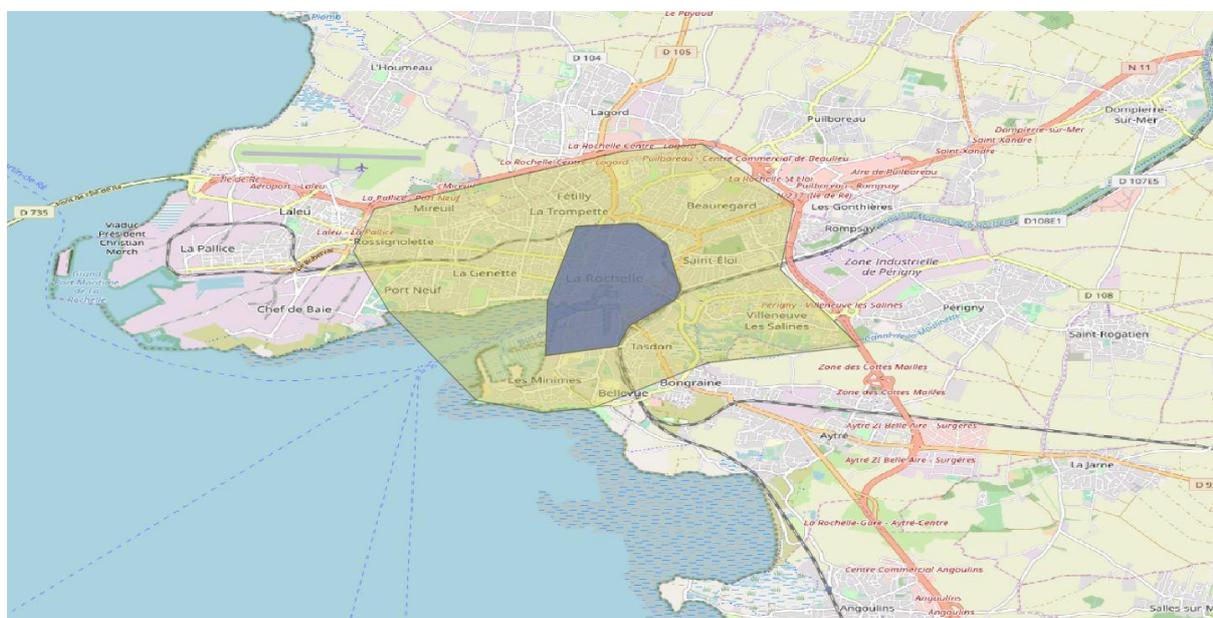
*Source* : Fiche fictive créée à partir de documents du Samu social La Rochelle (17).

<sup>299</sup> Ces différents profils seront mis en lumière et détaillés dans la dernière partie de ce chapitre.

## La Police municipale : un travail de terrain partagé

Tout comme le Samu social, la police municipale intervient dans un périmètre assez large. Elle est également constituée de deux brigades : une de jour et une de nuit. Par le biais de maraudes, à pied ou à vélo, ces dernières opèrent dans la ville. Les populations ciblées sont différentes par rapport aux caractéristiques des deux brigades et à leur territorialisation séparée dans l'espace urbain. Ainsi, les brigades ont des savoirs spatiaux complémentaires. Les interventions diurnes sont plus larges en matière de périmètre même si elles sont plus présentes dans le quartier ancien rochelais.

**Carte n° 12 : Zones d'interventions des brigades de la police municipale, nuit [bleue] et jour [jaune] (en bleu, actions principales de la brigade de jour également)**



Source : Extraction Qgis, Elora Fahlke, 2019.

La brigade de nuit, quant à elle, se concentre uniquement sur le centre sauf lorsqu'elle répond à des demandes téléphoniques. La nuit, le cours du temple, la rue Saint-Nicolas et le port sont les trois zones principalement surveillées. Ces zones « *préférentielles* » sont basées sur des savoirs expérientiels et sont complétées par des savoirs moins « concrets » et plus formalisés.

Selon un rapport datant du 1<sup>er</sup> semestre 2019<sup>300</sup>, 62 % environ des interventions pour ivresse publique et manifeste ou pour produits stupéfiants ont été faites sur ces lieux. Un arrêté municipal qui interdit la consommation de boissons alcoolisées en centre-ville précise justement ces différents lieux. Ces brigades municipales ne se réfèrent pas qu'aux savoirs issus du terrain. Elles interviennent de manière plus intense dans les quartiers de la Politique de la Ville. Ces quartiers classés « *sensibles* », comme Mireuil ou Villeneuve-les-Salines, sont ciblés par ces brigades à la demande de la mairie qui a, depuis ce mandat, mis l'accent sur la sécurité. Au sein de la police municipale, une unité de proximité a été mise en place sur ces quartiers et dans ceux de Laleu et La Pallice.

Selon ces policiers, la plus importante partie du trafic se trouve dans les quartiers périphériques ainsi que la consommation de drogues qu'ils nomment « *dures* » alors que le centre-ville serait caractérisé par la consommation d'alcool dans un cadre festif. Néanmoins, le centre-ville est surveillé de manière plus étroite étant donné que la police municipale ne possède pas le pouvoir d'intervenir sur les problématiques concernant les stupéfiants (arrestations, fouilles, perquisitions, etc.). Suite aux interventions des polices municipales et nationales, des statistiques formalisées sont récoltées. Ces acteurs recherchent à créer des savoirs spatiaux après avoir récolté des informations et des données. Cette base d'informations, créée à partir des rapports rédigés par la police municipale, est enrichie par des données spatiales des habitants, par ce qu'ils ont vécu ou recueilli lors de réunions mensuels et trimestriels. Ces réunions s'inscrivent dans le cadre d'un Conseil d'Agglomération de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CASPD).

Une réunion par quartier a lieu tous les mois afin de parler des problèmes rencontrés par les habitants ainsi que des débats autour des chiffres des interventions. Ces rendez-vous sont publics mais sont, la plupart du temps, fréquentés par des membres de la police municipale, des représentants d'habitants et le directeur de la Tranquillité Publique. La réunion trimestrielle regroupe davantage des personnes élues et sont privées. On dispose d'un document avec les situations toujours en cours, les situations nouvelles et les situations réglées (tableau n° 34). Ces données sont confidentielles puisque les membres évoquent des cas individuels. Nous donnons un exemple ci-dessous du document vide, par souci déontologique.

---

<sup>300</sup> Rapport de la Cellule de veille 2019 sur les quartiers du centre-ville ; un exemple de ce type de rapport est montré en annexe n° 3.

Tableau n° 34 : Compte-rendu réunions techniques

RELEVÉ DE SITUATIONS

Réunion Technique – Nom du quartier / Date / heure

Ce compte rendu est un document de travail interne. **Par souci déontologique merci de ne pas le diffuser.**

Etaient présents :

Etaient excusés :

**Situations évoquées toujours en cours**

| LOCALISATION    | CONSTAT / SUIVI / PROPOSITION |
|-----------------|-------------------------------|
| Adresse précise |                               |

**Nouvelles Situations évoquées**

| LOCALISATION    | CONSTAT / SUIVI / PROPOSITION |
|-----------------|-------------------------------|
| Adresse précise |                               |

**Situations réglées au 2 octobre 2018**

| LOCALISATION    | CONSTAT / SUIVI / PROPOSITION |
|-----------------|-------------------------------|
| Adresse précise |                               |

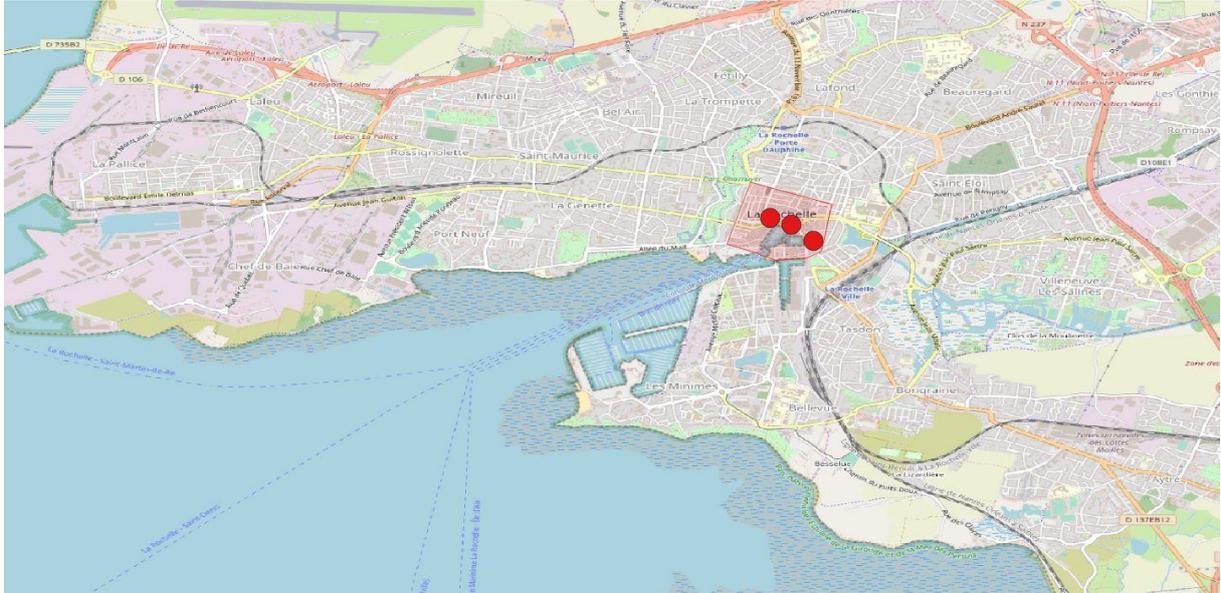
Ces recensements, par lieux spécifiques, montrent le nombre de faits par quartier ou par adresse. Ainsi, les statistiques de l'activité policière dévoilent une prépondérance des interventions dues à l'alcool dans le centre-ville et aux drogues dans les quartiers de Mireuil et Villeneuve-les-Salines : « *Nous [police municipale], on s'occupe plus du centre-ville parce que c'est la consommation des marginaux et des fêtards mais il y a très peu de trafics, c'est la police nationale qui s'en occupe, c'est plus dans les quartiers sensibles* » (Entretien, Police Municipale), ce qui est moins une observation qu'un biais en lien avec la spatialisation même des interventions. De ce que les acteurs nous ont dit, il n'y a aucune recherche de leur part pour la drogue dans le centre. Le cadre même donné à l'activité de la police municipale façonne les différents chiffres récoltés. Effectivement, la réalité de terrain et le « *savoir* » sont bel et bien différents : « *En fait, la "délinquance" est un phénomène social complexe et mouvant qui présente une physionomie très différente selon qu'on la saisit du point de vue des victimes ou lors de son appréhension puis de son traitement par l'appareil répressif* » (Aubusson, Lalam, Padieu et Zamora, 2003, pp. 141-158).

#### *Une équipe municipale de prévention : le ciblage du centre-ville*

Les maraudes de la mairie, effectuées par le service de prévention et promotion de la santé, se font dans un périmètre restreint du centre-ville. À pied, les membres vont vers les publics festifs à la sortie des bars et des discothèques. S'ils se fient aux adresses des sorties nocturnes, ils concentrent leurs activités dans les lieux où les chiffres de la police municipale sont élevés. Le cours du Temple et sa place sont des lieux connus pour être des endroits festifs. D'un autre côté, ils ressortent également lors des réunions précédemment évoquées. Ces espaces sont connus pour les pratiques d'alcoolisation massive de 22 h à 4 h du matin. La principale problématique est celle du tapage nocturne. Cependant, les savoirs spatiaux de ces acteurs sont limités au cœur de ville. Pour autant, ils se fient aux représentations répandues admettant que les drogues, autres que l'alcool, ne sont pas très présentes, ou, du moins, que leur usage n'est pas problématique. Le port et la rue Saint-Nicolas sont les lieux de début et de fin de soirée, réputés pour les problèmes liés à l'alcool tels que la violence, les problèmes d'hygiène et de santé. Ainsi, ces acteurs ne passent pas par les informations et les données spatiales mais se servent des savoirs spatiaux de la police municipale pour intervenir.

Après avoir passé en revue les savoirs spatiaux des travailleurs de terrain, nous nous intéresserons maintenant aux savoirs spatiaux des travailleurs n'intervenant pas ou peu dans l'espace public.

**Carte n° 13 : Zone d'intervention de la maraude de la mairie et points d'interventions importants**



Source : Extraction Qgis, Elora Fahlke, 2019.

*A.2) Les savoirs spatiaux des acteurs qui accueillent le public*

**Carte n° 14 : Emplacements du CAARUD et du CSAPA**



Source : Extraction Qgis, Elora Fahlke, 2019.

*Le CAARUD : une association multi-terrain*

Les membres du CAARUD de La Rochelle se déplacent en camion entre plusieurs villes dont Rochefort et Saintes. Ainsi, le temps accordé aux maraudes est difficile à trouver. Elles sont souvent faites de manière ponctuelle sur des « *temps d'action* » en dehors de la ville comme sur l'île d'Oléron, une fois par mois. Des maraudes sont organisées en journée, sur la plage des Minimes, l'été, mais elles concernent davantage la prévention sexuelle. Effectivement, l'emplacement du CAARUD, en centre-ville, fait dire aux salariés que les maraudes à La Rochelle ne seraient pas utiles. Néanmoins, ceux-ci possèdent des savoirs spatiaux liés à leur statut d'habitant rochelais mais également à leurs interactions avec le public lors de leurs permanences en structure.

Lors de ces permanences, les salariés échangent avec les usagers sur leurs consommations et leurs soirées afin d'entrevoir les pratiques de chacun. Lors de ces conversations, des savoirs spatiaux sont formulés. Pour autant, ceux-ci ne les intéressent pas en tant que tels, mais ils les aident à percevoir les représentations qu'ils ont de leurs pratiques dans la ville.

Cependant, grâce à ces échanges, des savoirs spatiaux émergent : les localisations des squats en périphérie de la ville, les lieux de rassemblements en centre-ville, la journée, pour faire la manche, et les autres places fréquentées par les consommateurs de drogues en situation de précarité. Les usagers qui fréquentent cette structure habitent davantage le centre-ville ou sa périphérie. De ce fait, les savoirs des professionnels s'inscrivent seulement dans un périmètre restreint, car les conversations sont basées sur les quartiers centraux de La Rochelle.

**Tableau n° 35 : Extrait de document CAARUD**

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
| Démarches d'accès aux droits (sociaux, santé, administratifs, justice, etc.) ou de maintien |   | <b>LOGEMENT PRINCIPAL</b><br><input type="checkbox"/> Indépendant (location, etc.)<br><input type="checkbox"/> Durable en structure<br><input type="checkbox"/> Provisoire en structure<br><input type="checkbox"/> Famille, amis-es<br><input type="checkbox"/> SDF<br><input type="checkbox"/> Squat<br><input type="checkbox"/> Voiture, camion<br><input type="checkbox"/> Non réponse |  | <b>RESSOURCES</b><br><input type="checkbox"/> Salaire<br><input type="checkbox"/> AAH<br><input type="checkbox"/> RSA<br><input type="checkbox"/> Allocations chômage<br><input type="checkbox"/> Allocation temporaire d'attente (ATA)<br><input type="checkbox"/> Pension d'invalidité<br><input type="checkbox"/> Retraite<br><input type="checkbox"/> Aides de proches<br><input type="checkbox"/> Revenus non déclarés<br><input type="checkbox"/> Sans ressource<br><input type="checkbox"/> Non réponse |  |
| Logement  | Court séjour inférieur à trois mois                   |  |  |  |  |
|   | Moyen et long séjour                                  |  |  |  |  |
|   | Logement personnel, logement autonome de droit commun |  |  |  |  |
|   | Actions de maintien dans le logement                  |  |  |  |  |

Source : Fiche quotidienne CAARUD (AIDES), La Rochelle, 2019.

Les savoirs issus des interactions avec les usagers sont combinés à leurs savoirs d'habitants rochelais. Ils connaissent ainsi les lieux festifs comme la cour du temple et le port, pour ce qui est du centre-ville, et la Sirène ou la Belle du Gabut, plus en périphérie. Leurs

savoirs spatiaux ne sont pas formalisés. Ils ont des fiches anonymes qu'ils remplissent d'informations non spatialisées. Pour les nouveaux bénévoles ou salariés, la transmission de ces savoirs se fait oralement. Effectivement, ce principe serait appliqué pour assurer l'anonymat ainsi que pour le respect des personnes fréquentant le CAARUD. Même si l'anonymat est respecté, les employés de la structure ont précisé que les noms des lieux ne peuvent être cités à l'extérieur de la structure afin qu'ils ne soient pas utilisés pour des interventions de police.

Si nous avons vu que cette structure possède surtout des informations spatiales plus que des données ou des savoirs, elle a tout de même construit des savoirs spatiaux en lien avec une action ciblée. Le respect des données et la crainte face à l'utilisation de ces dernières empêchent la formalisation des informations en données et en savoirs. Cependant, cette association intervient sur tout le département.

Lors d'une action sur l'accès généralisé aux seringues, elle a mis en place un questionnaire qui a été distribué dans les pharmacies du département. Cette méthode statistique cherchait à inventorier le nombre de « *Stéribox* » que les pharmacies vendaient. Grâce à cette récolte, les professionnels ont pu cibler des villes, comme Tonnay-Charente, dans lesquelles il y a un besoin important de matériel de consommation. Ils ont alors monté des partenariats avec les villes qui vendaient le plus de « *Stéribox* » afin d'approvisionner le plus grand nombre de consommateurs. Si ces savoirs sont assez vagues, ils permettent de comprendre les consommations de drogues au niveau départemental.

#### *Le CSAPA : une association médicalisée*

Le CSAPA est une structure davantage médicalisée, comme le montrent les fonctions de son personnel : des infirmiers, des médecins, des psychologues et des éducateurs spécialisés. Contrairement aux autres associations, les rencontres avec le public se font sur rendez-vous. De fait, l'« *aller-vers* » n'est pas une priorité. En ce sens, les savoirs vernaculaires sont moindres, même s'ils interviennent dans des établissements scolaires de ce terrain.

Certains savoirs sont engagés par les représentations comme le fait que leurs usagers proviennent assez souvent des quartiers sensibles. Cependant, cette association possède un logiciel, « *ProGdis* », dans lequel des informations spatiales individuelles sont saisies. L'existence d'un fichier rassemblant les données du lieu de résidence des différents usagers de leur structure permettrait de déterminer la géographie de l'origine des usagers. Cet outil avait été demandé par l'agglomération de La Rochelle de 2010 à 2015 pour savoir d'où venaient les individus consommateurs. Tous les acteurs s'accordent sur le fait que les consommations se

font en dehors de l'habitat, dans l'espace public ou dans les squats. Ce logiciel, lorsque l'utilisateur n'a pas d'habitat fixe ou réside en squat, classe les individus dans une catégorie « *sans domicile fixe* » et aucune adresse n'est spécifiée. Tout comme le Samu social, ces données sont utilisées pour faire des rapports internes mais également pour la DGS (Direction générale de la Santé) et l'ARS (Agence régionale de la Santé) et ne sont donc pas analysés par les salariés du CSAPA. Elles ont pour but de justifier les financements.

#### *Les coordinateurs : un point de vue institutionnel*

Les derniers acteurs sont issus de la municipalité. Selon les coordinateurs et les directeurs du service de Tranquillité Publique et ceux de la prévention, deux quartiers sont concernés par le trafic de drogues : Mireuil et Villeneuve-les-Salines. Le quartier de Port Neuf est également identifié comme un lieu de consommations et/ou de ventes. Les coordinateurs sont soumis à la politique de la ville pour engager la police municipale à intervenir et à être présente sur ces trois quartiers. Ils ajoutent que l'Agence locale de Prévention et de Médiation sociale travaille uniquement sur ces quartiers et non dans le centre-ville.

Toutefois, ces coordinateurs considèrent la population étudiante comme étant plus difficile à gérer que celles en situation de précarité puisqu'elle est plus nombreuse. Ils ciblent également le centre lors des périodes festives, le week-end et en soirée. De plus, les habitants des quartiers cités plus haut descendraient au cœur de ville lors de ces moments urbains. Les interventions auprès du centre permettraient d'intervenir sur des individus résidant dans ces quartiers. Ces stratégies seraient présentes pour éloigner les problèmes du centre. En faisant intervenir régulièrement des équipes de la police municipale dans ce cœur de ville, les problèmes s'éloigneraient vers les quartiers. Pour autant, un groupe spécifique de policiers est mis à disposition sur le port pour la surveillance des personnes sans-domicile fixe.

Pour conclure, nous avons analysé et différencié les informations, des données et des savoirs spatiaux issus des structures rochelaises gravitant autour des personnes consommatrices de produits. Nous pouvons constater que les structures comme le Samu social, le CAARUD et le CSAPA ne recherchent pas réellement de savoirs spatiaux. Le Samu social récolte des informations lors de ces maraudes qui sont formalisées en données sur des fiches. Cependant, pour une question budgétaire et par manque de temps, d'autres projets passent avant la création et l'interprétation des données récoltées lesquelles servent uniquement aux financeurs de l'association. Le CAARUD, quant à lui, reste davantage dans l'information spatiale pour la compréhension des pratiques de consommation. Toutefois, les employés de cette structure ont

utilisé des méthodes pour créer des savoirs plus globaux dans le cadre d'une action ciblée dans une autre ville du département. Ainsi, ils ont créé des savoirs spatiaux à partir des chiffres de vente de « Stéribox » dans les pharmacies du département. Le CSAPA possède plus d'informations et de données spatiales que de savoirs. Ces membres récoltent, à l'aide d'un logiciel, des données qui sont ensuite transformées en savoirs spatiaux pour un rapport annuel donné aux financeurs.

Contrairement aux structures précédentes, les acteurs de la municipalité que sont la police, l'équipe de prévention et le service de la tranquillité publique souhaitent développer des savoirs spatiaux. La police municipale est le point d'appui de ces agents. Les informations et les données récoltées lors des activités policières et des CASPD permettent de dégager des statistiques et des rapports interprétant ces dernières. Ainsi, l'équipe de prévention et le service de la tranquillité publique s'appuient sur ces savoirs pour intervenir ou écrire des rapports.

Nous avons pu voir que les savoirs spatiaux proviennent de trois types de relation : ceux dus à l'expérience, ceux liés aux représentations individuelles ou collectives et ceux davantage formalisés. Pour autant, ces savoirs se nourrissent et fonctionnent ensemble.

Par ces informations, données ou savoirs spatiaux, nous pouvons voir que les structures ne possèdent pas une image homogène de la ville de La Rochelle. Les échanges entre ces structures sont restreints. Ils se font majoritairement entre les membres de la municipalité. Les structures rochelaises comme le Samu social, le CAARUD ou le CSAPA n'échangent que rarement, ou du moins que sur des situations spécifiques ou des actions thématiques.

Cet anonymat respecté est l'une des causes du manque de données formalisées au sein des structures associatives. Les institutions communales engagent davantage de données statistiques servant sur le terrain et pour les rapports officiels. Ces données mettent en lumière un découpage de la ville entre centre-ville et quartier, sans-domiciles fixes et étudiants, jour et nuit, trafic et consommation. Cette manière binaire d'entrevoir l'urbain façonne la ville et les actions des différents acteurs :

*« Ce sont des découpages centre-ville/quartiers périphériques et jour/nuit. Quand on croise ces quatre carrés, on a toutes les missions possibles. Si je vous dis, par exemple, jour et centre-ville, je vais avoir beaucoup de punks à chiens et de SDF qui boivent sur les places du centre-ville. Si je vous dis nuit et centre-ville, ce sont tous les étudiants bourrés qui débarquent dans le cœur de ville et qui se jettent dans le port. Ils sont à deux ou trois cents sur des placettes.*

*Autant les SDF, on arrive à gérer, parce qu'ils seront entre dix et trente, mais autant les étudiants, quand je vous dis trois cents, parfois, c'est six cents ou neuf cents. Donc jour, centre-ville, beaucoup de SDF ; nuit, centre-ville, beaucoup d'étudiants. Après, sur les quartiers extérieurs, de jour, c'est plutôt tranquille, on fait des verbalisations en stationnement, on fait quelques Codes de la route, sens interdits, portables. On fait quelques conflits de voisinage. Et la nuit, sur les quartiers extérieurs Mireuil et Villeneuve, nous faisons pas mal de trafics de stupéfiants, puisque au pied des immeubles... c'est connu plutôt pour leurs trafics, comme la Cité des Fleurs à Paris. Plus il y a des noms de fleurs, plus le trafic est important. Et là, ce sont des noms de poètes et de philosophes et c'est vrai que le Blaise Pascal est un bâtiment qui nous pose beaucoup de souci. Nous travaillons avec les services spécialisés de la police nationale. Donc, la nuit, ce sont les trafics et les rassemblements de jeunes, les gymkhanas de motos, de deux roues » (Entretien, service Tranquillité Publique).*

**Tableau n° 36 : Récapitulatif des types de données par structure**

| <b>Structures</b> | <b>Service</b> | <b>Types Interventions</b>                             | <b>Localisation des interventions</b>  | <b>Degrés : informations/ données/ savoirs</b> |
|-------------------|----------------|--|--|--|
| Samu social       | Associatif     | Maraudes de jour et de nuit par les mêmes salariés     | - Centre-ville La Rochelle<br>- Quartiers périphériques La Rochelle<br>- Sainte-Soule<br>- Aytré<br>-Châtelailon-Plage | Informations et données spatiales              |
| Police municipale | Municipal      | Maraudes de jour et de nuit, deux brigades différentes | - Centre-ville La Rochelle<br>- Quartiers périphériques La Rochelle  | Informations, données et savoirs spatiaux      |
| Équipe prévention | municipal      | Maraude de nuit  | - Centre-ville La Rochelle   | Savoirs spatiaux issus de la Police municipale |

|                               |            |   |  |  |
|-------------------------------|------------|---|--|--|
| CAARUD                        | associatif | Maraudes en dehors de la ville de la Rochelle,<br><br>Permanence au sein de la structure rochelaise | - Rochefort<br>- Saintes<br>- Ile d'Oléron<br>- Niort<br>- Plages de La Rochelle | Informations, données et savoirs spatiaux  |
| CSAPA                         | associatif | Interventions extérieures dans des établissements scolaires et/ou professionnelles                  | - Établissements scolaires<br>- Structures sociales                              | Informations, données et savoirs spatiaux  |
| Service tranquillité publique | municipal  | Retours des équipes de la police municipale par le biais du CLSPD                                   | - Réunions de quartiers  | Informations, données et savoirs spatiaux issus des CASPD et de la police municipale |

Source : Elora Fahlke, 2019.

## B) Des processus de sécurisation divers

Qu'est-ce que sécuriser ? Cette notion polysémique est construite pour des publics, des domaines, par des acteurs divers. Pour mettre en lumière ces différentes significations, nous allons faire l'inventaire des points de vue des acteurs à ce sujet et analyser les différentes actions possédant un objectif de sécurisation des publics sur le territoire rochelais. Au fil du temps, nous mettons l'accent sur différents paradigmes et différents domaines.

### *B.1) Des actions de sécurité dans le cadre de la santé publique*

Le terme vaste de « *santé publique* » ne possède pas réellement une définition précise. Toutefois, le code de la santé publique définit plusieurs aspects : la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population globale et l'identification des déterminants de celui-ci ; la promotion de la santé dans tous les milieux de vie, dont la réduction des risques ; la prévention collective et individuelle ; l'amélioration des prises en charge et, par conséquent, la réduction des inégalités de santé ; l'information et l'éducation à la santé ; l'organisation du système de santé pour faire face aux crises éventuelles. En effet, cette discipline possède pour finalité l'amélioration générale de la santé de la population.

### *Les mesures ciblant les usagers de drogues*

Depuis une dizaine d'années, nous avons pointé l'apparition de nouvelles structures, telles que les CAARUD et les CSAPA, due à la croissance de la politique de réduction des risques. Cette politique possède un objectif, celui du moindre mal et, si elle peut être liée à l'usage de drogue, elle s'est, en réalité, élargie à un accompagnement plus général. Ouvertes aux personnes consommatrices de drogues (ou aux autres addictions), ces structures accompagnent les usagers sur différents points de la démarche de soin. Ces lieux permettent l'accès à une meilleure hygiène. À La Rochelle, des douches et des machines à laver sont mises à disposition. Celles-ci ciblent, en priorité, les personnes consommatrices de drogues en situation de précarité. Ces dispositifs ont pour but d'éviter les infections dues à une mauvaise hygiène ainsi que leurs propagations. Sur ce territoire, il n'y a que très peu de structures qui proposent cet accès. De ce fait, les contraintes horaires, les fortes fréquentations et les autres facteurs pouvant limiter l'accès à tous à de bonnes conditions d'hygiène peuvent entraîner des maladies et des infections.

Pour lutter contre ce fléau, le Samu social souhaite s'engager dans un projet avec une association pour mettre à disposition une douche "d'entretien" pour les personnes qui en ont le plus besoin. Les bains publics ont été récemment fermés à cause d'un manque de fréquentation. Ce manque est en partie lié au fait qu'ils étaient placés très loin du centre-ville alors que les personnes susceptibles de les utiliser n'ont pas forcément de moyens de transports. Les structures associatives rochelaises pensent que cet éloignement est lié à une volonté municipale par rapport au tourisme. Mettre à disposition des lieux d'accès aux soins dans le centre-ville entraînerait des rassemblements de populations précaires pouvant être perçus comme gênants, « *non appréciés* » par les riverains et les touristes. Si ces structures sont des lieux d'accueil et d'accès à l'hygiène, ils sont également des piliers dans l'accompagnement et l'accès aux soins. Ainsi, les intervenants sociaux et médicaux sont présents pour aider et conseiller les usagers dans les démarches d'accès aux soins, qu'elles soient administratives ou médicales, en lien avec des demandes de relogement ou de formation. Ces actions visent un groupe social particulier, les consommateurs de drogues et/ou les personnes en situation de grande précarité, et sont mises en place dans le but d'éviter la précarisation sanitaire, l'apparition et la transmission de maladies et, à plus long terme, l'exclusion sociale. Le référent de l'action, ici associatif, s'appuie sur un risque déterminé.

En plus de cet accompagnement, le CAARUD met à disposition du matériel à usage unique pour les consommateurs de drogues. Dispositif originel de la réduction des risques, il

permet d'éviter les infections liées aux pratiques à risques et vise les populations qui ne souhaitent pas arrêter leurs consommations dans l'immédiat. Pour citer quelques exemples, le CAARUD est un lieu où les usagers peuvent se procurer des seringues à usage unique, des DASRI, des « *pipes à crack* », des feuilles d'aluminium, des « *roules-ta-paille* » ou plus largement des préservatifs, du matériel d'hygiène. Plusieurs autres outils de réduction des risques sont proposés par cette structure. Celle-ci s'inscrit dans le dispositif TREND/SYNTES visant à répertorier et anticiper les nouvelles consommations, et analyser les substances. En plus de pouvoir créer des connaissances sur les nouvelles drogues, le dispositif permet aux usagers de pouvoir connaître les compositions de ce qu'ils consomment à leur demande. Par une volonté anticipatrice, ce dispositif a pour objectif de sécuriser les futurs usages collectifs par le biais d'une meilleure connaissance des compositions des drogues futures et les usages actuels et individuels. Un autre outil de réduction des risques est présent sur le territoire rochelais : la réduction des risques à distance. Par manque de temps, de moyens et d'effectifs, le CAARUD ne fait que très peu de maraudes et d'« *aller-vers* ». Même s'il possède plusieurs structures dans le département, il ne touche pas tous les usagers de drogues avec cet accueil à « *bas seuil* ». Ainsi, a été mis en place un partenariat avec des pharmacies pour distribuer du matériel d'injection dans les villes qu'ils ne fréquentent pas. Les outils mis à disposition des usagers ainsi que l'accès aux soins et à l'hygiène sont deux aspects de la santé publique. Cette protection consiste à sécuriser un groupe sociale spécifique, les consommateurs de drogues, contre diverses infections, maladies et *overdoses*.

#### *Les mesures ciblant les habitants rochelais*

Plus largement, l'usage de drogue peut entraîner des risques pour les habitants du territoire dans l'espace public. En effet, la consommation par voie d'injection peut conduire à la production de déchets « *à risque* ». Les seringues usagées ne peuvent pas être placées dans une simple poubelle publique. Le ramassage de ces seringues dans l'espace urbain est complexe et implique une formation spécifique. À La Rochelle, cette action est menée par la régie de quartier « *Diagonale* ». Elle propose du travail aux personnes en situation de précarité. L'un des chantiers concerne la propreté urbaine. Les bénéficiaires ramassent les déchets, y compris les seringues usagées. Pour ce dernier type de déchet, ils ont un partenariat avec le CAARUD qui sensibilise et forme les salariés pour ce ramassage spécifique. Beaucoup d'usagers ramènent leurs seringues dans une des structures, généralement grâce à des DASRI, des petits contenants destinés spécifiquement à cet usage. Cette mesure vise surtout le grand public, en réduisant le risque de blessure ou de contamination par une seringue usagée, et augmente le sentiment de

sécurité des riverains. Elle a tout de même une utilité pour les usagers, car elle réduit les risques que les seringues soient réutilisées et évite les contaminations.

*Les mesures menées dans le milieu spécifique : les jeunes, les fêtards*

Nous allons maintenant nous intéresser aux actions menées dans le milieu festif. En amont de la politique de réduction des risques, il existe une autre manière de sécuriser, par anticipation, les populations. Les mesures de prévention ciblent souvent les jeunes, notamment les lycéens et les étudiants, en particulier en contexte festif, en visant la consommation d'alcool. Le but est d'anticiper les conduites à risques. À La Rochelle, l'entretien avec la coordinatrice prévention de la mairie a dévoilé cette focale.

Pour diminuer les risques, les rixes et les autres problèmes liés aux consommations, une équipe de prévention autour de l'alcool et des drogues est mobilisée les jeudi, vendredi et samedi soirs pour faire des maraudes à pied en centre-ville (surtout autour du port). Autour du programme « *L'alcool noie la fête* », cette équipe envoie des messages de prévention autour des consommations dans les espaces festifs rochelais. Les conséquences de ces actions sont encore en évaluation.

Cependant, les premiers résultats démontrent une méconnaissance des risques dus aux consommations chez les jeunes. Ensuite, ce programme permettrait d'éviter certains déplacements de la police sur les zones festives.

Cette équipe de prévention serait un premier intermédiaire et médiateur qui servirait, pour certaines situations, à éviter le déplacement des autorités. La limite de cette action est qu'elle touche uniquement les personnes qui font la fête en centre-ville et pas la population festive des périphéries et des quartiers « *sensibles* ». Ces mesures, en contexte festif, possèdent trois objectifs en termes de sécurisation : prévenir les risques par l'information, les réduire par la distribution de matériel et secourir après la consommation.

Par cette prévention, les acteurs souhaitent réduire les risques à court terme tels que les *overdoses*, les rixes et les dangers dus à la consommation, ainsi qu'à long terme en souhaitant éviter les trajectoires de précarisation liées aux usages. Si ces actions sont, en premier lieu, destinées aux jeunes, elles servent à tous les autres groupes sociaux fréquentant le milieu festif.

### *Les mesures davantage médicalisées*

Nous devons aussi parler d'une autre manière d'aborder l'usage de drogues. Si certains usagers ne considèrent pas leur consommation comme "problématique", d'autres en revanche souhaitent prendre le « *chemin du sevrage* ». Pour cela, des structures davantage médicales sont disponibles. Sur notre terrain, ce sont les CSAPA associatif et hospitalier qui ont ce rôle. Ces structures ne sont pas à « *bas seuil d'exigence* » et sont présentes pour les individus qui souhaitent sortir de l'usage de drogues par le biais de thérapies et/ou des traitements de substitutions. Par cette proposition, ces acteurs visent autant les consommateurs de drogues que les personnes ressentant une problématique avec une autre addiction, les personnes précaires ainsi que celles qui le sont moins. Le public est moins ciblé, ce qui amène à rencontrer des profils de groupes d'appartenance très différents, passant du chef d'entreprise au jeune issu de la classe moyenne jusqu'à la personne sans-domicile fixe. En se focalisant sur les TSO, cette structure souhaite faire face à plusieurs risques. À court terme, elle vise à éviter les polyconsommations, les *overdoses* et les effets néfastes que peuvent avoir les drogues sur le corps à travers la proposition d'un traitement de substitution. À long terme, ce sont davantage la précarisation, ses conséquences et l'entrée dans une trajectoire addictive plus intense qui sont ciblées.

Les différentes actions répertoriées précédemment dévoilent l'une des facettes de la sécurité, à savoir la santé publique. À l'aide de cette focale, nous pouvons constater des publics cibles comme les usagers de drogues, les personnes en situations de précarité et/ou les jeunes. Les actions de sécurité destinées à un public spécifique peuvent aussi sécuriser l'ensemble de la population. De plus, certaines actions pouvant paraître différentes, en matière d'objectifs, peuvent avoir le même effet de sécurisation comme les TSO et la réduction des risques. Il y a donc plusieurs manières de sécuriser les populations à travers l'axe de la santé publique : l'information, la prévention, les outils de réduction des risques ainsi que l'entretien de l'espace public. Cependant, ces actions montrent certains manques sur le territoire en question.

### *B.2) Des actions de sécurité menées sur l'ensemble de la vie sociale et économique*

Lorsqu'il est question de sécurité, nous ne pouvons pas nous restreindre au seul état de santé physique de la population. Ici, nous allons étendre l'analyse à la vie sociale et économique des individus. L'exclusion sociale et économique est un facteur de risques lié aux trajectoires addictives. Le maintien des liens sociaux, la formation, le travail et ses conditions, le logement sont autant de domaines pouvant être dégradés par l'usage de drogue. Nous allons nous

concentrer sur cette thématique pour traiter plus exhaustivement la question de sécurité des individus.

### *Les mesures pour une réinsertion sociale*

Certaines études<sup>301</sup> ont montré qu'avant de pouvoir se soigner ou s'insérer dans la société, il fallait avoir un chez soi « sûr ». De ce constat se sont développés les programmes « *housing first* ». Selon les enquêtes menées sur la fréquentation des CAARUD, l'une des spécificités du territoire rochelais est que les personnes accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogue sont des personnes sans-domicile fixe. Ainsi, l'une des conditions qui ressort de l'enquête de terrain pour qu'une démarche de soin puisse aboutir est le relogement. La problématique du logement est au cœur de réflexions. Le dispositif « *Logement d'abord* », vu précédemment, ne met à disposition que quelques logements. Le processus de relogement est à très long terme en ce qui concerne cette population. Cependant, à La Rochelle, ces dispositifs sont ouverts depuis plus d'un an et ce sont toujours les mêmes personnes qui y sont logées. Nous n'avons pas encore les moyens d'analyser ce processus dans son entièreté. Dans d'autres cas, l'usager n'est pas resté dans le dispositif ; les protocoles et le règlement, semblables à ceux de la location, peuvent être difficiles à respecter. Le passage de la rue à un logement peut être compliqué quand celui-ci est conditionné par des règles telles que l'interdiction de consommations. De plus, le rythme de la rue est différent, et les liens sociaux avec le groupe d'appartenance sont plus complexes lorsque l'individu possède un logement. Cette mesure, qui n'est pas la plus développée, vise à mettre à l'abri de la rue des personnes en grande précarité. Cette sécurisation physique et morale est le point de départ d'autres mesures d'aide à la prise en charge personnelle et autonome.

Pour subvenir aux besoins primaires des personnes en situation de précarité, l'association Altea Cabestan a mis en place un dispositif de maraudes effectué par le Samu social. Si ces maraudes ne sont pas destinées qu'aux usagers de drogues, une grande partie des personnes qui font appel aux services de cette association est consommatrice de drogues. Cette mesure a pour objectif de sécuriser et de venir en aide à des populations dans le besoin. En apportant des vivres, des couvertures, les salariés du Samu social soutiennent et accompagnent

---

<sup>301</sup> PADGETT Deborah, HEYWOOD Benjamin et TSEMBERIS Sam (2015), *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems and Changing Lives*, Oxford, Oxford University Press ; PEARSON Carol, LOCKE Gretchen, MONTGOMERY Ann-Elizabeth et BURON Larry (2007), *The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with a Severe Mental Illness*, Washington, US Department of Housing and Urban Development.

ces individus. En plus de ces apports, ils ont un rôle important dans le milieu associatif. Par les interactions et les échanges quotidiens qu'ils entretiennent avec les personnes faisant appel à leurs services, ils sont des intermédiaires efficaces par leurs connaissances des différents professionnels actifs sur ce terrain. D'un autre côté, cette sécurisation des personnes en situation de précarité n'est pas forcément perçue du même œil par les habitants rochelais. Le Samu social est parfois représenté comme une structure formant des « *appels d'air* », provoquant la présence de rassemblements de populations en situation de précarité. Ainsi, un accroissement du sentiment d'insécurité peut être perçu par certains habitants. Un processus de sécurisation d'un groupe social spécifique peut donc être appréhendé d'une tout autre manière par un autre.

Nous pouvons également parler des activités proposées par les associations. Si elles ont des thèmes spécifiques tels que la place de la femme, l'*empowerment* ou encore la réduction des risques, ces activités permettent l'entretien ou la création de liens sociaux afin d'éviter une plus grande exclusion. Certaines structures ne touchent que les usagers de drogues comme le CAARUD. Cependant, le CSAPA ou les maisons de quartiers étendent leurs activités aux personnes en situation de précarité ainsi qu'à celles ayant des addictions diverses.

#### *Une action spécifique pour une réinsertion économique*

Pour accompagner une démarche de réinsertion, il faut également penser à l'éloignement de la mendicité. Pour ce faire, à La Rochelle, cette action est menée par la régie de quartier « *Diagonale* ». Gérée par les habitants, ce type de régie se trouve en territoires ruraux et/ou en quartiers « *sensibles* ». L'un des objectifs qui nous intéresse est la réinsertion. La régie recrute des habitants en situation de précarité, cent-vingt à ce jour, éligibles au CDDI (Contrat à Durée déterminée d'Insertion). Employés jusqu'à une durée maximum de deux ans, ils mettent en place des emplois dans trois domaines : la propreté urbaine, les espaces verts et le bâtiment. Ces emplois ne sont pas uniquement pour les personnes consommatrices de drogues.

Cette régie écarte d'ailleurs une partie de la population. Les sans-domiciles fixes ne sont pas souvent acceptés dans ce dispositif puisqu'il semblerait que les échecs antérieurs aient été trop récurrents. Le rythme de la rue et d'autres facteurs seraient des freins importants à la réinsertion. La première étape pour ces personnes serait, pour cette régie de quartier, le relogement. De plus, l'un des facteurs de durabilité au sein de ce dispositif est le taux d'investissement ; des évaluations régulières mesurent ce taux afin de prendre la décision de les garder ou non au sein de ce travail. Néanmoins, cette mesure permet aux bénéficiaires d'obtenir un salaire ainsi qu'une expérience et une augmentation ou une confirmation des capacités pour

une réinsertion à long terme. Cette action spécifique vise à mettre à l'abri le groupe cible face au risque d'une plus grande précarisation et permet, à court et moyen terme, d'éviter l'exclusion économique.

L'exclusion est un risque encouru par les trajectoires addictives perçues comme problématiques. Les actions menées sur cette thématique sur le territoire rochelais montrent que la sécurisation des personnes en situation de précarité passe par une pluralité de domaines. La sécurisation visée par cette amélioration est plus spécifique que celle passant par la santé publique. Elle cible davantage une population précise. Cette sécurisation n'est pas forcément perçue comme telle par l'ensemble de la population.

#### *Des actions de sécurité par la tranquillité publique*

Pour finir cette réflexion autour des actions de sécurisation, nous allons parler de ce qui a trait à la tranquillité publique. Ces actions sont essentiellement menées par les acteurs issus du domaine communal, dont la police, et étatique. Si les précédentes actions étaient menées par le biais de l'axe de la réduction des risques au sens large du terme, ces dernières se rapprochent davantage de l'axe répressif.

#### *Les mesures policières nationales*

En matière de sûreté publique, l'action principale menée au niveau national pour éviter les risques liés aux drogues est la pénalisation. Les drogues classées "stupéfiants" sont considérées comme illégales. De ce fait, elles font l'objet de sanctions diverses par la police nationale telles que la confiscation, la verbalisation ou la peine d'emprisonnement. Ces pénalisations sont effectuées lors de la possession ou de la consommation d'une substance. Ces sanctions sont applicables à toute la population dans le but de limiter ces consommations et les trafics qu'elles entraînent. Ces peines ont un objectif dissuasif. Les consommations de drogues peuvent entraîner des conduites à risques. En limitant les consommations par l'illégalité, les autorités souhaitent sécuriser l'individu et le collectif. Les conséquences sont tout autres puisque, dans la théorie comme dans la pratique, cette prohibition n'a pas les effets escomptés. Cette action, menée par l'idéologie conservatrice, en plus de ne pas éradiquer les drogues, conduit au processus inverse en éloignant le public consommateur. En effet, elle induit des comportements rapides et cachés et donc « à risque » ainsi que la création d'une distance avec ce groupe. Ces sanctions seraient, sur le territoire rochelais, appliquées de manière inégalitaire. Si les agents de police affirment que ces amendes sont davantage utilisées envers les publics festifs et

« *insérés* », une structure sociale rochelaise infirme cette idée par les retours des usagers lors de leurs actions.

### *Les mesures des polices rochelaises*

Toujours par le biais de la dissuasion, la police municipale et la police nationale effectuent des maraudes sur le territoire rochelais. À pied, à vélo ou en voiture, des équipes sillonnent les rues. La police municipale reste davantage dans l'hyper-centre, tandis que la police nationale fréquentera les périphéries. Ces maraudes ont plusieurs objectifs : la dissuasion de commettre des délits dont l'usage de drogues, et la présence comme promesse et sentiment de sécurité. Néanmoins, si la présence policière peut rassurer une partie de la population, elle peut également être vécue comme un contrôle et une restriction des libertés.

Dans les faits, ces maraudes impactent davantage un groupe social spécifique que sont les personnes en situation de précarité. Ces personnes, par les multiples interactions, verbalisations et évictions auxquelles elles font face, se sentent ciblées par la police municipale. Ainsi, ce groupe évite ces contacts en se dispersant et en s'éloignant du centre-ville. Ces actions auraient donc pour cible un groupe social perçu comme « *gênant* » par une partie des habitants du territoire. De ce fait, le risque évité ici est fictif puisqu'il concerne plus la préservation de l'image de la ville qu'un risque sanitaire ou physique. L'action vise un groupe spécifique ; pour autant, elle est initiée pour les habitants et les touristes de la ville.

En ces termes, une autre mesure possède ces mêmes effets paradoxaux. La police municipale possède, depuis trois ans, des caméras de surveillance. Celles-ci sont nombreuses et placées de manière méthodique suite aux différents résultats des réunions du CLSPD. Tout comme l'action précédente, cela permet la surveillance, le contrôle et la protection des individus. Les caméras sont reliées directement à l'établissement de la police municipale. Deux professionnels ont pour tâche l'observation de ces transmissions ; l'une la journée et l'autre la nuit. Lors des entretiens avec les brigadiers de la police municipale, ceux-ci ont mis en avant les spécificités de ces deux périodes : le jour correspondrait davantage aux rassemblements de personnes sans-domicile fixe ainsi qu'aux procès-verbaux, la nuit aux rixes et aux risques dus aux usages de drogues. Le processus de sécurisation ici utilisé est celui de la tranquillité publique par le biais de la surveillance, de la dissuasion et du contrôle. Les risques visés sont ceux à court terme puisque ce sont des moments d'intervention précis. Cependant, à long terme, l'objectif est de diminuer les rixes, les rassemblements et les autres délits par le biais de la dissuasion.

En période estivale, la municipalité prend la décision d'éloigner les populations précaires du centre-ville vers la périphérie pour donner une meilleure image de la ville. Cet éloignement géographique peut amener la population non concernée à se sentir écartée des « dangers » des drogues. Par exemple, lors d'un entretien avec une structure rochelaise, un salarié a fait part d'un aménagement public récent. La municipalité a installé des lumières violettes dans les toilettes publiques afin de gêner les injecteurs dans leur pratique. Ces aménagements n'engagent pas forcément un déplacement de ces actes mais ne font qu'accroître les mauvaises conditions d'injection et entraver les droits de ces personnes. Ce ne serait qu'un acte répressif à court terme. Pour ces salariés, le tourisme et l'image de la ville sont les causes de ces actes répressifs.

Pour engager cette mobilité forcée, un arrêté « anti-chien » a été mis en place. L'espace public appartient à tout le monde, et l'une des manières d'éloigner ce public spécifique légalement est cette stratégie autour de l'animal de compagnie. Ces acteurs pensent montrer une ville saine et sereine. Les risques ciblés sont les mêmes que pour les maraudeurs et ne correspondent pas à une réelle menace. Ces arrêtés fonctionnent sur le long terme pendant l'été puisque le chien reste un repère important pour ces populations. Toutefois, l'espace public, s'il devient sécurisé pour une partie de la population, le devient beaucoup moins pour les personnes en situation de précarité. Cela participe de la stigmatisation de cette population auprès du public puisque les préjugés à l'encontre de ces personnes sont confortés, voire validés, par la loi. La répression est due à la criminalisation des usagers de drogue découlant de la loi de 1970 et à la stigmatisation dont ils sont victimes. Ils sont stigmatisés car leur pratique de consommation est illégale, considérée comme immorale. Beaucoup vivent dans une grande précarité et font partie des populations exclues, usagers de drogues ou non.

Il n'y a pas de droit à la ville pour tous dans un contexte de recherche d'attractivité qui passe par l'aseptisation. La répression et la criminalisation (par l'arrestation ou le déplacement des usagers) visent à améliorer le sentiment de sécurité des « autres habitants » ; elle est censée protéger l'utilisateur des risques sanitaires qu'il encoure, en lui ôtant la liberté et la maîtrise de son corps. La criminalisation est surtout facteur d'augmentation des risques pour les usagers précaires qui ne s'injectent pas dans de bonnes conditions d'hygiène en devant accélérer les gestes ou se cacher.

Pour terminer, nous allons analyser une action répressive : l'arrêté interdisant la consommation d'alcool sur l'espace public. Il a pour but de diminuer les nuisances sonores et

les rixes. À long terme, cette action est menée pour faire baisser les consommations et ainsi garder une certaine image de la ville. Si nous avons parlé des maraudes effectuées par la mairie en matière de prévention, ces maraudes sont également présentes pour restreindre les consommations par le biais de l'information. Les publics ciblés ici sont davantage les jeunes ainsi que tous les autres groupes fréquentant le milieu festif. Les interventions auprès des publics cités ci-dessus ne sont pas du même ordre et de la même intensité qu'auprès des publics précaires. La volonté de conserver le côté dynamique de la ville, apportée en partie par ces jeunes, engage des actions davantage préventives que répressives.

Nous venons de mettre en lumière une autre facette du processus de sécurisation : pour garantir la tranquillité publique, c'est davantage la voie répressive qui est choisie. Les outils se dirigent vers la surveillance, le contrôle, l'information et la dissuasion.

Pour conclure, le processus de sécurisation peut être engagé de différentes manières du fait de la polysémie de la notion de « *sécurité* ». Les actions peuvent être menées en matière de santé publique, d'amélioration de la vie sociale et économique ou encore de tranquillité.

Sur le territoire, les actions de santé publique visent les sous-groupes, comme les usagers de drogues et/ou les personnes en situation de précarité, et la population rochelaise dans son ensemble. Le processus de sécurisation des actions concernant la vie sociale et économique est davantage dirigé vers les populations en situation de précarité. Les actions menées dans le but d'une tranquillité publique possèdent deux versants : l'un pour les jeunes pour lesquels sont utilisés l'action préventive, l'autre pour les usagers de drogues en situation de précarité avec des actions plus répressives. Par ces facettes, nous remarquons une définition plus large de la sécurité. En ces termes, nous pouvons percevoir que les acteurs cloisonnent les publics et les situations, empêchant alors de penser le processus de sécurisation comme un système.

Nous voyons que cette notion polysémique peut se rapporter à un seul public spécifique, à plusieurs publics ou à seulement quelques acteurs, et engage des idéologies, des volontés différentes, pouvant créer des effets paradoxaux ainsi que des inégalités sanitaires. La répression est parfois spécifique envers la population de consommateurs de stupéfiants, par exemple avec l'interdiction de consommation, sous peine d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende ; mais elle peut aussi concerner les consommateurs d'alcool dans l'espace public comme c'est le cas dans beaucoup de villes avec des arrêtés municipaux spécifiques. Si la répression a pour objectif de sécuriser l'espace public, elle n'engage pas toutes les sécurités.

Le processus expérimental des salles de consommation à moindre risque n'est pas existant sur notre terrain. Néanmoins, elles sont présentes depuis les années 1980 dans certains pays d'Europe (dont l'Allemagne) et, depuis les années 2000, au Canada et en Australie. Ces salles sont expérimentées en France depuis 2016. La première a ouvert à Paris, la seconde à Strasbourg, celle prévue à Bordeaux ne l'a jamais été et une nouvelle est prévue à Marseille.

Ces lieux, gérés par des associations expérimentées dans la réduction des risques, offrent la possibilité à des usagers précaires de consommer leur produit dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales. En effet, ces usagers consomment dans des lieux propres, avec du matériel stérile et en présence de professionnels de santé. Cette mesure améliore la sécurité de tous : d'une part, pour tous les habitants puisqu'il y a moins de seringues jetées dans l'espace public ; d'autre part, spécifiquement pour les usagers qui n'ont pas besoin de prendre de risque en se cachant ou en se précipitant avec l'accès à des lieux adaptés (à la différence de la rue, des squats ou des toilettes publiques) et à du matériel réduisant les risques sanitaires.

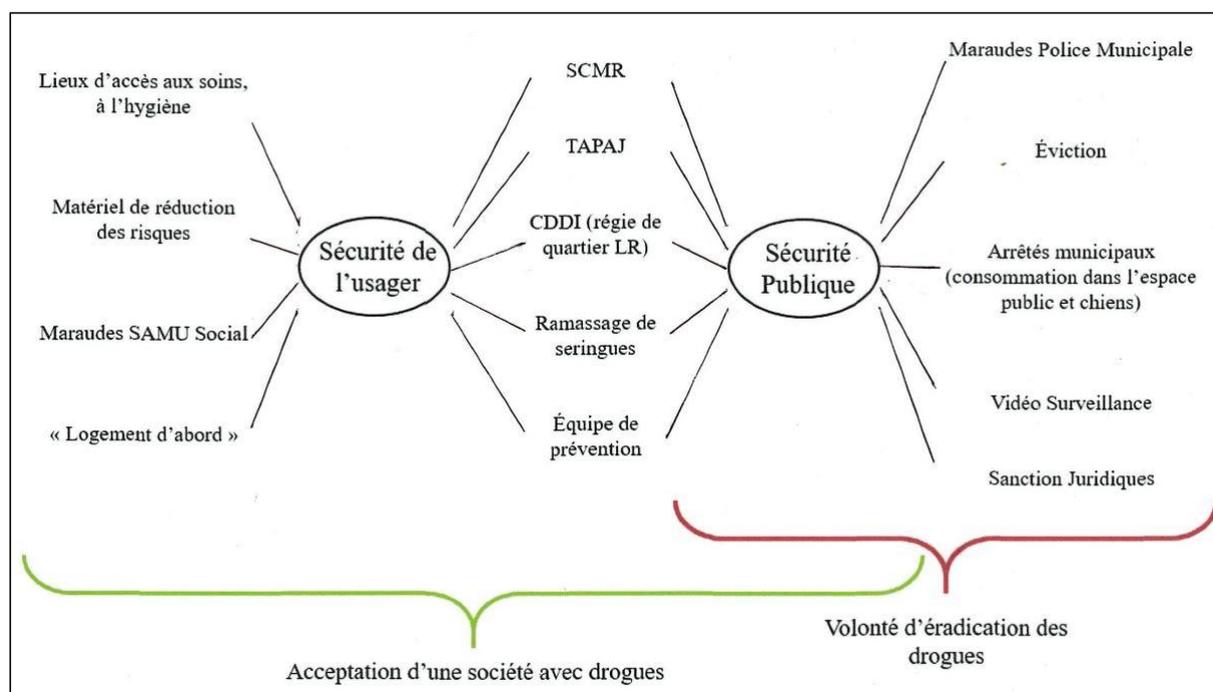
Nous aurions pu également parler du programme TAPAJ, non présent sur notre terrain. Le Travail Alternatif Payé À la Journée est un dispositif provenant du Québec qui se développe petit à petit en France. Celui-ci consiste à proposer du travail aux personnes en situation de précarité. Des partenariats sont développés avec certaines entreprises comme Auchan, ERDF, la SNCF et les mairies afin de proposer une offre d'emploi diversifiée. Les usagers peuvent s'inscrire dans un projet à plus ou moins long terme selon leurs volontés et leurs besoins. Alternative à la manche, TAPAJ propose des chantiers de quelques heures encadrées par des professionnels.

Ce dispositif propose un réel travail avec une fiche de salaire et une rémunération versée en fin de journée par des chèques emploi-service qui sont échangeables en liquide. En plus de proposer une adaptabilité complète, les membres de TAPAJ construisent, via cet outil, un accompagnement plus global en proposant des aides aux démarches administratives et aux relogement. Cette mesure permet aux jeunes bénéficiaires, dans un premier temps, de gagner un peu d'argent pour combler les besoins primaires ; à plus long terme, elle participe à leur réinsertion<sup>302</sup>.

---

<sup>302</sup> FERRÉOL Gilles et al. (2017-2019), « Évaluation multisites : perspectives croisées », in *Projet pilote : perspectives croisées sur les composantes essentielles de TAPAJ et les indicateurs de réussite : comparaison France/Québec*, MILDECA.

Figure n° 17 : Des sécurités



### C) Différents types d'émotions négatives

L'outil carte mentale développé par les membres du projet DRUSEC consiste, dans notre étude, à développer une approche spatiale des émotions. Celle-ci permettra la mise en perspective des représentations précédentes et la compréhension des enjeux des acteurs. Cette section mettra en lumière, à l'aide de cartes mentales, quatre formes de sentiments négatifs du côté des « *non-usagers* »<sup>303</sup> et quatre autres du côté des usagers enquêtés. Associés à la peur, nous les prenons en tant que sentiment parmi d'autres. Nous ne l'étudions pas indépendamment des autres sentiments telle que le plaisir. Cependant, l'utilisation de la notion de « *peur* » permet de nous éloigner du concept de « *insécurité* ». Sans être une grille d'analyse, ces classifications sont le résultat d'études des dessins cartographiques référencés à La Rochelle.

Nous avons été confrontée à différents types de sentiments négatifs. Pour objectiver la différenciation entre eux, les cartes mentales nous ont permis de mettre en évidence quatre termes qui en rendent compte : le *mépris social*, l'*anticipation compassionnelle*, la *crainte expérientielle* et l'*insécurité construite*. Cette catégorisation est constituée, non pas par rapport à l'intensité de l'émotion, mais par rapport à l'expérience ou à son absence, et par rapport à la

<sup>303</sup> Les « *non-usagers* » représentent ici les individus ne fréquentant pas les structures qui accueillent les usagers de drogues et qui sont éloignés de la grande précarité. Nous n'insinuons pas que ces individus ne consomment pas mais nous postulons qu'ils n'ont pas le même rapport à la drogue que le public de notre étude.

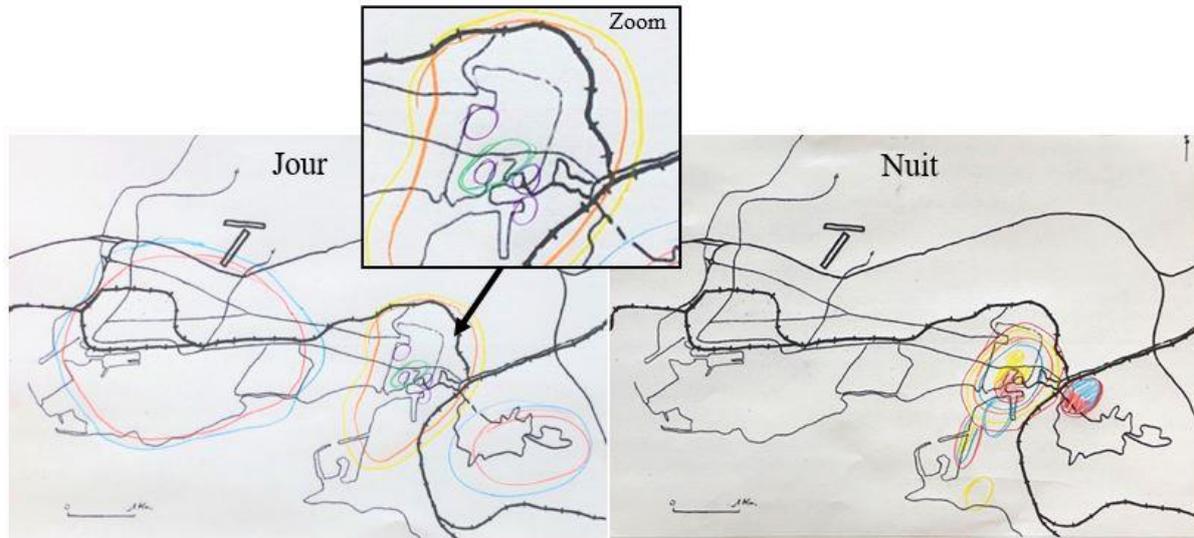
position sociale relative du locuteur et de l'objet de la peur. Ainsi, elle est caractérisée par plusieurs facteurs comme la hiérarchie, l'hostilité ou encore la vulnérabilité. Pour rappel, ce recueil donne accès à des éléments recueillis auprès d'habitants et de sortants nocturnes/diurnes.

### *C.1) Les émotions négatives des usagers de la ville*

Le postulat de départ, quant à ces catégorisations, ressort des cartes mentales. Le mépris social correspond à une répulsion des individus envers une catégorie de personnes composée de « *marginiaux* ». Beaucoup d'enquêtés montrent une répulsion face aux populations marginalisées qui seraient alcoolisées. Ainsi, leurs itinéraires seraient modifiés par des stratégies d'évitement selon les moments urbains. D'un autre côté, ce mépris est plus présent en journée ou en début de soirée que pendant la nuit. Ce sentiment masquerait « *une crainte pour soi* », façonnée soit par l'expérience, soit par une insécurité préconstruite. Il possède un ancrage spatio-temporel que nous avons pu mettre en évidence avec le diagnostic géographique que ces cartes nous donnent à voir.

Pour ce qui est de la temporalité, une grande partie des interviewés ont parlé d'un découpage jour/nuit concernant ces émotions. Lorsqu'un enquêté faisait part de ce séquençage, nous lui proposons de créer une carte spécifique pour la temporalité nocturne. La plupart commencent cette cartographie autour de la journée, certainement par rapport à la temporalité dans laquelle nous nous trouvons au moment de ce travail. Les émotions et leurs spatialisations sont modifiées en fonction de cette temporalité. Le jour, les espaces évoqués s'étendent sur l'ensemble du territoire rochelais tandis que la nuit, nous voyons cette échelle se restreindre au centre-ville, voire au port. Cette spécificité est visible dans la carte n° 15 entre l'image de gauche, correspondant au jour, et l'image de droite, à la nuit. La crainte face aux populations marginales se construit, en partie, par rapport à la mendicité. Les individus ne souhaitent pas être sollicités et préfèrent éviter ce type de population pour s'écarter des incitations qui seraient liées à la consommation d'alcool. Ce mépris social se déplace vers d'autres populations pour une partie des enquêtés lorsque nous changeons de temporalité. Certaines personnes disent que cette période nocturne laisse place à des étudiants parfois trop alcoolisés, ce qui conduirait à un certain mépris de la part des enquêtés les plus âgés. Pour les répondants les plus jeunes, ce mépris social disparaît la nuit du fait, selon eux, de la dissipation des « *marginiaux* » au sein de la population festive. Cette caractéristique est perceptible sur la carte n° 15, où nous constatons la disparition de l'émotion correspondant au dégoût lors du passage entre le jour et la nuit.

**Carte n° 15 : Carte mentale d'un usager de la ville de La Rochelle : dissipation de l'émotion correspondant au dégoût lors du passage du jour à la nuit**



Émotions négatives (intensité croissante)

- Inquiétude
- Dégoût
- Hostilité

Émotions positives (intensité croissante)

- Détente
- Plaisir
- Bonheur

Source : Carte mentale, usager de la ville, 23 ans, genre masculin, La Rochelle, 2018.

Toutefois, certains ressentent cette émotion négative par rapport aux usagers de drogues (en dehors de l'alcool). La représentation de l'alcool par rapport aux autres drogues est ici façonnée par rapport aux effets psychotiques et à la dangerosité construite dans leurs schémas de perceptions. De plus, nous constatons que l'usager, consommant d'autres drogues que l'alcool, représenterait, pour certains enquêtés, des individus ancrés dans une trajectoire plus addictive ; les consommateurs de drogues, hors alcool, seraient des consommateurs plus réguliers et plus dangereux. Ceux-ci n'auraient pas la volonté d'utiliser les drogues uniquement de manière récréative et seraient « méprisables » du fait d'une certaine faiblesse face aux consommations excessives : « On les reconnaît les drogués, ils sont lamentables en fin de soirée mais pas comme quand on boit de l'alcool, c'est, c'est différent. Ils ne savent pas se contrôler, ils n'ont pas de volonté » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2018).

Au contraire, l'anticipation compassionnelle renvoie aux autres. L'inquiétude est le sentiment ressenti par les individus envers autrui. Dans cette partie, la féminité est une focale

qui ressort. Que l'enquêté soit féminin ou masculin, les personnes interrogées insistent sur le fait que les femmes ont plus de risques dans certains lieux/temps et conseillent à ces dernières de s'en détourner : « *Je pense que les filles ont plus peur, elles ont raison, c'est plus dangereux pour elles. Les mecs alcoolisés, les clodos qui boivent, ils sont dans des états des fois. On s'demande qu'est-ce qu'ils prennent* » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2018). Comme pour le mépris social, cette émotion est différente selon le contexte spatio-temporel. Le jour, montrant un espace plus large, les enquêtés mettent en évidence les quartiers « *sensibles* » comme des lieux à éviter pour les femmes.

À travers nos entretiens, cette anticipation compassionnelle est fondée sur des expériences secondaires, voire tertiaires<sup>304</sup>, ou sur des insécurités préconstruites : « *Ça se sait, il faut toujours faire attention là-bas, surtout quand on est une fille, y'a des lourds, enfin une cité quoi* » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2018). La nuit, cela rejoint le mépris social avec un déplacement de l'anticipation compassionnelle vers les femmes par rapport aux étudiants ou aux autres « *fêtards* » qui ont consommé des drogues. Par ailleurs, tous les répondants s'accordent sur un élément construisant cette anticipation compassionnelle : le « *savoir-faire* » la fête et le « *savoir-consommer* ». Ce seraient les moins expérimentés et, à l'opposé, les plus « *addicts* » qui seraient les plus dangereux. Le premier groupe, par manque d'habitude, ne connaîtrait pas ses limites et pourrait alors s'engager dans des violences dues à un état « *avancé* » de consommation. Cette représentation de l'inexpérimenté violent est cependant à relativiser. Après un discours lié à l'anticipation compassionnelle, plusieurs enquêtés modèrent leurs propos en déclarant un aspect « *ridicule* », presque « *amusant* ». Le second groupe correspondrait à des individus ayant des troubles psychologiques et psychiques « *cachés* » qui pourraient entraîner toutes sortes de violence. Ce groupe est ainsi perçu comme « *incertain* » et amène une peur pour l'entourage, surtout féminin.

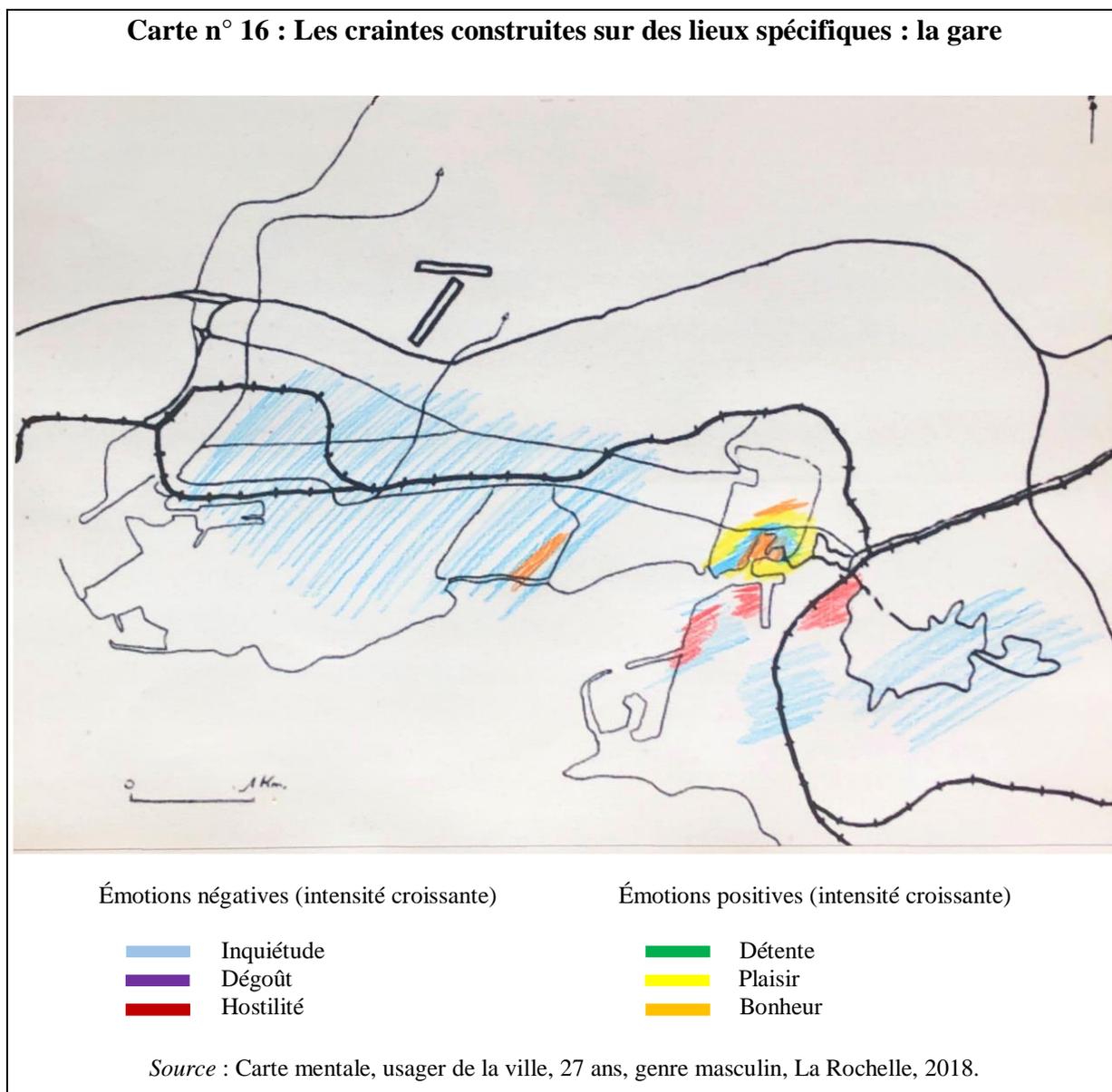
La troisième catégorie, la crainte expérientielle, est formée, comme son nom l'indique, par les expériences des individus. Après des événements qui ont pu être compliqués, les individus les gardent en mémoire et peuvent les associer à un lieu. Ainsi, à partir des expériences énumérées, certains lieux nocturnes sont contournés. Nous insistons sur le côté

---

<sup>304</sup> L'expérience secondaire correspond à une expérience vécue par une connaissance de l'individu ; celle-ci n'est donc pas personnelle et provient d'un pair ou d'un membre de la famille. L'expérience tertiaire, quant à elle, est plus éloignée. C'est une expérience vécue par une connaissance d'un des pairs ou membre de la famille de l'individu. L'expérience possède ainsi un degré d'individualité plus faible que l'expérience secondaire et que l'expérience personnelle.

nocturne qui est davantage relié à cette émotion négative : « *Je ne passe plus par la rue à côté du cour du Temple, c'est la sortie des boîtes et, une fois, je me suis faite agressée verbalement, heureusement que verbalement, mais je tenterais pas ou alors vraiment accompagnée* » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2018). Ce type d'émotion est plus précis. Les vécus étant plus personnels, nous n'avons pas un échantillon assez large pour cartographier ces lieux. Il n'y a que quatre enquêtés qui nous ont fait part de cette crainte expérientielle personnelle.

**Carte n° 16 : Les craintes construites sur des lieux spécifiques : la gare**



Une dernière crainte émane de ces cartes mentales, celle qui provient des « *on-dit* ». Ces derniers peuvent résulter de la presse, d'expériences d'autres personnes ou encore de rumeurs. Nous pouvons citer des lieux types, comme la gare ou les parkings, et des rues ou places très fréquentées par la population estudiantine. Ces émotions négatives ne se restreignent pas aux

lieux rochelais mais à l'ensemble des gares et parkings nationaux. Même si les enquêtés parlent de ces lieux connotés négativement (dans l'imaginaire collectif), le discours et le dessin mettent en lumière un ressenti différent dans la réalité quotidienne. Les interventions des agents de prévention et de police dans la ville se retrouvent, par transparence, dans ces quatre émotions au niveau tant de la spatialisation que de la temporalité. Reste à savoir si ce sont ces interventions qui façonnent les émotions des enquêtés ou si ce sont les discours de ces enquêtés qui sont une base de travail pour ces intervenants.

### *C.2) Les émotions négatives des usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogues*

Nous nous sommes concentrée sur les émotions des personnes, en dehors de celles accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues. Nous allons maintenant analyser précisément celles de ce deuxième groupe d'individus que nous nommerons : « *usagers de drogues* » pour simplifier notre récit. Les émotions négatives ressenties par ces usagers sont différentes de celles de l'autre groupe : la peur juridique, « *réprimande* », la peur pour sa santé, « *sanitaire* », celle liée à la honte, « *indignité* », celle en lien avec la rencontre d'autres usagers de drogues que nous appelons « *confrontation* » et celle concernant la situation précaire, la peur du « *pillage* ». Tout comme pour le groupe précédent, la multiplication de la méthode de la carte mentale a entraîné un découpage jour/nuit évoqué lors des entretiens. Nous avons donc fait le choix de proposer la mise en place de deux cartes par interview, l'une proposant le positionnement d'émotions le jour, l'autre la nuit. Néanmoins, ce découpage est moins marqué que pour le groupe enquêté précédemment.

La « *réprimande* » est la peur ressentie par les usagers dans plusieurs lieux. Elle correspond à celle de la sanction, due à la consommation de produits illégaux mais également par rapport à l'animal de compagnie. La peur « *sanitaire* », quant à elle, concerne les lieux où l'individu sait qu'il va consommer sans penser à la réduction des risques. Elle est liée à des expériences où l'individu a déjà pris des risques sanitaires qui l'ont marqué. L'« *indignité* » est une peur intime, liée à l'estime de soi. Elle représente la honte éprouvée lors de la rencontre avec autrui. La peur de « *confrontation* » avec d'autres usagers de drogues est moins générale mais reste présente et spatialement marquée. La dernière est celle du « *pillage* ». La plupart des individus accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogues<sup>305</sup> mettent en avant

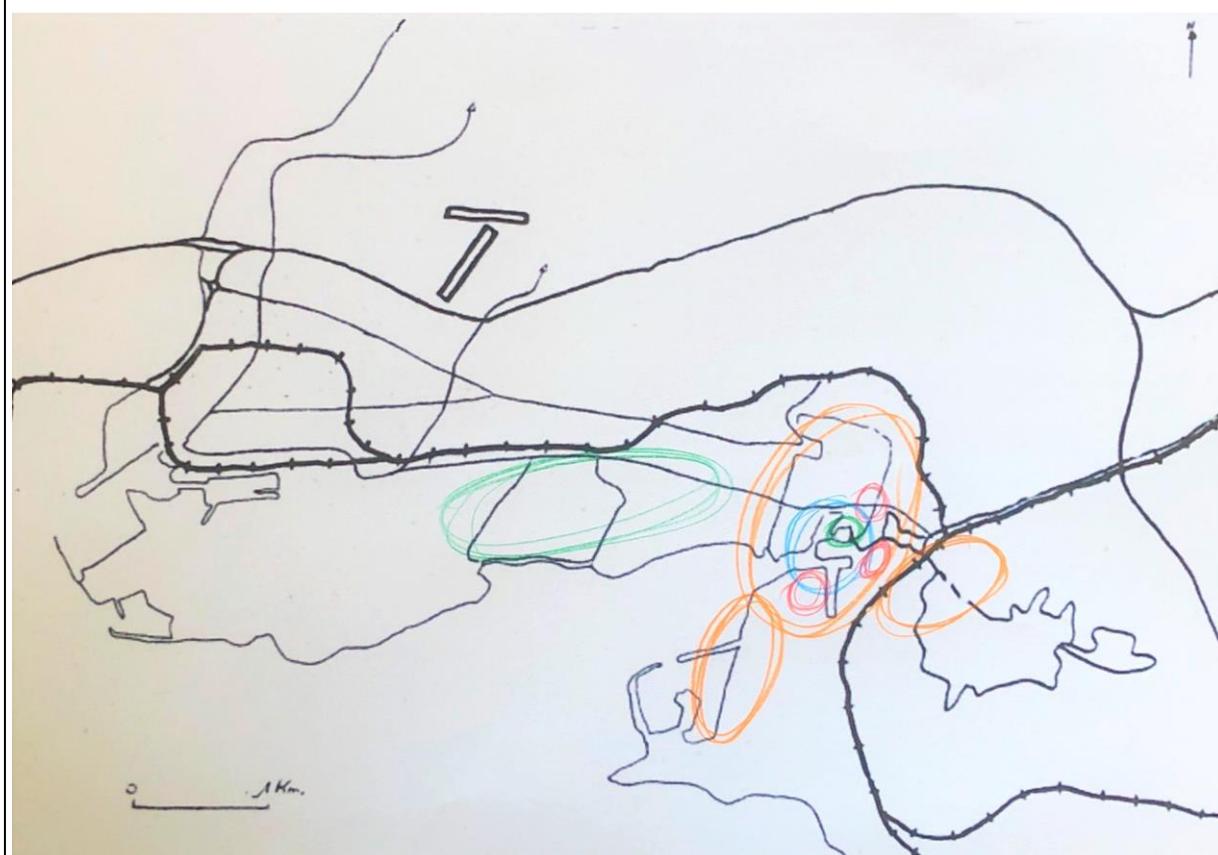
---

<sup>305</sup> Dans cette étude, une grande partie de ces usagers étaient dans une situation de grande précarité. Ils vivent dans la rue ou dans des squats. De plus, les usagers ayant participé à cette méthode étaient tous dans cette situation. Cette peur est ainsi liée à une situation précise mais générale sur notre territoire.

cette émotion liée à leurs affaires personnelles. Ainsi, le positionnement de leurs biens ainsi que la place choisie dans la rue sont fonction, entre autres, de cette peur. L'ensemble de ces peurs, contrairement au groupe précédent, sont des « *craintes pour soi* ».

Notre analyse par la méthode des cartes mentales est un diagnostic géographique. Ainsi, nous allons amener nos résultats par espace : le centre-ville, les quartiers et les lieux plus spécifiques.

**Carte n° 17 : La peur de la réprimande et indignité dans le centre-ville**



Émotions négatives (intensité croissante)

- Inquiétude
- Dégoût
- Hostilité

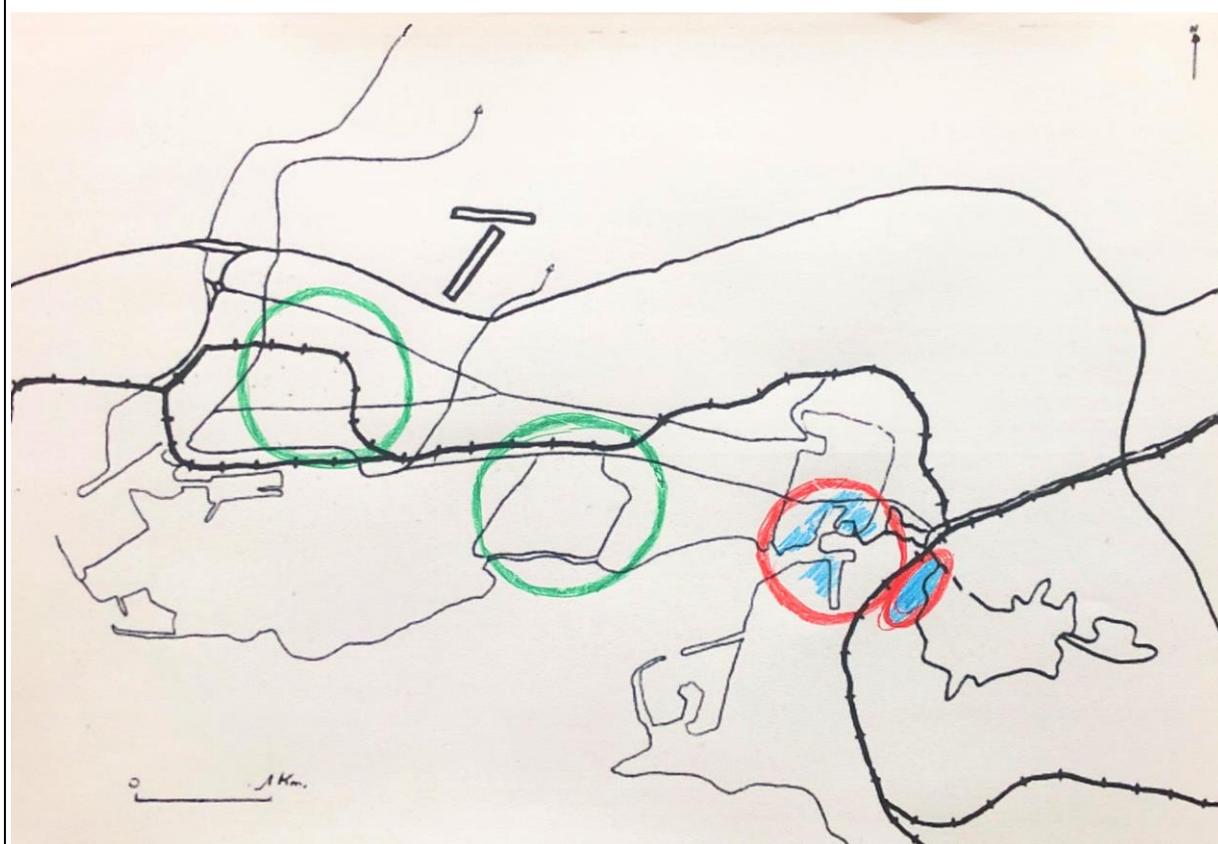
Émotions positives (intensité croissante)

- Détente
- Plaisir
- Bonheur

Source : Carte mentale, usager accueilli et accompagné dans le cadre de l'usage de drogue, 29 ans, genre masculin, La Rochelle, 2019.

Le centre-ville, de jour, était représenté, par le groupe précédent, davantage par le mépris social que par les autres sentiments négatifs. Dans le groupe des usagers de drogues, les émotions sont plus diverses. Certains pointent la peur de la réprimande ainsi que l'indignité. Celle de la réprimande est autant en lien avec la sanction provenant de l'errance qu'à celle liée à la consommation ou à la possession de drogues diverses. Celle-ci est une tendance plutôt générale par rapport à l'ensemble des usagers interviewés (carte n° 17). À l'inverse, la peur liée à la honte est davantage visible chez les plus âgés de notre échantillon : « *J'ai pas envie qu'on me regarde, qu'on me juge, ils connaissent pas ma vie mais je les comprends. Un gars de mon âge, j'suis pas vieux mais quand même, ils doivent se dire que je suis une merde* » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2019).

**Carte n° 18 : La peur de la confrontation dans des lieux de rassemblements, la nuit**



Émotions négatives (intensité croissante)

- Inquiétude
- Dégoût
- Hostilité

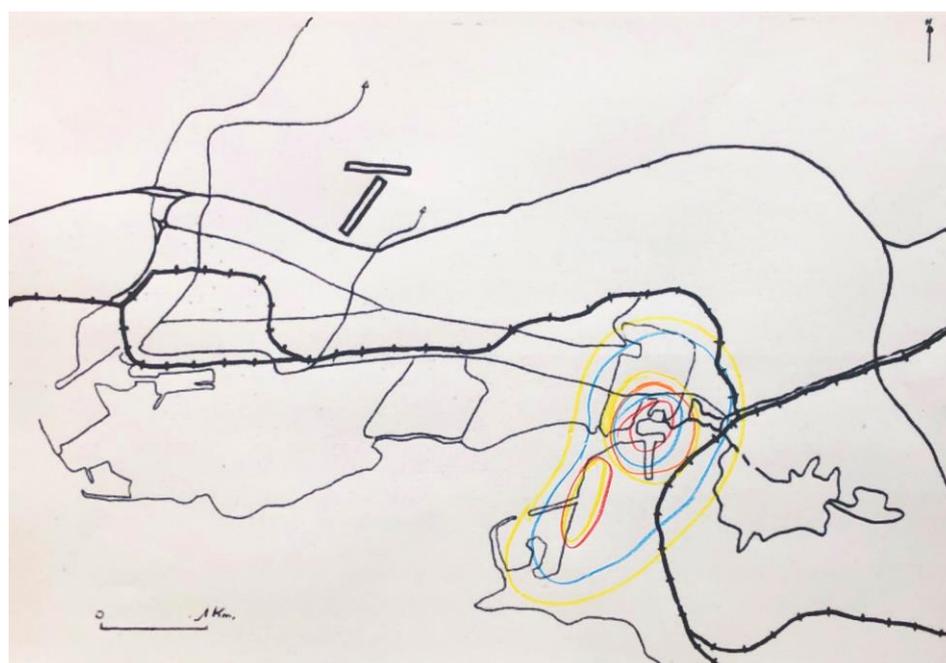
Émotions positives (intensité croissante)

- Détente
- Plaisir
- Bonheur

Source : Carte mentale, usager accueilli et accompagné dans le cadre de l'usage de drogue, 53 ans, genre masculin, La Rochelle, 2019.

Le centre-ville de nuit n'attise pas les mêmes peurs. Tout d'abord, les individus les plus âgés ne fréquentent pas le port, là où il y a le plus de rassemblement. Cette peur correspond à celle de la « confrontation ». Ces usagers ne veulent pas rencontrer les autres usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogues. Ils disent que ces rassemblements festifs attirent l'ensemble des usagers de drogues, « festifs » et ceux qui fréquentent les structures. Cette peur va de pair avec celle sanitaire due à des expériences qu'ils considèrent néfastes (carte n° 18).

**Carte n° 19 : Un assemblage d'émotions en centre-ville la nuit**



Émotions négatives (intensité croissante)

- Inquiétude
- Dégoût
- Hostilité

Émotions positives (intensité croissante)

- Détente
- Plaisir
- Bonheur

Source : Carte mentale, usager accueilli et accompagné dans le cadre de l'usage de drogue, 24 ans, genre masculin, La Rochelle, 2019.

Celle sanitaire est également présente chez les plus jeunes. Ceux-ci savent que l'engrenage de l'espace festif peuvent les amener à des polyconsommations excessives qui ont parfois entraîné une détérioration de leur santé. Néanmoins, ils évoquent davantage de ressentis positifs. Ces émotions seraient liées au fait qu'ils se confondent plus dans la masse de consommateurs récréatifs que le jour. De plus, les usagers qui fréquenteraient cet espace la nuit

seraient, pour eux, moins porteurs de jugements ; ils se sentiraient plus proches de leurs pratiques et comprendraient davantage leur situation d'« addict » : « Bah, le centre, la nuit c'est plus light, on est comme eux, ils ne font pas attention à nous. On fait la fête avec eux. Les coincés qui nous jugent, y sont pas là » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2019).

La dernière émotion, qui n'a d'ailleurs pas de découpage diurne/nocturne, est celle du « pillage ». Dans ce centre, les jeunes usagers n'ont pas cette peur ; grâce au collectif, ils arrivent à garder leurs affaires « à tour de rôle ». Les usagers plus âgés, souvent plus solitaires<sup>306</sup>, laissent transparaître cette peur dans le centre. Le passage récurrent d'individus et d'agents de police empêcherait ces usagers de laisser leurs effets personnels dans cet espace : « J'ai essayé de laisser mon sac plusieurs fois alors que j'dormais pas là, à chaque fois il me manque des trucs ou carrément on me les prend » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2019)

Les émotions négatives au sein des quartiers périphériques de La Rochelle sont moins présentes que dans le groupe des usagers de la ville non accueillis ou accompagnés dans le cadre de l'usage de drogue ; ces caractéristiques sont perceptibles dans les cartes n° 17 et n° 18. Dans ces quartiers, les plus âgés ont tendance à émettre plus d'émotions positives que négatives ; la tranquillité qu'ils apportent correspond aux attentes de ces individus. Quant aux plus jeunes, les émotions, négatives et positives, se concentrent dans le centre-ville uniquement. Ils n'ont pas de ressentis spécifiques face à ces quartiers, davantage synonymes d'ennui. Ils mettent en évidence un certain calme en journée, lorsqu'ils sont, en période estivale, contraints de fréquenter ces espaces.

Pour ce qui est des lieux spécifiques, les émotions sont totalement antagonistes à celles ressenties par l'autre groupe. La gare, perçue négativement, l'est également par ces usagers. Toutefois, ce sont les plus âgés avec une émotion négative particulière, celle de la confrontation. Cette peur serait due au fait que les consommateurs se concentreraient souvent dans cet espace. Ainsi, ne souhaitant pas rencontrer d'individus consommateurs de drogues, ils éviteraient la gare. Cette peur est en lien avec la représentation d'une « mauvaise » fréquentation. Celle-ci amènerait des tentations de consommations et d'éventuelles violences.

D'autres peurs sont présentes dans des places spécifiques, appréhendées comme des lieux de rencontres et de trafics. La réprimande et la confrontation sont les deux émotions

---

<sup>306</sup> Nous verrons cette caractéristique d'une volonté de solitude face aux autres usagers de drogues dans la partie concernant les profils.

perçues pour l'ensemble des usagers. Ces places de rassemblements seraient sujettes à des violences entre groupes différents.

Dans une autre perspective, l'hôpital est souvent marqué par une peur de la réprimande et une peur sanitaire. Cette vision assez paradoxale est due aux raisons de l'arrivée dans cet établissement. Souvent, ce sont les agents de police qui amènent les usagers dans ces lieux et, parfois, ce passage en établissement met en lumière des problèmes sanitaires dont ils n'avaient pas connaissance. Les derniers espaces ressortant par l'omniprésence d'émotions extrêmes sont les structures d'accueil et d'accompagnement à l'usage de drogues (carte n° 20). Pour les usagers les plus jeunes, ces lieux sont synonymes de plaisir. Les rencontres et les services proposés leur permettent des moments « *hors du temps de la rue* » (Entretien Carte mentale, La Rochelle, 2019). *A contrario*, les plus âgés, s'ils ressentent les bienfaits personnels de ces structures, au niveau tant psychologique que physique, mettent en évidence une tout autre émotion : l'indignité. Celle-ci ne se retrouve pas dans la structure même mais davantage aux abords, lors du passage du dehors au-dedans. Les individus ne souhaitent pas être « *étiquetés drogués* ». L'ensemble des émotions vécues entre ces deux groupes sont paradoxales. Le premier groupe estime que cette ville possède des quartiers « *sensibles* » dangereux avec un centre-ville risqué, de nuit, tandis que le second craint davantage la répression et a une représentation de la ville assez positive et calme.

**Carte n° 20 : Émotions négatives/Émotions positives dans les structures d'accueil et d'accompagnement dans le cadre de l'usage de drogues**



Émotions négatives (intensité croissante)

- Inquiétude
- Dégoût
- Hostilité

Émotions positives (intensité croissante)

- Détente
- Plaisir
- Bonheur

Source : Carte mentale, usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogue, respectivement 30 ans et 49 ans, genres masculins, La Rochelle, 2019.

À travers les lexiques utilisés par les enquêtés, nous avons mis en lumière deux hiérarchies de la dangerosité de la ville qui pourraient façonner les pratiques des divers intervenants. Sachant que notre échantillon n'est pas assez large, nous mettons de côté la crainte expérientielle du premier groupe. Ces peurs sont certainement prises en compte lorsqu'une plainte est déposée ou lorsqu'elles se multiplient autour d'un lieu précis : elles se transforment alors en savoirs plus formalisés.

La première hiérarchie est celle du premier groupe, les individus ne fréquentant pas les structures accueillantes et accompagnantes dans le cadre de l'usage de drogue. Nous voyons que le lexique le plus sévère concerne l'anticipation compassionnelle avec les qualificatifs suivants : « *danger* », « *pitoyable* », « *inacceptable* » ou encore « *prison* ». En second plan, nous avons l'insécurité construite qui est illustrée dans un registre assez « *dur* » mais qui est surtout récurrent. Enfin, c'est le mépris social qui se trouve être vécu comme une peur plus superficielle. Ce lexique, du plus « *sévère* » au plus complaisant, montre que ces usagers mettent en avant les peurs pour autrui, puis celles pour soi et enfin le « *dégoût* ».

La hiérarchie des intervenants, ici les agents de la police municipale et le service Tranquillité Publique, est inverse : le mépris social, l'insécurité construite et enfin l'anticipation compassionnelle. Nous avons construit cette hiérarchie à partir des entretiens et des pratiques de ces individus. Nous voyons que, dans ce cas, la question de l'image de la ville est très présente ainsi que la volonté de combler les besoins de sécurité. Ce sont d'ailleurs ces mêmes pratiques qui renforcent et justifient les peurs des usagers de la ville.

Notre étude s'engage dans la compréhension des politiques de réduction des risques, de leurs enjeux, ainsi que de leurs réceptions. Nous avons focalisé notre attention sur les représentations des usages de la ville et celle des structures dans le domaine de l'addictologie, à travers la spatialisation des émotions.

Ces éléments ont un rôle dans les interventions municipales et policières parce que ces perceptions construisent les interventions mais aussi parce qu'elles en sont le reflet. Même si les hiérarchisations des intervenants (agents de la police municipale et du service Tranquillité Publique) et des usagers de la ville diffèrent, leurs perceptions ne sont pas antagonistes. En revanche, les usagers de drogues ont des représentations paradoxales par rapport à celles de ces deux groupes. Ces usagers ne mettent pas en évidence d'insécurité construite puisque leurs émotions sont plus individuelles, personnelles et expérientielles. De plus, ils ne peuvent pas

intégrer entièrement ces perceptions façonnées puisqu'ils sont, en partie, le point de départ de celles-ci.

### 3) Des processus d'autonomisation : des réceptions pour des pratiques

L'étude des aspects généraux de la pratique professionnelle sur le terrain rochelais a relevé des variables entrant dans la construction des stratégies d'intervention. Dans un objectif analytique, nous devons maintenant polariser notre attention sur le mécanisme précis qui nous intéresse dans notre travail de recherche, celui de l'autonomisation.

Pour explorer ce processus, nous allons débiter notre réflexion à travers sa réception par le public ciblé, les usagers de drogues. Par notre méthodologie quantitative, nous avons pu révéler plusieurs profils d'usagers au sein de deux structures principales de notre terrain : le CSAPA et le CAARUD. Nous traiterons ces différents profils afin de comprendre comment les mécanismes structurels agissent sur l'utilisateur pour ainsi décrypter ces processus à travers le regard des destinataires. Le classement de cette étape en début de partie nous paraît important pour l'appréhension de la suite de notre analyse.

En effet, après cette étude, nous examinerons les différentes manières qu'utilisent les professionnels de l'intervention pour engager le processus d'autonomisation. Nous verrons ainsi trois types d'intervention en ce sens : le travail par l'estime de soi, par l'éducation et par l'injonction. Pour comprendre ces orientations, nous mettrons en avant les différentes acceptions du vocable « *autonomie* » par les acteurs du terrain rochelais. La définition vaste et non officielle de ce vocable, au niveau tant théorique qu'opérationnel, jouerait un rôle dans la construction pratique de cette stratégie d'intervention.

Pour terminer cette partie, nous analyserons l'impact local des tentatives nationales de rapprochement du domaine médical et du domaine social. Dans cette optique, nous étudierons plusieurs éléments qui laissent transparaître cette demande mais également les paradoxes qui y sont liés.

Nous verrons ainsi les représentations des acteurs de terrain en ce qui concerne les drogues, les usagers, les objectifs des interventions et les perceptions de la ville de La Rochelle. Ensuite, nous étudierons les diverses appréhensions de la politique de réduction des risques. La définition théorique et empirique de cette stratégie sera observée à travers plusieurs variables : le type de prévention utilisé, l'inscription dans une gestion des risques ou des méfaits et l'attribution de responsabilité.

## A) Des profils d'usagers aux représentations plurielles

« C'est notre boulot, l'image d'un CSAPA chez beaucoup de toxicomanes c'est un peu comment on fait rentrer dans le rang, du côté de la loi » (Entretien, CSAPA). Selon Marylène Cardenal, Michael Apter, Henri Sztulman et Laurent Schmitt, les usagers de drogues entrent dans un profil métamotivationnel spécifique caractérisé par l'état « *paratélique* », « *transgressif* », de « *sympathie* » et « *autique* ».

Dans la théorie du renversement<sup>307</sup>, les chercheurs utilisent la variable émotion pour comprendre la construction de la motivation. Les états métamotivationnels correspondent à un degré supérieur aux motivations puisqu'ils influenceraient celles-ci comme des révélateurs généraux. Sont identifiés quatre paires d'états : *télique/paratélique* (renvoie aux désirs) : le premier envisage les objectifs comme l'élément primordial tandis que le second considère le comportement en vigueur comme dominant par rapport aux buts, ce qui l'assigne au rang de simple moyens ; *conformisme/transgression* (renvoie aux lois et aux règles) : l'état « *conformiste* » juge les règles en vigueur comme une manière de structurer les comportements alors que celui « *transgressif* » entraîne des perceptions basées sur la restriction ; *maîtrise/sympathie* (renvoie au pouvoir) : l'état de « *maîtrise* » considère les échanges dans une dimension du « *prendre ou du laisser* », tandis que celui de « *sympathie* » sur le « *donner ou recevoir* » ; *autique/alloïque* (renvoie aux liens) : le premier entraîne une considération de soi séparé et distinct dans le cadre de l'expérience des relations avec des individus ou des objets, alors que l'état « *alloïque* » fait entrer la personne dans une identification à autrui. Cette dernière paire est d'ailleurs le reflet de l'activité addictive. Si les usagers de drogues entrent, pour la plupart, dans ce profil, l'ensemble de ces états ainsi que la motivation sont des éléments à prendre en compte dans la réception des messages. Ici, nous nous intéressons aux interventions basées spécifiquement sur l'autonomisation.

**Tableau n° 37 : Description de l'échantillon (Méthode quantitative)**

| Informations | CSAPA       | CAARUD      |
|--------------|-------------|-------------|
| <b>Sexe</b>  |             |             |
| Homme        | 24 (85,7 %) | 11 (78,6 %) |
| Femme        | 4 (14,3%)   | 3 (21,4 %)  |

<sup>307</sup> La théorie du renversement est centrée sur l'expérience du sujet et veut montrer comment les décisions individuelles n'obéissent pas nécessairement aux préférences rationnelles. Alors, elle peut être considérée et utilisée comme une théorie de la motivation.

|                     |             |            |
|---------------------|-------------|------------|
| <b>Âge</b>          |             |            |
| 18 à 30 ans         | 11 (39,3 %) | 6 (42,9 %) |
| 30 à 40 ans         | 9 (32,1 %)  | 4 (28,6 %) |
| 40 à 50 ans         | 4 (14,3 %)  | 3 (21,4 %) |
| 50 à 60 ans         | 3 (10,7 %)  | 1 (7,1 %)  |
| Plus de 60 ans      | 1 (3,6 %)   | 0 (0 %)    |
| <b>Vous habitez</b> |             |            |
| Amis                | 2 (7,1 %)   | 3 (21,4 %) |
| Chez vous           | 6 (21,4 %)  | 2 (14,3 %) |
| Famille             | 6 (21,4 %)  | 0 (0 %)    |
| Institution         | 2 (7,1 %)   | 4 (28,6 %) |
| SDF                 | 4 (14,3 %)  | 1 (7,1 %)  |
| Squat               | 8 (28,6 %)  | 4 (28,6 %) |

*A.1) Les profils des usagers du CSAPA*

**Tableau n° 38 : Profils différents pour la structure CSAPA : les questions utilisées pour la détermination des profils de la structure CSAPA :**

- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
- Depuis quand fréquentez-vous ce lieu ?
- Êtes-vous venu(e) ici par obligation ?
- Vers qui je m'oriente ? [On m'oriente, ce n'est pas mon choix]
- Votre implication dans le CSAPA (précisez) : [Je participe souvent aux activités]
- Votre implication dans le CSAPA (précisez) : [Je ne participe jamais aux activités]
- Aimerez-vous vous impliquer davantage dans le fonctionnement de la structure ?  
[Oui]

- Combien de fois êtes-vous en contact (physique ou téléphonique) avec le CSAPA ?
  - Pour vous, le médecin devrait être : [Un confident]
- Pour vous, le médecin devrait être : [Une personne qui me laisse gérer mon traitement]
  - Pour vous, le médecin devrait être : [Un prescripteur]
  - Pour vous, le médecin devrait être : [Un informateur]
- Pour vous, un bon traitement c'est : [Quand c'est moi qui décide]
- Pour vous, un bon traitement c'est : [Quand le médecin le prescrit]
  - Votre priorité aujourd'hui concernant votre consommation :
    - Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [L'autonomie]
    - Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [De la souplesse]
    - Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [De la rigueur]

L'analyse des questionnaires a mis en évidence des profils d'utilisateurs accueillis dans les différentes structures. Dans cette section, notre objectif est la description de ces profils à partir des variables ayant donné lieu à des résultats pertinents.

Tout d'abord, nous avons observé un profil commun. La venue des utilisateurs de drogues au sein du CSAPA est en lien avec la recherche d'aide financière, d'accompagnement administratif ainsi que de soins médicaux. L'ensemble des répondants n'ont pas nommé la recherche d'information sur les droits, le logement ou encore le travail. Ce lieu est perçu, par les utilisateurs, comme une ressource médicale spécialisée dans l'accompagnement de l'addiction. L'accès à une prévention globale n'est pas mis en avant. Les autres variables ouvrent des perspectives différentes selon le répondant.

Ainsi, quatre profils, plus précis, ressortent du traitement statistique pour cette structure. Nous listerons ces profils de façon hiérarchisée à partir du degré d'autonomie. Nous débuterons par les profils les plus dépendants pour finir avec ceux comprenant des individus plus indépendants.

**Tableau n° 39 : Quatre profils d’usagers du CSAPA**

|                                       | <b>Profil n° 1</b> | <b>Profil n° 2</b>       | <b>Profil n° 3</b> | <b>Profil n° 4</b> |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Tranche d’âge</b>                  | 40 ans et plus     | 18-30 ans                | 18-30 ans          | 30-40 ans          |
| <b>Ancrage (ancienneté)</b>           | Fort               | Faible                   | Fort               | Fort               |
| <b>Ancrage (fréquence de contact)</b> | Fort               | Fort                     | Faible             | Faible             |
| <b>Participation aux activités</b>    | Non                | Oui                      | Oui/Non            | Non                |
| <b>Souplesse/Rigueur</b>              | Rigueur            | Rigueur                  | Souplesse          | Souplesse          |
| <b>Traitement de substitution</b>     | Non                | Non                      | Oui                | Oui                |
| <b>Représentation du médecin</b>      | Confident          | Informateur/prescripteur | Prescripteur       | Prescripteur       |
| <b>Perception des contraintes</b>     | Non                | Non                      | Oui                | Oui                |
| <b>Dépendance à la structure</b>      | Oui                | Oui                      | Non                | Non                |

Le premier groupe se compose de personnes se trouvant dans les tranches d’âge les plus élevées de notre échantillon, c’est-à-dire des 40-50 ans jusqu’à celle des 60 ans et plus. Ces individus paraissent ancrés dans la structure par rapport à l’enracinement lié à la durée (plus de six mois et plus d’un an de présence dans cette structure) et à la fréquence de contact. Toutefois, ils ne souhaitent pas s’investir dans la structure en dehors de leurs rendez-vous, que cela soit pour partager leurs expériences ou pour participer à des activités. Au sein du CSAPA, ils recherchent de la rigueur par le biais de règles et de protocoles.

Cet ancrage et cette demande de discipline pourraient laisser envisager le caractère dépendant de ces personnes face aux professionnels. Ces usagers ne sont pas suivis dans le cadre d'un traitement de substitution. Nous supposons donc qu'ils sont accompagnés pour l'une des addictions suivantes : alcool, cannabis, cigarette ou tout autre drogue hors opiacés. Pour ce qui est de l'aspect sanitaire, les représentations du personnel médical nous paraissent pertinentes à questionner. Pour ce groupe, le médecin constitue un confident auquel l'utilisateur peut raconter son quotidien, ses situations et ses problèmes. Cette structure comporte plus de bénéfices que d'inconvénients : les bénéficiaires trouvent plus d'arguments favorables que défavorables concernant le CSAPA. Les éventuelles contraintes structurelles sont mises de côté, supplantées par le soutien qu'apportent les professionnels aux individus entrant dans ce profil.

Le deuxième profil est constitué d'individus plus jeunes puisqu'ils se situent dans la tranche des 18-30 ans. Contrairement au profil précédent, ils ne prônent pas explicitement une demande de discipline et de rigueur. Toutefois, dans certains questionnements, ils émettent l'idée que l'importance d'un bon accompagnement se mesure au seuil d'exigence et aux attentes face au public. Par ces interrogations, nous remarquons qu'inconsciemment, ces personnes cherchent de la rigueur au sein d'une structure. Elles sont dans des addictions similaires à celles du profil précédent puisqu'elles ne sont pas sous traitement de substitution. Néanmoins, elles sont assez peu ancrées dans la structures ; les enquêtés ont répondu qu'ils fréquentaient la structure assez souvent mais qu'il n'y était que depuis moins de six mois.

Ce faible ancrage n'empêche pas ces usagers de souhaiter participer aux activités et faire de multiples rencontres. Ils sont effectivement dans une volonté de partage. La figure du médecin représente, à leurs yeux, un prescripteur et un informateur, non un confident. Leur dépendance à la structure est alors assez importante mais les raisons sont différentes : rencontre, partage, conseil de spécialiste. Comme le profil n° 1, ils voient plus les bénéfices de la structure que les inconvénients.

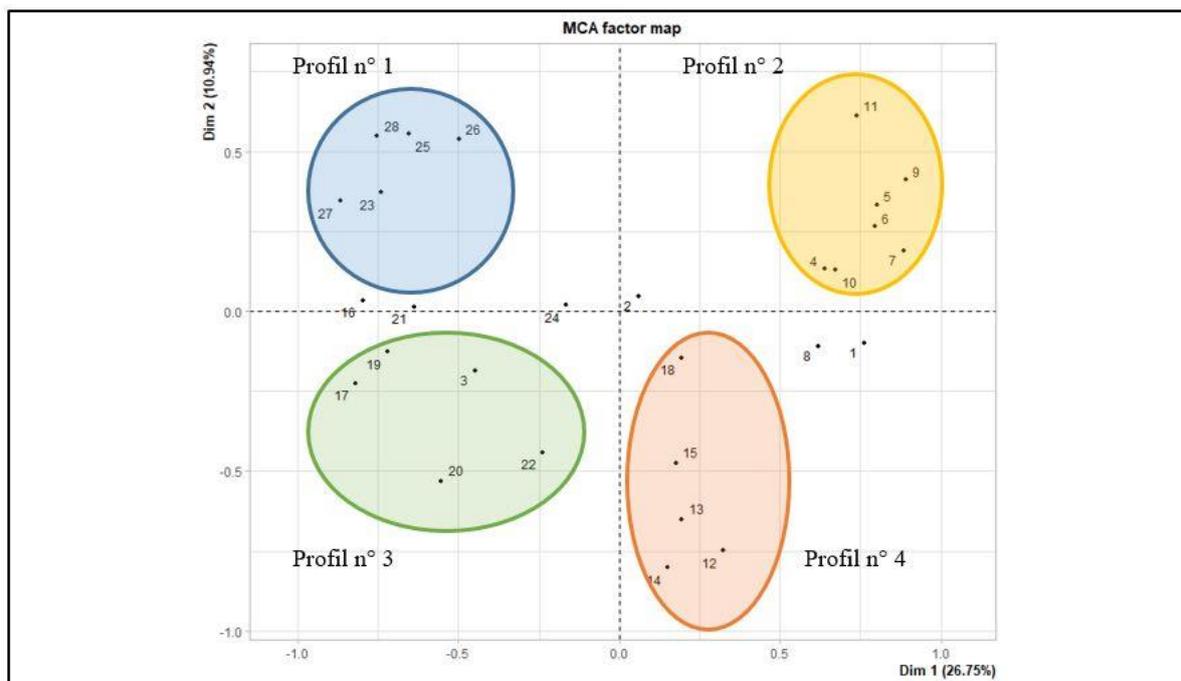
Dans cette même tranche d'âge, un autre profil apparaît. Ces individus sont ancrés dans la structure mais davantage en matière d'ancienneté que de contact. En effet, ils fréquentent le CSAPA depuis plus d'un an mais ne sont pas beaucoup en contact avec les professionnels mis à part pour les rendez-vous dits « *obligatoires* ». Ces convocations se font dans le cadre du TSO. Ces usagers sont sous traitement et certains rendez-vous sont imposés dans ce cadre. Ce type de protocole est désigné comme l'une des contraintes de la structure. Ces mêmes contraintes sont un obstacle à la participation de ces usagers aux activités proposées. Ce ne sont

pas les activités elles-mêmes qui ne tentent pas ces individus mais le cadre d'action. Cette rigueur n'est donc pas ce qu'ils cherchent, même s'ils insinuent qu'elle peut être favorable dans certains cas. Le médecin est perçu comme un prescripteur uniquement dans le cadre du TSO.

Le dernier profil est constitué d'utilisateurs de 30 à 40 ans. Très ancrés dans la structure par rapport à l'ancienneté, ils n'ont, en revanche, que très peu de contacts en dehors des rendez-vous obligatoires. Comme pour le profil précédent, ils sont sous traitement de substitution, ce qui les oblige à rencontrer des professionnels selon un calendrier fixé par les exigences juridiques. Ils se concentrent uniquement sur des contraintes en termes d'injonctions, de protocoles administratifs. À l'inverse du profil précédent, ils ne portent aucune importance aux activités proposées, qu'elles soient au sein de la structure ou non. Le médecin est vu également comme un prescripteur et non comme un confident ou un informateur.

Par l'ACM, dans la figure n° 18, ces profils sont visibles même s'ils paraissent assez hétérogènes<sup>308</sup>. Le nombre de variables choisies a impacté ces rapprochements. Toutefois, les quatre profils dont nous avons parlé précédemment sont bien présents.

**Figure n° 18 : Carte des individus du CSAPA : représentation graphique des profils**



<sup>308</sup> Les cartes de modalités ont d'ailleurs confirmé la présence de quatre profils.

Par cette mise en relief, nous pouvons faire plusieurs constats. L'âge joue un rôle possible dans la participation aux activités de la structure ; les individus de plus de 30 ans ont une participation faible aux actions. En croisant ces données avec nos résultats, la faible participation des individus plus âgés est liée à une volonté d'isolement.

Les deux premiers groupes recherchent de la discipline. Si la demande est similaire, les raisons semblent différentes. Les plus jeunes souhaitent cette rigueur pour réussir à s'insérer dans un processus et ne pas décrocher, tandis que ceux plus âgés montrent que cette rigueur est souvent synonyme d'attachement et de soutien, valeurs qu'ils recherchent en priorité.

Le traitement de substitution semble avoir des conséquences sur plusieurs variables. Ceux sous TSO perçoivent le médecin uniquement comme un prescripteur. Cette vision restrictive est attestée par les représentations assez négatives de la structure. La rigueur structurelle mise en avant comme une contrainte est accentuée par une volonté de souplesse. Cette valeur est importante pour les deux profils sous TSO. Ces individus fréquenteraient le CSAPA uniquement pour la prescription de médicament en dépit de toutes les autres aides que peut apporter cet établissement.

Le degré de dépendance à cette structure pourrait être résumé ainsi : plus les individus recherchent de la rigueur, plus ils seraient dépendants. Le fait de ne pas être sous TSO entre également en ligne de compte. Ce degré de dépendance aurait ainsi un impact sur la visibilité des contraintes. Les usagers plus dépendants possèderaient une meilleure représentation du domaine médical dans sa globalité en voyant chez ces professionnels plus que de simples prescripteurs.

#### *A.2) Les profils des usagers du CAARUD*

| <b>Tableau n° 40 : Questions utilisées pour la détermination d'un profil commun au sein du CAARUD</b>  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Colonne U-AA :</li><li>• Colonne W : Quand je viens au CAARUD, je cherche : [Des soins médicaux ou psychologiques] : 14 sur 14 personnes ont répondu « NON »</li><li>• Colonne AA : Quand je viens au CAARUD, je cherche : [Autre] : Aucune valeur</li><li>• Colonne AB-AK :</li></ul> |

- Colonne AC : Votre implication dans le CAARUD : [Je suis volontaire bénévole] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »
  - Colonne AD : Quand je viens au CAARUD, je cherche : Votre implication dans le CAARUD : [Je participe aux réunions] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »
- Colonne AG : Votre implication dans le CAARUD : [Je suis usager(e) pair] : 14 sur 14 personnes ont répondu « NON »
- Colonne AI : Votre implication dans le CAARUD : [J'aide à l'organisation d'actions] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »
  - Colonne AJ : Votre implication dans le CAARUD : [Je parle du développement de la structure] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »
- Colonne AK : Votre implication dans le CAARUD : [Je participe aux colloques autour de la réduction des risques] : 14 sur 14 personnes ont répondu « NON »
- Colonne AM : Avez-vous rencontré d'autres personnes dans votre situation : 12 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne BB-BI :
- Colonne BC : Quand vous venez chercher du matériel : [Je demande des explications] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »
  - Colonne BD : Quand vous venez chercher du matériel : [Je demande s'il y a des nouveautés] : 12 sur 14 personnes ont répondu « NON »
    - Colonne BR-BW : exclues car trop de N/A
    - Colonne BY-CF : exclues car trop de N/A
- Colonne CH : Dans cette structure, les professionnels vous laissent-ils autonomes ? : 13 sur 14 personnes ont répondu « Oui et cela me convient ».
  - Colonne CJ-CP :
- Colonne CJ : Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [L'autonomie] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »

- Colonne CL : Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [Juste un traitement] : 14 sur 14 personnes ont répondu « NON »
  - Colonne CM : Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [Des informations] : 12 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne CO : Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [De la rigueur] : 13 sur 14 personnes ont répondu « NON »
- Colonne CS-CX :
- Colonne CS : Vous manque-t-il des choses dans cette structure ? [Informations sur les traitements] : 12 sur 14 personnes ont répondu « NON »
  - Colonne CT : Vous manque-t-il des choses dans cette structure ? [Matériel de réduction des risques] : 14 sur 14 personnes ont répondu « NON »
  - Colonne CU : Vous manque-t-il des choses dans cette structure ? [Le non-jugement] : 14 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne CV : Vous manque-t-il des choses dans cette structure ? [Des activités, des ateliers] : 14 sur 14 personnes ont répondu « NON »
- Colonne DD-DK :
- Colonne DD : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CSAPA : [Écoute] : 12 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne DM : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CAARUD : [Non-jugement] : 14 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne DN : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CAARUD : [Confiance] : 12 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne DO : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CAARUD : [Ouverture d'esprit] : 14 sur 14 personnes ont répondu « OUI »
  - Colonne DP : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CAARUD : [Autonomie] : 14 sur 14 personnes ont répondu « OUI »

• Colonne DR : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CAARUD : [Réduction des risques] : 14 sur 14 personnes ont répondu « OUI »

• Colonne DS : Veuillez cocher "oui" ou "non" si la valeur est représentée au sein du CAARUD : [Relation professionnel/usager égalitaire] : 13 sur 14 personnes ont répondu « OUI »

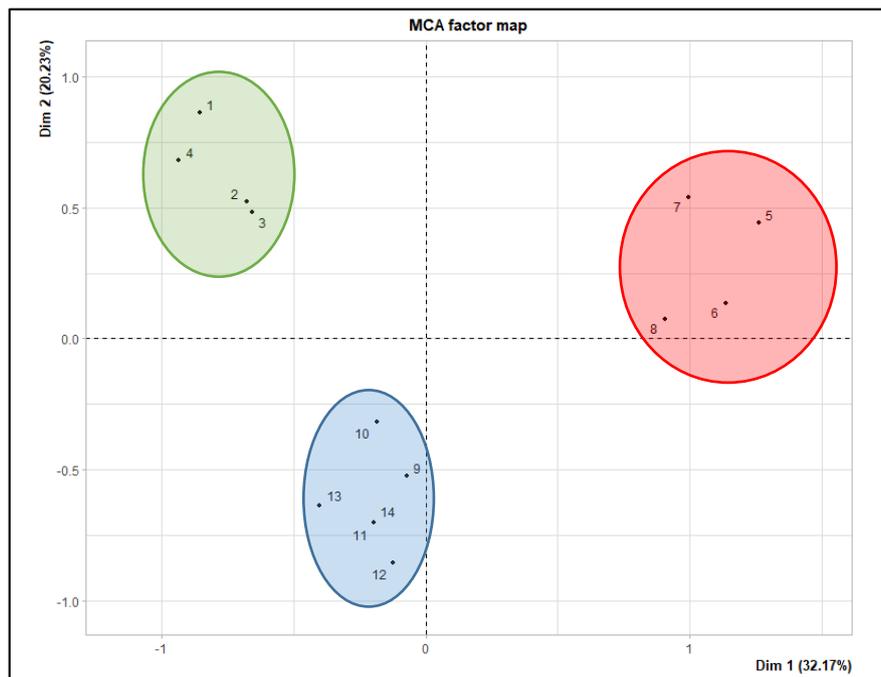
Le profil commun des usagers de drogues accueillis et accompagnés au sein du CAARUD est plus détaillé que celui défini pour le CSAPA. Le dispositif CAARUD possède une autre vocation que le centre de soin. De ce fait, tous les participants qui viennent au CAARUD ne cherchent pas de soins médicaux, ni de soins psychologiques. Tous visitent le CAARUD pour le matériel, même si leur rapport à ces outils et aux professionnels est différent. Dans cette structure, les usagers ne recherchent ni la rigueur, ni la souplesse ; ils ne désignent aucune contrainte, et les valeurs que les participants à l'enquête ont appréciées au CAARUD sont l'écoute, le non-jugement, la confiance, l'ouverture d'esprit, l'autonomie et la relation professionnel/usager égalitaire.

L'ensemble des éléments précédents sont communs aux répondants. Au sein de ces variables, certaines singularités subsistent et forment trois groupes dissociables (Figure n° 19). À travers la carte des individus (*cf.* Figure n° 20), nous avons accès aux caractéristiques plus précises de ces trois profils.

Le premier se compose d'individus de 40 à 50 ans ; c'est le groupe constitué des personnes les plus âgées de notre échantillon. Ces usagers viennent à la structure uniquement pour se fournir en matériel de réduction des risques ; ils sont très axés sur la réduction des risques matériels. Ils ne restent pas en collectif et correspondent aux individus qui évitent toute rencontre de professionnels ou d'usagers. Nous pouvons superposer nos observations participantes ; de celles-ci ressortent une crainte des individus entrant dans ce profil ; pour illustrer, ce sont des personnes qui vont frapper à la fenêtre et non à la porte pour ne pas être remarquées, qui vont « *raser les murs* » jusqu'au bureau de distribution de matériel ou qui, parfois, demandent si elles peuvent avoir le matériel directement par la fenêtre afin de ne pas rencontrer d'autres usagers. Souvent plus insérées socialement (logement personnel, travail), elles ne veulent pas être en rapport avec des usagers plus précaires. Cette crainte n'est pas personnelle mais provient d'une peur du « *laisser aller* » ; elles sont souvent passées par l'étape de la rue et de la grande précarité et ont peur d'y retourner. Dans ce sens, elles ne participent

jamais aux activités organisées par le CAARUD, qu'elles soient internes ou à l'extérieur de la structure. Malgré ces différents évitements, elles ont tous rempli le questionnaire avec un professionnel. En dépit de cet isolement, leur priorité principale est de se faire aider. Toutefois, un programme comme AERLI ne leur convient pas puisqu'elles trouvent cela trop intrusif. Elles préfèrent les dispositifs comme les TSO, proposés par le CSAPA pour lequel, d'ailleurs, elles ont de très bonnes représentations.

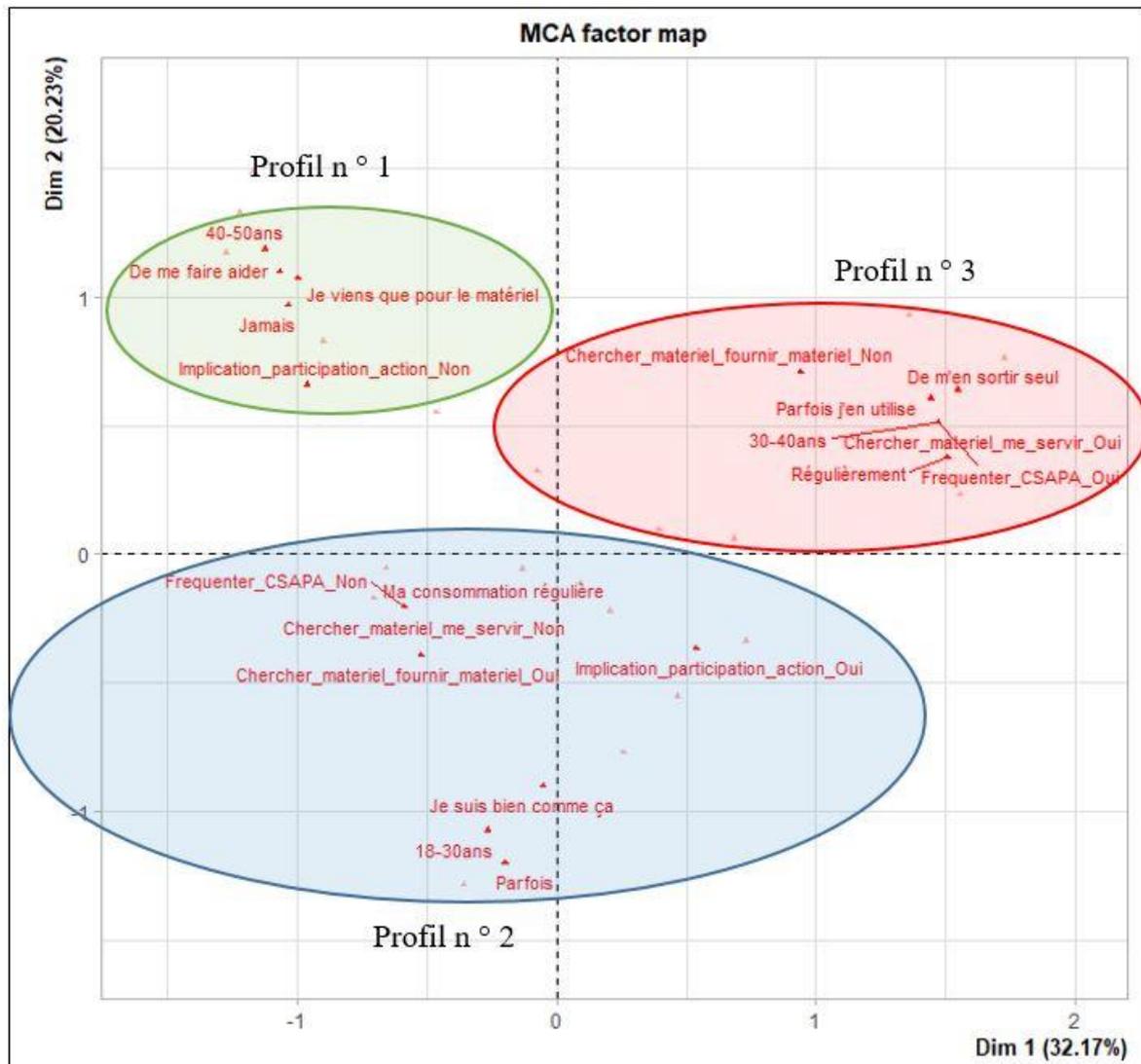
**Figure n° 19 : Trois profils extraits du questionnaire des usagers du CAARUD**



À l'inverse du premier profil, le deuxième est composé des individus les plus jeunes de notre échantillon, c'est-à-dire les 18-30 ans. Les priorités, lorsqu'ils viennent au CAARUD, sont assez diverses : le besoin de rencontre, de passer du « *bon temps* » ou encore se fournir en matériel. Nous ne voyons pas une hiérarchisation de ces priorités. Elles s'inscrivent ainsi dans une démarche que nous pourrions nommer « *intermédiaire* » en ce qui concerne la réduction des risques. Sont utilisés certains outils, matériels et immatériels, de manière ponctuelle. Cette demi-mesure est également présente en matière de participation aux activités. Si ces jeunes fréquentent quelques ateliers, ces engagements ne sont pas catégoriques. Le besoin de rencontre et d'échange est très présent. Ce constat est accentué par la technique de remplissage choisie, celle de l'aide d'un tiers. Les compromis utilisés par ces usagers se manifeste dans le jugement du CSAPA. S'ils évaluent de manière positive le CAARUD, le CSAPA est perçu comme une structure avec autant de bénéfices que d'inconvénients. Contrairement au profil précédent, le

programme AERLI est très bien acueilli ; ces usagers montrent l'utilité de ce type de dispositif surtout en matière de partage d'expérience. Les bienfaits seraient autant pour eux que pour les professionnels.

**Figure n° 20 : Caractéristiques des trois profils extraits du questionnaire destiné aux usagers du CAARUD**



Le dernier profil regroupe des individus de 30-40 ans. Les individus de cette catégorie ont des jugements plus tranchés que le groupe précédent. Ils participent à la plupart des activités et s'engagent même dans la construction d'ateliers avec les professionnels. S'ils se fournissent en matériel de réduction des risques, leurs usages sont moins prédominants et réguliers que les précédents. Le besoin de rencontre et de partage d'expérience reste leurs priorités. Paradoxalement, le technique choisie pour le remplissage du questionnaire est individuelle.

Nous aurions pu penser que la priorisation du collectif entraînerait un remplissage avec l'aide d'un tiers.

Ces individus cumulent la fréquentation de structures. Ils sont également en contact avec le CSAPA dans le cadre d'un TSO. Leur objectif, au CSAPA, est uniquement d'accéder au traitement. Cette caractéristique aurait pu entraîner des jugements positifs sur les deux structures fréquentées. Toutefois, le résultat est inverse. Ces usagers ont un jugement assez dur envers le CSAPA. *A contrario*, ils sont très positifs pour le CAARUD.

Ces appréciations catégoriques ne sont pas présentes en ce qui concerne le dispositif AERLI. Ce groupe n'est pas opposé à ce type d'action mais il ne perçoit que les bénéfices pour les professionnels. En donnant l'accès à leurs pratiques, les professionnels pourraient accroître leurs savoirs. En revanche, ils ne décelent pas les bienfaits d'un tel dispositif pour eux-mêmes. Ces usagers donnent l'impression de ne pas avoir besoin de conseil quant à leur consommation. Ils préfèrent d'ailleurs « *s'en sortir seuls* », ou bien, considèrent qu'ils n'ont pas de problème et rejettent ainsi le besoin d'un accompagnement professionnel.

### *A.3) Une mise en perspective de ces profils, analyse et corrélations*

À partir des profils mis en avant au sein des deux structures qui s'attachent spécifiquement à l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues, nous pouvons mettre en évidence plusieurs liens de causalité. L'objectif de cette catégorisation était de faire ressortir les variables pouvant modifier l'appréhension de la réduction des risques, ses représentations et, conséquemment, comprendre sa réception. Pour cela, nous avons testé plusieurs paramètres tels que l'âge, le sexe, l'habitat, la fréquence de contact et l'ancienneté dans une structure, les besoins et les demandes des usagers ou encore leurs perceptions. Avant de mettre en perspective les éléments recueillis, nous allons consacrer une première analyse pour chacune des structures.

En premier lieu, nous cherchions à délimiter les besoins des usagers, à les superposer aux apports des structures pour mettre en lumière des corrélations. Les usagers, selon le profil dont ils sont le plus proche, ont des attentes différentes. Si nous prenons les enquêtés du CSAPA, les profils n° 1 et n° 2 font part des besoins suivants : rigueur, informations, conseils, soutiens et une fréquence de contact élevée. À l'inverse, les deux autres profils souhaitent uniquement de la souplesse et la prescription d'un traitement. En ce qui concerne le CAARUD, les individus que nous avons inscrits dans le premier profil recherchent l'isolement, du moins par rapport à la structure, un matériel de réduction des risques et un accompagnement le moins intrusif possible. Le second groupe souhaite des activités, quelques outils, matériels et

immatériels, de réduction des risques et des rencontres. Le dernier profil fréquente la structure pour ses activités, les possibilités de rencontre et de partage. Les différences entre les attentes se manifestent à travers l'établissement dans laquelle l'individu s'inscrit, et au regard de l'âge, du lieu d'habitation et de la fréquence de contact. Les attentes diffèrent des principes de l'organisation pour certains profils ; ceux-ci sont visibles par le jugement qu'ils portent sur une structure et sur la focalisation ou non des usagers sur les contraintes. Les groupes composés des individus des tranches d'âge « *extrêmes* », c'est-à-dire les 18-30 et les 40 et plus, sont ceux où nous observons un équilibre entre leurs attentes et les services proposés. Néanmoins, l'un des profils se démarque par rapport à ce constat : le profil n° 3 du CSAPA, associé à des individus de la tranche d'âge la plus basse. Ceux-ci considèrent l'offre de la structure inappropriée par rapport à leurs attentes. Nous pouvons supposer que cette contre-argumentation est en lien avec la différence notoire existant entre ce profil est celui des 18-30 ans de la même structure. L'une des divergences est l'entrée du profil n° 3 dans le TSO. Effectivement, le fait d'être suivi dans le cadre d'un TSO engendrerait des volontés uniquement basées sur la prescription du traitement.

Le thème des TSO nous permet d'explorer la réception d'un dispositif de réduction des risques mais également la thématique de l'autonomie dans la démarche de soin selon le rapport de l'utilisateur à ce traitement. Il nous renvoie aux rôles du médecin et de l'utilisateur, aux types d'application (choix ou injonction) et au degré d'imposition. Tout d'abord, ces questionnements nous conduisent aux attentes des usagers par rapport au médecin. Ces données sont précieuses dans le cadre de l'appréhension de la démarche de soin et des attitudes des usagers. Lorsqu'un individu adhère à un traitement de ce type, cela permet, en plus de réduire les risques liés aux consommations, de faire un premier pas vers le domaine du médical. Nous savons que les usagers précaires sont éloignés de ce champ et que cette démarche est alors difficile. Malgré cela, nos questionnaires montrent davantage que leur approche est très restrictive ; ils ne viennent que pour la prescription du traitement.

Les contraintes du dispositif seraient l'imposition d'un protocole défini : l'obligation de rendez-vous fixes, le manque de prise en compte des volontés des usagers sur le traitement (degré d'imposition élevé). C'est à travers la demande de définition d'un traitement idéal que ces réponses apparaissent. Toutefois, ces personnes sont conscientes des bénéfices du traitement sur les prises de risques et la diminution de leurs consommations. Le tableau, au sein du questionnaire, sur les apports des TSO met en exergue des représentations positives et l'amélioration de leurs conditions de vie depuis l'entrée dans ce dispositif.

L'imposition des professionnels aux usagers est un thème important à étudier dans le cadre du degré d'autonomie. Dans cette optique, nous devons analyser les effets de l'injonction thérapeutique sur les différentes appréhensions de la démarche de soin. Si un individu entre au CSAPA par obligation, cela modifierait-il la réception de la stratégie de réduction des risques et les représentations qu'il en a dans la structure ? Inéluctablement, la contrainte à la participation plutôt que celle provenant du volontariat joue un rôle dans la démarche, la motivation et la compréhension de l'accompagnement. 75 % des individus du profil n° 1 du CSAPA sont venus par le biais d'une injonction thérapeutique tout comme 80 % du profil n° 2. Pourtant, ces deux profils sont ceux ayant le plus d'attache à cette structure.

L'ensemble de ces analyses a pour objectif de mettre en avant les marqueurs du degré d'autonomie. Ceux-ci sont alors superposés aux représentations de la stratégie de réduction des risques. Nous pourrions ainsi comprendre les liens existant entre l'appréhension de cette stratégie et l'autonomie de l'utilisateur pour déterminer les vecteurs qui modulent la réception de la réduction des risques et ainsi mettre en lumière d'éventuels ajustements pratiques quant à l'amélioration de cette technique.

Les degrés d'autonomie sont perceptibles à travers plusieurs variables : le degré d'attachement à la structure, aux professionnels et les besoins des usagers. Nous pourrions, par exemple, étudier cet aspect à l'aide de la confrontation entre la volonté de partage d'expérience avec les pairs face à l'exclusivité professionnelle. L'objectif est également de comprendre les processus d'autonomisation à travers le bénéficiaire de ces techniques. Pour cela, il faut porter notre attention sur les ressentis des individus par rapport à la place accordée aux décisions individuelles.

Pour rappel, nous avons construit un tableau récapitulatif des profils étudiés, comprenant les degrés d'attachement à la structure, ou au collectif, les représentations du CSAPA et du CAARUD, les définitions de l'autonomie ainsi que son degré. Les catégories et les profils n'ont pas pour objectif d'être restrictifs et définitifs<sup>309</sup>. Ce sont des grilles idéales-typiques qui ont pour but de nous aider à comprendre et théoriser le processus d'autonomisation.

---

<sup>309</sup> Des différences internes persistent et nous ne pouvons généraliser l'ensemble des résultats tant au niveau local que national.

**Tableau n° 41 : Récapitulatif des profils étudiés**

|   | Profils CSAPA                          |  |                            |             | Profils CAARUD                      |  |             |
|---|--|--|----------------------------|-------------|-------------------------------------|--|-------------|
|   | Profil n° 1                            | Profil n° 2                            | Profil n° 3                | Profil n° 4 | Profil n° 1                         | Profil n° 2                            | Profil n° 3 |
| <b>Degré d'attachement à la structure (dont professionnels)</b> | Fort                                   | Fort                                   | Faible                     | Faible      | Faible                              | Fort                                   | Fort        |
| <b>Degré d'attachement au collectif (hors professionnels)</b>   | Faible                                 | Fort                                   | Moyen                      | Moyen       | Faible                              | Moyen                                  | Fort        |
| <b>Représentations du CSAPA</b>                                 | Positives                              | Moyennes<br>/<br>Positives             | Moyennes                   | Négatives   | Positives                           | Moyennes                               | Négatives   |
| <b>Représentations du CAARUD</b>                                | Négatives                              | Moyennes                               | Moyennes<br>/<br>Positives | Positives   | Moyennes<br>/<br>Négatives          | Positives                              | Positives   |
| <b>Définition de l'autonomie</b>                                | La stabilité<br>–<br>Normes sociétales | La stabilité<br>–<br>Normes sociétales | L'habileté                 | L'habileté  | La stabilité –<br>Normes sociétales | L'habileté et le savoir vivre-ensemble | L'habileté  |
| <b>Degré d'autonomie étudié</b>                                 | Faible                                 | Moyen                                  | Moyen<br>/<br>fort         | Fort        | Moyen                               | Fort                                   | Fort        |

À partir de ce tableau, nous remarquons une différence de liens entre les différentes variables lorsqu'il est question d'usagers du CSAPA ou d'usagers du CAARUD. Pour les

individus du CSAPA, le degré d'attachement à la structure possède plus d'impact sur le degré d'autonomie générale que le degré d'attachement au collectif. Plus l'attachement à la structure est fort, plus le degré d'autonomie générale est faible. Ce constat est assez rationnel puisqu'il y a une relation de dépendance qui se construit entre l'utilisateur, les professionnels et la structure. Néanmoins, ce raisonnement est inverse concernant les usagers du CAARUD. L'attachement à la structure n'est pas le symbole d'une autonomie affaiblie. L'attachement serait au lieu et aux valeurs que la structure diffuse plutôt qu'aux professionnels et aux apports de ces derniers. Effectivement, le CAARUD est un lieu que l'utilisateur doit s'approprier, contrairement au CSAPA. Alors pourquoi les usagers fréquentant souvent le CSAPA et appréciant leurs offres et leurs services sont-ils majoritairement des individus avec un degré d'autonomie perçue plus faible ? Est-ce l'approche médicale qui attire davantage les personnes avec un niveau d'autonomie plus faible ? Ou, à l'inverse, sont-ce l'aspect médical et ces pratiques qui entraînent une dépendance de l'individu ? Plus généralement, une structure protocolaire cause-t-elle, à long terme, une perte d'autonomie chez ses usagers ?

À partir de nos observations participantes, nous remarquons que les personnes fréquentant le CAARUD ne sont pas les mêmes que celles en relation avec le CSAPA. Plus les individus intègrent un parcours institutionnel (logement, formation etc.), plus ils s'éloignent du CAARUD. Ce recul est en lien avec les caractéristiques des publics : souvent en squat ou sans-domicile fixe, soirées avec consommations fréquentes, errance. Lorsque l'individu entre dans un parcours institutionnel, il souhaite s'écarter de ce type de trajectoire pour se rapprocher d'une situation stable. D'un autre côté, l'entrée dans ce parcours n'est pas le symbole de l'accroissement de l'autonomie, au contraire. Les protocoles et les règles qui doivent être suivis installent un lien de dépendance entre les structures et les usagers. Lorsque l'individu fréquente le CAARUD et qu'il est encore éloigné de ces types de cadre, il doit s'en sortir seul.

Cet écart entre l'individu et les structures entraîne des types d'autonomie puisque l'utilisateur possède moins de soutien. Plus l'utilisateur vieillit, plus il entrerait dans une volonté d'autarcie. Toutefois, le vieillissement, et donc l'important laps de temps existant dans la consommation, pourraient laisser croire à de multiples tentatives, de la part des professionnels, concernant un accompagnement face à des problématiques. L'individu a ainsi plus de probabilité d'avoir été « *saisi* » par des structures médicales. Ces tentatives seraient alors l'un des facteurs des représentations positives des individus plus âgés concernant ce domaine. Le retraitement du collectif laisserait plus de perspectives d'accompagnement thérapeutique, d'où

ces représentations positives par le premier groupe du CAARUD composé d'individus assez âgés évitant les contacts avec les autres usagers de la structure.

À travers les questionnaires, nous avons pu mettre en exergue les besoins des usagers et les correspondances avec les offres des structures. Ces liens sont, en réalité, corrélés à la segmentation importante que font les individus entre le social et le médical. Le domaine médical est empreint de perceptions positives par des individus isolés, du moins des autres usagers consommateurs et accompagnés par une des structures, les plus âgés de notre échantillon et ayant un degré d'autonomie perçu plus faible que les autres enquêtés. Ceux-ci possèdent souvent des représentations plus négatives des structures du domaine social (spécifiques à l'accompagnement des usagers de drogues). Les raisons ne se trouvent pas dans les services proposés mais plus dans la fréquentation en lien avec ces offres. Les individus ayant des perceptions positives du domaine social sont caractérisés par un âge plus faible, une demande de partage et de rencontre ainsi qu'un degré d'autonomie plus élevé. Leurs représentations du domaine médical sont souvent négatives puisque celui-ci incarne, selon eux, la rigueur, des règles et des protocoles assujettissants. Sous l'angle des premières personnes, la réduction des risques est présente dans l'ensemble des offres des structures. Elle serait simplement adaptée en fonction de l'avancée dans le processus de « reconstruction » : *« La réduction des risques, bah, c'est ce que font tous les professionnels. Après, chez AIDES c'est différent mais ils font en fonction des gens quoi. Nous, le CSAPA, on est plus avancé, on veut guérir. C'est une question de, j'suis plus vieux aussi, on a plus envie de s'en sortir. Mais il en faut pour tout le monde, pour tous les goûts. Moi, l'âge, le temps passe je veux repartir de zéro, même si c'est difficile »* (Entretien, Usager du CSAPA). S'ils considèrent que la stratégie de réduction des risques est présente dans l'ensemble des établissements rochelais venant en aide aux usagers de drogues, ceux s'accrochant davantage au domaine social ont une version différente. Ils ne perçoivent pas de techniques de réduction des risques dans le domaine médical. Celles-ci ne seraient présentes qu'au sein du CAARUD, et le CSAPA serait davantage une structure dédiée à des objectifs d'abstinence.

## B) Des processus d'autonomisation différents

Notre problématique s'est construite autour des caractéristiques du public accueilli et accompagné dans le cadre de l'usage de drogues au sein des structures enquêtées. Nous savons que la plus importante partie est une population très précaire, souvent sans-domicile fixe. Cet élément est à prendre en compte dans la compréhension de nos focales et des analyses induites.

C'est à partir de cela que nous avons interrogé nos différents enquêtés. Ainsi, les questionnements de nos entretiens se sont concentrés sur les pratiques en faveur de l'autonomie des personnes en situation de grande précarité. Nous allons mettre en évidence diverses manières de déclencher le processus d'autonomie chez ces individus. Nous montrerons que, selon l'acteur et/ou la structure, les axes d'interventions divergent. Pour cela, nous distinguerons trois types d'actions : par l'augmentation de l'estime de soi, par l'éducation et par l'injonction. Après avoir mis en lumière ces pratiques, nous verrons les effets de celles-ci sur les bénéficiaires. L'autonomie est un vocable aux compréhensions diverses. Ainsi, nous verrons que celui-ci n'est pas inexistant chez les usagers de drogues en situation de grande précarité et qu'il dépend plus d'un rapport à la norme.

### *B.1) L'estime de soi : des interventions laissées à l'initiative du bénéficiaire*

« Tous ces temps forts de l'association. Les week-ends d'action santé, les ateliers collectifs, les repas de Noël, les repas que l'on va faire, ici, au CAARUD, de temps en temps, renforcent le lien qu'on a avec ces personnes et ils ont de ce fait plus confiance en nous, en la structure et ils prennent plus soins d'eux » (Entretien, CAARUD). Pour John Pierce et Donald Gardner<sup>310</sup>, l'estime de soi est corrélée à la motivation, à la performance, à la satisfaction professionnelle, à l'équilibre émotionnel, à la gestion des situations conflictuelles et au bonheur. Néanmoins, un ensemble d'auteurs ne s'accorde pas autour de sa définition et, par conséquent, autour de son opérationnalisation. Le dictionnaire *Larousse* définit l'« estime » comme une appréciation favorable que nous portons sur autrui, une opinion que nous avons de quelque chose<sup>311</sup>. Il propose comme synonyme les mots « considération » et « respect ». Le « soi » correspond à l'identité d'une personne. Celui-ci invite à la reconnaissance de ses qualités et de ses forces ainsi que de ses faiblesses. L'« estime de soi » est caractérisée comme une attitude plus ou moins positive envers soi-même, une considération, un degré de respect, une appréciation de sa valeur<sup>312</sup>. Elle est « la conscience de la valeur du moi, [...] désigne un jugement ou une évaluation intime de soi en lien avec ses propres valeurs qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal. L'estime de soi est l'essence de l'individu, c'est le rapport entre les

---

<sup>310</sup> PIERCE John et GARDNER Donald (2004), « Self-esteem within the work and organizational context : a review of the organization-based self-esteem literature », *Journal of Management*, vol. 30, n° 5, octobre, pp.591-622.

<sup>311</sup> *Le Petit Larousse illustré* (2016), Paris, Larousse, p. 462.

<sup>312</sup> *Le Petit Larousse de la psychologie* (2016), Paris, Larousse, pp. 297-305.

*réussites et les aspirations ainsi que les résultats et les échecs* » (Doré, 2017, p. 21). L'estime de soi est l'une des trois sphères de reconnaissance pour la constitution de l'identité.

Cette définition montre un lien étroit entre l'estime de soi et l'équilibre dans les rapports avec les autres. Cette relation à soi est un construit social en lien avec différents facteurs. Cette construction se module à travers les interactions sociales, les acceptations ou les refus des commentaires d'autrui sur soi. Elle est ainsi fonctionnelle et oscille en fonction de l'environnement social. Des auteurs comme Delphine Martinot<sup>313</sup> ou Nathaniel Branden<sup>314</sup> insistent sur l'élément de jugement que nous portons sur nos aptitudes à faire face aux situations. Dans une nouvelle théorie qui s'écarte des idées reçues, le psychologue Mark Richard Leary<sup>315</sup> propose que l'estime de soi soit une sorte de compteur intégré à notre corps pour détecter et prévenir la menace du rejet social.

Cette estime individuelle est corrélée aux termes « *image de soi* » et « *identité personnelle* ». Le soi possède une place importante dans les caractéristiques de ce vocable. Il englobe les perceptions et les croyances que l'individu a de soi-même ; celles-ci modifient les attitudes induites en faisant la somme de ces jugements, qu'ils soient conscients ou non. Denis Lawrence<sup>316</sup> avance l'idée qu'elles correspondent à l'évaluation individuelle de la différence entre l'image de soi et le soi idéalisé. Elles comprennent : la valeur que nous accordons à nous-même avec une notion d'évaluation qui détermine les conduites des individus ; l'acceptation de soi, la reconnaissance comme conséquence à la valeur précédente ; le sentiment de compétence ; l'attitude envers soi-même comme un état mental qui prépare à l'action<sup>317</sup> ; le respect de soi<sup>318</sup>. L'ensemble de ces critères influence la motivation et l'engagement de

---

<sup>313</sup> MARTINOT Delphine (1995), *Le Soi : les approches psychosociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

<sup>314</sup> BRANDEN Nathaniel (1985), *Honoring the self: the psychology of confidence and respect*, Toronto, Bantam Books.

<sup>315</sup> LEARY Mark Richard (2004), *The Curse of the Self: Self-Awareness, Egotism, and the Quality of Human Life*, Oxford, Oxford University Press.

<sup>316</sup> LAWRENCE Denis (1988), *Enhancing self-esteem in the class-room*, Londres, Chapman.

<sup>317</sup> ALLPORT Gordon (1935), « 17. Attitudes », in ALVERDES Friedrich, MURPHY Gardner, CLEMENTS Frederic, FRIEDMAN Herbert et al., *A Handbook of Social Psychology*, Worcester, Clark University Press, pp. 798-845.

<sup>318</sup> Ces composantes ont été amenées par DORÉ Christina (2017), « L'estime de soi : analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 129, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 18-26.

l'individu. Le tableau suivant montre ce rapport à partir des attributs, des antécédents et des conséquents.

**Tableau n° 42 : Résultats de l'analyse selon la méthode de Walker**

| TABLEAU SOMMAIRE DE L'ANALYSE DU CONCEPT DE L'ESTIME DE SOI   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| Attributs   | Antécédents                 | Conséquents   |
| La valeur accordée à soi-même<br>L'acceptation de soi<br>Le sentiment de compétence l'attitude envers soi-même<br>Le respect de soi | Confiance en soi<br>Dignité | L'affirmation de soi<br>Des relations facilitées avec les autres<br>La résilience |

Source : DORÉ Christina (2017), « L'estime de soi : analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 129, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, p. 23.

L'analyse de ce terme nous a permis de mettre en lumière qu'il possède un rôle dans l'ajustement de la perception que nous avons de nous-même ; par conséquent, cela impacte les façons d'agir et de se comporter face aux situations. Pour Abraham Maslow<sup>319</sup>, la projection dans des programmes de vie serait incompatible avec un manque d'estime de soi. L'opposé de l'estime de soi est le mépris qui juge une conduite comme indigne et/ou condamnable.

Cette estime est un critère de diagnostic médical de certains troubles psychiques qui sont nommés dans le *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*<sup>320</sup> dont la dépendance aux drogues. Ainsi, si elle s'inscrit dans ces troubles, c'est qu'il a été prouvé que le manque d'estime de soi est un des facteurs de l'addiction aux produits psychotropes. Nous avons vu, dans la partie centrée sur les émotions négatives, que l'usage de drogues entraînait des sentiments liés au mépris de la part d'autrui. Ce sentiment est d'autant plus présent lorsque cet usager est, en plus, dans une situation de mendicité, souvent sans-domicile fixe. Se pose ainsi la question du rapport entre l'estime de soi et l'estime sociale. Axel Honneth<sup>321</sup> a étudié ce lien entre ces types d'estime. Il conclut que l'estime de soi est inséparable de l'estime sociale, et qu'elle en est son reflet au niveau individuel : pour développer une image positive de soi, ne

<sup>319</sup> MASLOW Abraham (1954), *Motivation and personality*, New York, Harper and Row.

<sup>320</sup> American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*, Washington, APA (4<sup>e</sup> éd. en anglais).

<sup>321</sup> HONNETH Axel (2000), *La Lutte pour la reconnaissance*, trad. fr., Paris, Cerf (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1992).

faut-il pas que nous nous reconnaissons une certaine valeur ? Ce lien étroit, dont nous fait part Honneth, est celui entre l'individuel et le social ; l'estime sociale a pour objet la singularité de l'individu, d'autant plus dans nos sociétés modernes où elle est individualisée. Elle est évaluée à partir du système de valeurs en place et est ainsi fluctuante. Elle serait une des bases de l'estime de soi en étant mise en relation avec la correspondance des conduites par rapport aux normes en vigueur. La fonction sociale des individus serait appréciée, et c'est à l'égard de l'estime portée à ce rôle que l'individu pourrait développer ou non une certaine estime de soi : « *Se respecter soi-même implique la capacité de se voir comme un sujet autonome d'action et de voir cette condition reconnue par la société* » (Doré, 2017, p. 24).

Dans une perspective plus pragmatique, sur notre terrain d'enquête, une partie des acteurs mettent en avant ce besoin d'élévation du niveau d'estime de soi des individus accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogue : « *Les gens de la rue ont une très mauvaise estime d'eux-mêmes* » (Entretien, Samu social), ils ont « *des fêlures, des blessures, du manque d'estime, du manque de confiance, des vies, des parcours quand même chaotiques avec des blessures* » (Entretien, CAARUD), et l'individu « *n'a aucune estime de lui et se dit que, de toute façon, il va tout rater et que ce n'est même pas la peine d'essayer* » (Entretien, Samu social). Les diagnostics de ces structures par rapport à ce besoin ont été faits à partir des expériences de terrain, des différentes observations et des échanges que les acteurs ont pu avoir avec ces personnes. Si nous avons vu que le mépris social était un sentiment présent sur notre terrain face à cette population, nous avons également perçu ce manque d'estime avec l'« *indignité* ». Les liens entre ces deux estimes peuvent être mis en lumière au sein de notre étude.

Cependant, cette théorie intersubjective de la reconnaissance pose une certaine irréductibilité critiquable. Cette interdépendance ne doit pas être perçue comme excluant l'autonomie relative entre ces deux estimes. Nous pouvons tout à fait accéder à un niveau d'estime sociale fort, tandis que celui de l'estime de soi sera faible et, réciproquement, un fort niveau d'estime de soi, tandis que le niveau d'estime sociale sera faible. Il est alors question de la communauté. Dans le cadre de la déviance, nous voyons qu'un individu peut avoir un niveau d'estime sociale élevé au sein d'un groupe qui lui permet, entre autres, d'accéder à un niveau d'estime de soi élevé, tandis que dans la société, cet individu sera davantage perçu comme indigne, la communauté de référence étant différente<sup>322</sup> ; les individus peuvent également

---

<sup>322</sup> La linéarité entre l'estime sociale et l'estime de soi peut être bousculée par rapport au groupe social de référence.

abandonner les normes dominantes et atteindre une estime de soi élevée même si leurs conduites n'entrent pas dans le référentiel sociétal actuel<sup>323</sup> : « *Le rapport entre estime sociale et estime de soi se montre complexe et traversé par des stratégies qui s'entrecroisent sans être nécessairement convergentes* » (Doré, 2017, p. 19). Nous ne pouvons pas réduire la dimension individuelle à celle sociale<sup>324</sup> mais nous n'excluons pas l'interdépendance de l'estime sociale avec l'estime de soi.

Par une analyse lexicométrique de nos entretiens avec les différents acteurs, nous remarquons que le lexique de l'estime de soi ressort davantage chez certains individus et chez certaines structures. C'est au sein de la structure d'Aides, au CAARUD, que ce lexique apparaît le plus avec les termes « *estime de soi* », « *reconnaissance* » ou encore « *amour-propre* ». Les acteurs de cette association traitent ce lexique sous différentes formes : « *concrètement* » en pointant du doigt un constat expérientiel, « *discrètement* » à travers la critique d'autres structures qui ne prêteraient pas attention à cette dimension, et « *pragmatiquement* » avec des exemples de prise en charge. Ensuite, nous voyons que ce lexique ressort également chez les acteurs travaillant au Samu social. Les formes sous lesquelles il apparaît sont sensiblement les mêmes que celles vues précédemment. Celui-ci est beaucoup moins évoqué par les autres acteurs qui se concentrent davantage sur des éléments plus perceptibles, tels que le besoin d'un logement, d'une profession et les autres caractéristiques de la stabilité « *normée* » de la société actuelle.

Sans entrer dans une démarche dichotomique, nous voyons que la présence des discours autour de ce lexique est divisée selon le domaine d'action. Les structures davantage politisées, comme le service Tranquillité publique, n'évoquent pas ce lexique et, pour cause, elles sont souvent trop éloignées du terrain et du travail des intervenants pour entrer dans une dimension psychologique de l'intervention. Ensuite, les discours autour de l'estime de soi, peu importe la forme que nous choisissons d'observer dans nos entretiens, sont plus marqués chez les acteurs issus du domaine social par rapport à ceux du médical. Les structures comme le CAARUD et le Samu sont celles utilisant le plus ce lexique, tandis que celles ayant un aspect médical, comme les CSAPA, ne nous font pas part de cet élément psychologique. Nous pouvons appuyer cette division grâce à l'exemple du CSAPA associatif qui incarne à la fois le domaine social avec

---

<sup>323</sup> La « déviance » peut représenter une stratégie de maximisation de l'estime de soi, parfois en dépit de l'estime sociale.

<sup>324</sup> D'autres facteurs entrent en jeu comme la dimension relationnelle pendant l'enfance.

des psychologues et des éducateurs spécialisés, et le domaine médical avec les médecins ou les infirmières. Dans cette structure, si l'estime de soi n'est pas citée précisément, des rapports à ce vocable sont présents. Ces derniers sont utilisés uniquement par les professionnels issus du champ social.

Les spécialistes dans le domaine de l'addiction montrent que la relation de dépendance d'un individu à un produit, à un objet ou à une autre personne est souvent le symptôme d'un manque d'estime de soi. Ces personnes compensent le mal-être par la consommation de drogues. Le temps des effets de la substance, certaines problématiques et certains sentiments négatifs sont mis de côté par le plaisir et la passivité. Les professionnels ayant évoqué ce lexique amènent quelques exemples d'intervention en faveur de l'accroissement de cette estime.

Dans un premier temps, cela passe par un accueil sans jugement et une écoute active : *« Déjà, ça passe par un accueil inconditionnel, chaleureux, bienveillant, avec le sourire, on leur fait la bise, à tous, déjà. Hommes, femmes, on leur fait la bise, peu importe dans quel état ils arrivent. On les regarde dans les yeux quand on leur parle. On considère leur parole »* (Entretien, CAARUD). Le recours au non-jugement serait signe, pour les professionnels, d'une certaine acceptation globale des personnes accueillies : *« un lieu où on les accepte comme ils sont »* (Entretien, CAARUD).

Pour renforcer ce travail autour de l'estime de soi, les acteurs s'engagent vers une stratégie d'« *empouvoirement* ». Ici, le sens donné correspond au transfert de pouvoir vers les usagers, qui, en règle général, est davantage attribué aux professionnels : *« Dans ce lieu, ils ont du pouvoir. Dans cette association, ils peuvent avoir du pouvoir, parce qu'ils peuvent aussi devenir élus et parce qu'ils peuvent voter les lois de cette association qui transforment les lois de santé [...]. Ce sont quand même des gens qui sont dans nos instances de décision, des volontaires issus des communautés, donc certains usagers de drogues, qui ont fait qu'on a pu faire changer la loi. C'est ouf. Pour moi, c'est ça la réussite ultime »* (Entretien CAARUD). Le pouvoir est au niveau local mais également national dans cette association. De plus, ces membres remplacent le « *faire pour* » par le « *faire avec* ». En ce sens, ils donnent du pouvoir à l'utilisateur au sein de la structure mais aussi au niveau personnel par le biais de la reconnaissance de leurs savoirs : *« Parfois, sur certaines questions qu'a un autre usager pendant la perm, on sollicite le collectif pour donner la question à cette personne. Des personnes du collectif connaissent la réponse. Du coup, ce n'est pas nous "sachant" qui allons répondre à la personne, ce sont les autres qui vont lui répondre, parce que ce sont eux qui savent, parce qu'ils*

*ont déjà été. Je ne sais pas, ils ont déjà eu une domiciliation, dont on va dire : “Toi, tu as déjà fait la domiciliation, explique à untel comment ça se passe” ou “Tu n’as qu’à aller lui présenter le matériel CAARUD”. Et ils finissent par aller ouvrir la porte du local et accueillir les gens. Je trouve ça trop bien »* (Entretien, CAARUD). Les savoirs profanes sont autant considérés que ceux professionnels. Ces structures tentent de ne pas créer une dichotomie entre l’« ignorant » et le « sachant ». Pour cela, est mise en avant l’importance des savoirs expérientiels des usagers qui nourrissent d’ailleurs ceux des professionnels. L’utilisation des savoirs des usagers est très fréquente au sein des structures passant par des interventions centrées sur l’estime de soi.

Dans ce dernier exemple, les usagers peuvent même remplacer le professionnel sur certaines tâches. Ils les intègrent également dans la construction de matériels de réduction des risques : *« On a réalisé une vidéo avec un usager sur la filtration. Un usager qui est expert de l’utilisation du filtre toupie. On a réalisé avec lui une vidéo, on l’a filmé, enfin, juste ses mains, avec une voix, et ce film va pouvoir être diffusé comme outil de réduction des risques, utilisation de la toupie »* (Entretien, CAARUD). Les salariés du CAARUD mettent également en place une enquête annuelle auprès des usagers de drogues (par le biais d’un questionnaire). Ils demandent des avis sur les offres du CAARUD et des idées d’adaptation. Dans cette même optique, ils ont construit le règlement du CAARUD avec les usagers et le mettent à jour régulièrement.

Pour exemple, un projet a été développé à partir d’informations recueillies et régulièrement évoquées par les usagers : la RDR alcool. Les professionnels se sont aperçus du manque de communication et d’ateliers autour de cette drogue au travers du premier outil d’accueil : *« On voit que dans la question de notre premier entretien qu’on a avec les personnes qui arrivent et qui découvrent le CAARUD, c’est : quel est le produit qui vous pose le plus problème ? Et l’alcool doit arriver en tête des produits, en tête de liste. 80 % des personnes parlent de l’alcool. On a donc dit qu’on ne pouvait pas ne rien faire de l’alcool »* (Entretien, CAARUD). En plus de ce constat, les professionnels ont remarqué que, lors des permanences, le sujet de l’alcool était omniprésent.

S’il y a une possibilité d’implication forte au sein du CAARUD, les usagers ont le choix de venir également simplement profiter des services offerts : *« Il y a des gens qui sont plus impliqués, parce qu’ils vont devenir “acteurs” puis volontaires, et donc ils vont faire des actions avec nous. Il y en a d’autres qui viennent “profiter du dispositif”, mais, en même temps... Ici, le lieu est fait pour que les gens se sentent un peu “chez eux” et que ce soit leur*

*lieu, à eux. C'est leur cuisine, ils ouvrent les placards, les frigos, ils mettent leur repas dans le frigo, leurs chiens sont dans la cour. Ils se posent dans le canapé, ils se reposent un peu. Ils prennent un bain s'ils ont envie de prendre un bain. Ils écrivent des trucs sur les tableaux. C'est leur lieu. C'est l'idée de ce lieu » (Entretien, CAARUD).*

Au sein du Samu social, ce travail autour de l'estime de soi n'est pas similaire. L'aspect itinérant de ce travail modifie cette perspective. Cependant, au niveau de l'accueil lors des maraudes, ce sont également le non-jugement, l'écoute active et la mise en relation des savoirs profanes par la favorisation de l'échange entre les différents usagers qui prédominent. Par les entretiens, ces acteurs nous font part d'une représentation limitative de l'individu sur lui-même : « *Parce que tant qu'on se définit comme SDF ou toxico, c'est limité. Alors que quand on est une personne, ça offre beaucoup plus de possibles, des choix possibles. Ça ouvre plein d'horizons. Alors que les autres sont assez limitantes. C'est de changer le mode de penser, en fait. C'est de créer une pensée un peu moins limitante et plus ouverte » (Entretien, Samu social).* De ces perceptions, les professionnels de cette association ont monté un groupe spécifique à l'accroissement de l'estime de soi. Celui-ci a duré quelques mois et s'appuyait sur des techniques communes à ce type d'atelier, comme la pluie de vignettes positives ou la métaphore du billet de cinq euros. Ces stratégies permettent de mettre en avant la valeur des individus, malgré une situation précaire et des représentations, à leur égard, négatives. Ce groupe avait d'ailleurs pour titre : « *La restauration de l'estime de soi* », ce qui amène l'idée d'une valeur, non pas perdue, mais égarée.

Ces professionnels, en plus d'entrer dans une volonté d'aide à l'accroissement de l'estime de soi, entrent dans ce que nous pouvons nommer une « *lutte pour la reconnaissance* »<sup>325</sup>. La lutte cible un changement de système pour rendre « *estimables* » certaines pratiques et certaines identités marginalisées. Le déni de reconnaissance est ainsi traité comme une question de justice par rapport au statut. Cette prise par les relations sociales, en plus de montrer les impacts des représentations sociales sur l'individu (psychologie), laisse apparaître l'entrave participative en tant qu'individu à la vie en société. Celle-ci dévalue les personnes qui n'entrent pas dans certains schémas, différents de ceux dominants. Pour cette lutte, certaines associations utilisent des plaidoyers. Toutefois, il existe des limites à cette approche qui est parfois détournée de ses premières volontés. Par exemple, plusieurs plaidoyers ont mis en exergue le besoin d'un lieu pour consommer des produits stupéfiants en sécurité.

---

<sup>325</sup> HONNETH Axel (2000), *La Lutte pour la reconnaissance*, trad. fr., Paris, Cerf (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1992).

Cette demande a été contournée, et la réponse a été la mise en place du programme AERLI : « *Tu vois bien par exemple le dispositif AERLI. La vraie demande, au début, qui a initié AERLI, c'était d'avoir des lieux de consommation en fait. Ce n'était pas d'avoir un accompagnement éducatif sur les pratiques d'injection. Sauf qu'on est passé, pour finalement faire des plaidoyers pour les salles de consommation à moindre risque, à AERLI, sur l'éducation aux risques de l'injection. Et ce n'est pas vraiment leur demande. La demande, c'est d'avoir une aiguille, une consommation supervisée où après qu'il y ait des intervenants. Et le jour où il y a une demande spécifique, qu'ils soient là pour leur apprendre. Mais de leur dire, "On va te proposer un truc où tu vas t'injecter devant deux personnes et il va y avoir un objectif assigné à cette séance"* » (Entretien, CAARUD). Les professionnels soulignent le passage d'une demande de sécurité et d'hygiène quotidienne à une réponse d'éducation et d'apprentissage ponctuelle. S'ils n'apportent pas de critiques à ce programme qui répond à certains besoins, ils mettent en évidence que ce programme ne coïncide pas réellement avec les attentes des usagers au moment de la demande.

#### *B.2) Par l'éducation = un changement 50/50*

La prise en charge à laquelle nous faisons référence ici est celle de l'éducation thérapeutique (ETP). À travers l'acquisition de connaissances sur l'addiction et ses traitements, les professionnels souhaitent l'amélioration de la santé, du sentiment d'autonomie et de responsabilité : « *On leur explique ce qu'est la maladie. Donc, là, c'est vraiment l'éducation thérapeutique et c'est pour ça que ça rejoint complètement l'éducation. Pour moi, l'éducation thérapeutique, c'est déjà ça au départ. Dès que l'on explique aux gens ce qu'ils sont, c'est aussi leur apprendre à accepter leur maladie, les responsabiliser* » (Entretien, CSAPA). L'ETP est un programme qui se déroule en quatre étapes : le diagnostic, le programme proprement dit, la planification et l'évaluation. Le diagnostic se concentre sur les demandes, les besoins et les attentes du patient pour évaluer la motivation. Le programme définit les objectifs en matière de compétence et les priorités du patient. Ensuite, la planification, dans une démarche plus empirique, correspond à la mise en œuvre de techniques lors de séances. Pour finir, l'évaluation permet de constater les progrès des patients par rapport aux objectifs fixés et le suivi de ces évolutions.

L'ETP est une prise en charge plus stricte que les interventions perçues dans la partie précédente. Si l'individu y entre par consentement, le règlement et la programmation que ce dispositif impose paraissent moins provenir du patient. L'acceptation de participer à un tel

programme ne suffit pas à dire que l'individu est libre. Contrairement aux interventions par l'estime de soi, l'ETP ne garantit pas une participation égalitaire. Nous sommes davantage dans un schéma à 50 % de choix professionnels et 50 % de choix de l'utilisateur : « *Ce n'est pas qu'à sa demande. C'est-à-dire qu'on oriente quand même les entretiens. Mais évidemment, il y a l'alliance thérapeutique. Au début, on crée l'alliance parce que pour amener une personne à parler d'elle à un inconnu ou une inconnue, c'est compliqué : la peur du jugement, la peur de ne pas dire les choses qu'il faut, d'avoir été toujours dans quelque chose de pas toujours très très clair vis-à-vis de l'entourage, etc. Donc voilà, après les objectifs, on les a. On les pose aussi en équipe lorsqu'on fait des projets personnalisés d'accompagnement comme mes collègues ont dû vous parler. Les objectifs sont posés. Mais les objectifs, il y a les nôtres mais il y a aussi ceux des patients, on mixe* » (Entretien, CSAPA). La création du lien de confiance se fait par objectifs remplis et sous la forme d'un « *don contre-don* » : l'utilisateur doit effectuer certaines tâches qu'il aura intégrées afin de prouver ses capacités ; pour illustrer ces propos, nous pouvons prendre l'exemple du traitement de substitution : « *Au départ, pendant au moins 15 jours pour la plupart d'entre nous, on les fait venir régulièrement ici pour bien leur expliquer ce qu'on appelle l'éducation thérapeutique, comprendre qu'il y a des risques assez importants avec la méthadone. Après, on les envoie certains jours en pharmacie, certains jours chez nous et, petit à petit, on les autonomise* » (Entretien, CSAPA).

Nous voyons un des côtés du caractère éducatif des interventions<sup>326</sup>. Celui-ci amène parfois l'utilisateur dans une passivité malgré une volonté de le rendre acteur de sa santé. Dans la pratique, les interventions mêlent ces deux éléments pourtant paradoxaux. C'est la manière dont les professionnels souhaitent rendre autonome l'utilisateur qui est ainsi différente. L'approche clinique du CSAPA posséderait des limites : « *Même si les tenants de cette approche-là ils s'en défendent un petit peu, il y a un moment où on ne peut pas être uniquement dans la rééducation d'un comportement. On ne peut pas être simplement dans le patient passif qui met ses symptômes entre les mains des soignants et les soignants vont décider pour lui des médicaments à prescrire, de l'outil, non* » (Entretien, CSAPA). D'un autre côté, les TSO permettent l'amélioration des conditions de vie de certains usagers. Pour autant, le traitement ne « *liquide pas l'addiction. Et puis, tous les objets d'addiction n'ont pas nécessairement un anti-craving et une substitution possible, c'est le cas pour l'alcool, c'est le cas pour l'héroïne, c'est le cas pour le tabac. Pour l'instant, c'est les trois grandes familles où il existe des traitements anti-*

---

<sup>326</sup> Ce caractère est ici montré comme un inconvénient. Toutefois, nous verrons dans la partie consacrée à la réception de ces interventions, qu'il possède certains avantages.

*craving et des substitutions. Quand je vois les tenants de la neurobio, des fois, ça me fait flipper moi, la rééducation du comportement, le symptôme, le symptôme, le symptôme* » (Entretien CSAPA).

La volonté de « *rééducation du comportement* » n'a pas toujours été présente au sein du CSAPA. Cette structure est passée de la réduction des risques à « *bas seuil d'exigence* » à une prise en charge individualisée et adaptée à « *haut seuil* » : « *Ma mission, c'est de prendre en charge des patients. Quand j'ai commencé fin 2010, ce n'était que la réduction des risques, c'était le début où on prenait les patients comme ça sans trop leur demander les choses, on leur donnait 40 mg, ils venaient, ils ne venaient pas, ils étaient libres de faire ce qu'ils voulaient. C'est ça que j'ai fait au début. Ça a évolué petit à petit. Nous on attendait que les gens soient motivés pour pouvoir augmenter le dosage. Le haut seuil, c'est une autre prise en charge, il y a une programmation, des choses à respecter, c'est beaucoup moins libre mais on voit bien il y avait une évolution, c'était sûrement des gens plus motivés* » (Entretien CSAPA).

La réduction des risques au sein de ce type de structure s'appuie plus sur l'information et le traitement de substitution. Les professionnels insistent sur l'aspect médical et paramédical de leur structure qui ne fournit donc pas de matériel de réduction des risques. Ils comptent sur la complémentarité du CAARUD pour satisfaire ce type de besoins. Le lexique de la correction est très présent au sein des structures davantage médicales. Le paradoxe entre « *être acteur* » et « *être passif* » est encore une fois présent : « *Il faut partir de là où il est, de ce qu'il sait, et après lui expliquer ce qu'il ne sait pas et corriger les croyances* » (Entretien, CSAPA). Nous voyons que les savoirs profanes ont une place bien plus minimaliste que dans les interventions des structures sociales.

Le rapport sachant/ignorant est inscrit dans la relation thérapeutique : « *Mon but à moi, c'est qu'ils redeviennent acteurs de leur santé, qu'ils se mettent le moins en danger possible. C'est de les éduquer pour qu'ils sachent ce qui est dangereux* » (Entretien, CSAPA). Ce rapport est infantilisant justement par le biais de l'aspect éducatif. Ces professionnels partent du principe qu'il y a eu des carences auxquelles il faudrait remédier : « *Après, dire et redire, c'est très éducatif. C'est un peu comme avec des enfants. On est obligé de dire les choses, les répéter et insister pour que ça rentre* » (Entretien, CSAPA). « *Quelquefois, je suis sur la motivation de réduire la consommation de cannabis pour les plus jeunes. Je regarde s'il y a une dizaine de joints par jour, je commence à dire : "Est-ce que tu peux retarder la prise du joint tôt le matin, est-ce que tu peux ne commencer qu'autour de midi et te lever plus tôt, réintroduire aussi trois*

repas dans la journée, plein de rythme comme ça ?". *Ce sont de tous petits objectifs, le grand objectif c'est peut-être de vouloir arrêter, mais on est loin, qu'est-ce que l'on peut mettre en place en intermédiaire pour que l'on puisse l'atteindre ?* » (Entretien, CSAPA). À partir de l'ensemble de ces constats, nous pourrions nous demander si l'éducation a pour finalité la disparition de la passion pour la libération de l'utilisateur de ses pulsions de dépendance « *et, par voie de conséquence, d'assujettir l'objet à un désir de censure, de contrôle, de mise au pas ?* » (Sueur, 2004, p. 76).

Même si ces interventions partent d'une « *bonne volonté* », il est important de se questionner sur la violence de l'assujettissement de l'objet au désir. Pour Christian Sueur, le soignant « *devrait se contenter de soulager les souffrances d'un sujet, en soignant et guérissant quand il le peut, en gérant la crise le mieux possible car il le doit, mais il devrait renoncer à se faire l'agent de la consolation et du colmatage sociaux. Il risque sinon de se faire le complice, à son corps défendant, de ce qu'il réproouve, en tentant naïvement d'amoindrir les effets de la violence faite à l'autre* » (ibid., p. 78).

David Cooper<sup>327</sup> a indiqué que le rôle des personnels médicaux était d'apprendre la discrétion au « *fou* ». Lorsqu'il apparaît une dimension thérapeutique de l'acte de consommation, celui-ci deviendrait un révélateur social. L'éducation dans le cadre de l'addiction devrait être constituée de plusieurs aspects : le soutien psychothérapique, l'information objective sur les drogues (plaisirs et dangers), la mise en place de pratiques de réduction des risques, qui se concentrent autour d'une libéralisation contrôlée de toutes les drogues, la revendication politique d'une « *libération* » du "drogué" face aux atteintes à ses droits et à sa santé qui proviennent essentiellement des conséquences toxiques de la prohibition et de la stigmatisation sociale<sup>328</sup>. Le professionnel devrait sortir du côté curatif pour aller vers celui de la défense. En cela, nous pouvons prendre l'exemple d'une association de réduction des risques écossaise avec le slogan : « *Take drugs seriously* »<sup>329</sup>.

---

<sup>327</sup> COOPER David (1977), *Le langage de la folie*, Paris, Seuil.

<sup>328</sup> SUEUR Christian (2004), « Éduquer le toxicomane », *Psychotropes*, vol. 10, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, p. 79.

<sup>329</sup> Cette approche pouvant paraître militantiste sera relativisée dans la partie concernant la réception des différents types de processus d'autonomisation.

### *B.3) Par l'injonction, la répression*

« *Maintenant, nous sommes sur de l'opérationnel et de la tranquillité, sécurité purs et durs* » (Entretien, membre du service Tranquillité Publique). Nous avons pu analyser deux types d'interventions : l'estime de soi et l'éducation mettant en avant les capacités des usagers dans les processus d'autonomisation face à leurs usages de drogues. Les acteurs prennent en compte les savoirs profanes, laissent l'utilisateur s'impliquer dans des processus décisionnels et croient en leurs capacités à sortir d'une certaine passivité longtemps prédominante dans une relation médicale. Ces pratiques vacillent entre l'acceptation des drogues et le cheminement vers l'abstinence. Toutefois, l'usage est accepté, et les jugements sur ces pratiques sont mis de côté. Inversement, le dernier type d'intervention auquel nous allons nous attacher mise davantage sur l'éviction de ces populations et l'abstinence comme objectif d'éradication des drogues.

Cette partie se concentrera sur les pratiques suivantes : le délaissement politique, l'éviction spatiale, l'exigence inadaptée, le « *faire pour* » et l'injonction. Ces différentes stratégies se trouvent dans le domaine de la répression. Cet ensemble est mis en application par divers corps de métiers liés à la municipalité et à l'agglomération.

Le délaissement est une pratique répressive « *passive* » puisqu'elle est incarnée par le déni, soit de la présence d'utilisateurs de drogues, soit par la hiérarchisation de priorités. Un des membres de l'agglomération de La Rochelle met en avant la mise à l'écart de la thématique des utilisateurs de drogues dans le cadre des Conseils d'Agglomération de Sécurité et de Prévention de la Délinquance : « *La toxico, on en est où ? Quel est le nombre d'arrestations, le nombre de ceci, de consommateurs, de vendeurs, etc. ? Mais, si on ne le demande pas, ce n'est pas un sujet. C'est vraiment étonnant !* » (Entretien, membre de la CDA). Le sujet des personnes consommatrices de drogues « *problématiques* » n'est que rarement abordé et dépend plus d'individus spécifiques qu'un axe politique global. Ce délaissement est mis en évidence par les membres des collectivités territoriales. Les services municipaux et ceux de l'agglomération comptent davantage sur les associations. Ces membres insistent sur les lois de 2007 de Nicolas Sarkozy comme facteur de durcissement et de délaissement des aspects sociaux et éducatif de leurs services : « *La bonne nouvelle, c'est que nous avons une grande police bien armée, mais la mauvaise nouvelle, c'est qu'il y a moins d'éducateurs dans les rues et moins de priorités pour le social* » (Entretien, membre du service Tranquillité Publique) ; dès lors, « *l'approche préventive sur les échanges de seringues, la drogue, etc., nous ne le faisons plus. Nous laissons aux associations le soin de le faire. Nous ne faisons plus que de la régulation en termes de*

*tranquillité publique [...] mais il n'y a plus du tout de programmes spécifiques drogues, seringues... Les associations sont laissées seules avec un budget qui diminue d'année en année » (Entretien, membre du service Tranquillité Publique).*

Au niveau national, le budget pour la répression s'élève au détriment de celui pour l'intervention sociale : « *Quand on voit le matos de la police municipale et le matos des travailleurs sociaux, et une équipe, ne serait-ce qu'en termes de moyens humains, on voit bien là où ils mettent... Ce sont des choix politiques » (Entretien, Samu social). Ce fait est objectivable avec les propos de membres du Service Tranquillité Publique montrant qu'ils sont passés de 30 agents de police à 43, « c'est une augmentation de 33 % en cinq ans » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). Est mise en exergue la disparition de pratiques sociales et préventives : « *Maintenant, c'est une surenchère. Si je prends mon temps de travail, c'est peut-être 60 à 70 % radicalisation, sécurité du centre-ville, armement des policiers municipaux. Et quand vous me reprenez de la politique de réduction des risques, c'est un thème qui n'est plus à mes oreilles depuis quelque temps » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique) ; « *le Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance, avant il finançait les trucs de seringue, mais maintenant ça va être des postes de lutte contre la radicalisation. Ça va être aussi du matériel de vidéosurveillance, de caméras, ça va être tous les potelets du centre-ville pour éviter les camions fous. Oui, pour répondre à votre question, les financements ne sont plus du tout fléchés vers la réduction des risques » (Entretien, membre du service Tranquillité Publique) ; dès lors, « *les responsables sentent le malaise et on en parle. Après, il y a malaise, mais c'est aussi la réalité de notre époque. La répression, les caméras. À l'époque où on travaillait avec l'association de prévention, on a eu des postes de perdus parce que c'était la mouvance des caméras. C'était le FIPD, à l'époque. Ça a fait sauter deux postes d'éducateur pour 20 ou 30 caméras. Ce sont des choix et des tendances » (Entretien, membre du service Tranquillité Publique).****

Ces décisions sont politiques et nationales mais restent négociables en fonction des élus locaux. À La Rochelle, « *le maire actuel a des doctrines plus fortes en termes de sécurité que le précédent, qui était plus sur la prévention. Là, nous avons mis le curseur plus sur le côté méditerranéen que sur le côté grand ouest qu'on avait avant » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). D'un autre côté, le service Tranquillité Publique possède une branche prévention qui a un rôle d'apaisement et de régulation. Cela permet de pondérer les décisions politiques jugées « sévères » par ce service, qui dit rappeler le triptyque obligatoire pour une conduite politique pertinente celui de la prévention, de la dissuasion et de la répression.*

Cependant, ce service ne représente qu'une petite partie de l'offre : « *Alors, 95 % du service, c'est la police municipale en tenue. Et le reste, ce sont deux-trois collègues qui sont là, qui sont en animation de réunions de quartiers* » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique)

Ce triptyque est très scindé et les différents corps de métier sont assignés à une certaine mission qui induit certaines représentations. L'aspect préventif est attribué aux travailleurs sociaux. L'un des membres de la police municipale montre cette codification à travers des nuances dans sa pratique : « *Des fois, on intervient sur n'importe quoi, l'argumentaire du contrevenant nous persuade, ça transpire l'honnêteté alors que, légalement, il a commis l'infraction, on se dit c'est bon. On a une gratification interne, le sentiment de bien-être. On ne le fait pas tout le temps, parce que sinon on changerait de métier, assistante sociale. Le côté mère de famille, si vous dites à un gamin je t'en mets une et que vous ne la mettez jamais, vous n'allez pas être efficace. Il faut trouver le juste milieu, sans perdre de crédibilité. C'est important de toujours rester crédible. J'ai un précepte, il vaut mieux être craint que d'être pris pour un con. On est dans une société qui est toujours en négociation* » (Entretien, membre de la police municipale). L'assignation d'un des aspects de ce triptyque est visible au sein des missions et des attentes issues des places professionnelles. Autre élément présent dans cette citation : le côté éducatif mêlé à celui punitif. L'autre exemple, national, qui montre un découpage entre les différents aspects du triptyque, est l'amende forfaitaire pour les consommateurs de cannabis. Après une expérimentation, celle-ci a été généralisée mais nous ne voyons toujours pas apparaître des éléments de suivi préventifs ou sanitaires pour accompagner cette sanction.

Cette codification est présente dès la formation de ces professionnels. Les policiers municipaux nous ont fait part d'un manque de temps et de formation concernant la mise en place de discours préventifs lors d'actes répressifs : « *Notre prévention, c'est la peur du gendarme et de l'uniforme, qui fait qu'ils n'ont pas envie d'être placés en garde à vue ou de nous revoir. Du coup, nous avons une prévention par la dissuasion plus que par la pédagogie* » (Entretien, membre de la police municipale). Toutefois, il y aura une « *temporalité de la prévention [qui] suit le rythme d'alcoolisation ou de "défonce", soit de l'étudiant, soit du SDF* » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). Cette temporalité s'appuie sur les horaires et sur les saisons : « *Alors maintenant, quand on m'appelle et que nous avons un souci avec des gens toxicos ou des SDF, j'envoie la police municipale et c'est vrai que je me déconnecte un peu de... Et peut-être que nos interventions sont un peu plus rudes et plus répressives, parce que maintenant nous avons davantage de personnel répressif. Avant, à La*

*Rochelle, l'associatif prenait le pas sur le répressif. Maintenant quand on renouvelle les postes, ce sont des postes de policiers, des postes pour la propreté urbaine et beaucoup moins pour les éducateurs de rue ou des choses comme ça* » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). Le groupe « *suivi des sans-domicile fixe* » était tenu par des services sociaux alors qu'aujourd'hui, celui-ci est coordonné par la police municipale, ce qui modifie les interventions : « *Mais avec le temps, pour vous dire, c'est la police municipale qui tient ce groupe de travail, depuis ce nouveau mandat, puisque le maire pour les commerçants, etc. aimerait un cœur de ville le plus propre possible. Donc, il y a vraiment une entrée... Les faits sont remontés et discutés que par le canal Police. Ça limite un peu les choses. Mais au moins, ça a le mérite, quand même, d'exister sur des situations qui s'enkystent un petit peu, des rassemblements, où, en fin de journée, quand il fait chaud, l'été, ça se termine mal, des fois, sur des terrasses du restaurant* » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). On est ainsi passé à des « *stratégies militaires, de terrain et géographiques, pour faire bouger et puis c'est tout. C'était un peu violent, parfois* » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique).

Après avoir interrogé le délaissement, nous passons maintenant à l'éviction spatiale des personnes usagères de drogues, dont les sans-domicile fixe. La politique de la ville se concentre sur l'image urbaine. L'augmentation du budget de la police municipale, de son effectif, ou encore la création d'une brigade de nuit, ont engagé une mise à l'écart du centre-ville de ces publics : « *Alors, la politique du maire de La Rochelle, elle a été de mettre à distance tous les gens de la rue vers l'extérieur, sans leur proposer des choses particulières. Et cela est passé par un décret anti chiens pour mettre ça en place. On va dire ça comme ça* » (Entretien, Samu social). Cette éviction entraînerait une double peine pour ces individus : « *En s'établissant dans les quartiers, ils ont pris demeure un peu dans les caves, ils ont rencontré d'autres personnes qui étaient aussi en situation de précarité ou d'autres problèmes et en mélangeant les problèmes, on voit comment ça fait dans les quartiers, ça devient explosif et voilà* » (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). Ces stratégies sont centrées sur les touristes et les commerçants. Ce deuxième public a également posé plusieurs problèmes par rapport à l'activité sociale. Entre 1997 et 2003, le Bus 25<sup>330</sup> distribuait des documents sur la prévention aux différents commerçants. Cette passerelle n'était pas bien perçue : « *On a testé et on a vu que ce*

---

<sup>330</sup> Le Bus 25 était une action d'intervenants de rue. Les équipes qui émanaient de ce Bus, en contrats aidés, faisaient de la médiation de rue, pendant l'été. Pendant les *Francofolies*, et au nom de la prévention, ils passaient chez les commerçants pour remettre des documents.

*que les commerçants voulaient, c'est que les gens dégagent. Ils n'étaient pas forcément adhérents à cette notion de prise en compte et d'intérêt justement. Eux, il ne fallait pas que ça gêne devant leur boutique »* (Entretien, Samu social). Cette expérience a été mise en péril par une demande plus répressive de la hiérarchie. Dans ce rapport de médiation, il fallait être du côté de la ville et du côté des bénéficiaires précaires, mais cette équipe, de par un axe social, a choisi le parti des usagers : *« On a vite arrêté ça, parce qu'on était identifiés comme un peu la milice qui dégagait les gens dès que ça gênait. Après, des fois, c'est vrai que ça pouvait apaiser. Mais je crois qu'on a pu tester avec cette expérience, parce que c'était vraiment de la présence avant tout. Après, je pense qu'on a pris le parti de la rue, on ne peut pas le nier »* (Entretien, Samu social). Cette médiation est aujourd'hui beaucoup plus rapide et est considérée comme l'échelon qui précède l'intervention policière : *« Je suis franche, je leur dis : "Moi, je suis celle qui arrive, avant que la police arrive", parce que c'est comme ça que ça fonctionne. Généralement, la médiation, c'est ça »* (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). Néanmoins, nous pouvons relativiser cet ancrage dans la répression par un nouveau dispositif, celui de l'amende pour ivresse sur la voie publique. Ce qui est innovant dans cette sanction qui est à hauteur de 120 euros, c'est que ces montants sont reversés pour la prévention. Les amendes liées au ramassage des personnes ivres transportées aux urgences sont collectées pour mener des actions de prévention.

La politique de la ville est également calquée sur l'opinion de sa population. Si nous ne pouvons généraliser à l'ensemble de la population rochelaise, nous avons remarqué des actions spécifiques contre la précarité en centre-ville. Par exemple, un panneau était placé sur un bateau. Sur celui-ci était inscrit : *« Si tu donnes de l'argent à un SDF, tu auras 65 euros d'amende »*. Cette inscription démontre une volonté d'éloignement d'une population qui paraît ici *« gênante »*. Du côté de la municipalité, cette éviction est différente. Le service Tranquillité Publique, lors d'événements festifs, propose aux personnes précaires de partir du centre-ville. Cette proposition est répressive puisqu'après avoir envoyé un intervenant qui demande ce déplacement, ce sont les policiers qui interviennent : *« C'est qu'à un moment donné, je les renvoie à leur statut de citoyen, de libre arbitre, c'est-à-dire qu'ils ont le choix. Moi, je leur disais : "Vous avez le choix de voir avec moi et de partir tranquillement, par train, avec vos chiens, et voilà. Et puis, vous avez le choix, vous faites votre choix – parce que, moi, je ne vais pas insister pendant 200 000 ans non plus ?". Moi, je leur dis : "Vous avez le choix ?". Après, la police, quand ils m'appelaient, ils me disaient "On aimerait mieux que ça se passe...". Parce qu'ils n'ont pas envie de conflit, forcément. Ce n'est pas que c'était la police que, tout de suite,*

*qu'ils veulent tabasser. Et la police n'avait pas envie de les tabasser. Ils me disaient : "Nous, on n'a pas envie de le faire dans la violence et le militaire. Est-ce que vous pouvez discuter avec eux pour leur faire comprendre que s'ils partaient, ce serait mieux pour eux". Parce qu'après, s'ils font des contrôles... C'est comme ça, s'ils arrivent, c'est contrôle d'identité, et il y en a, des fois, c'est direct aussi la prison. Parce qu'ils sont recherchés... Je le sais. Je connais. Voilà. Il faut discuter avec eux en leur disant : "Vous savez, après, ils vont faire des contrôles d'identité. Ça ne va pas être simple pour vous. C'est une petite ville ici – je leur dis – vous n'êtes pas à Paris, où vous pouvez vous planquer" »* (Entretien, membre du Service Tranquillité Publique). La mise à l'écart de ce public va jusqu'à l'ajustement de certaines interventions.

Cette éviction spatiale ne s'en tient pas uniquement à celle du public lui-même. Le dispositif « *Logement d'abord* » possède des appartements qui sont destinés à un public précaire avec des problèmes d'addiction. Les logements qui ont été retenus pour ce dispositif ont été choisis par rapport aux exigences de la ville et des propriétaires. L'emplacement des logements est ainsi contraint. Ces habitats sont placés à l'extérieur du centre-ville : « *Plutôt en extérieur, on n'en a qu'un seul en centre-ville. Après, dans l'association, on a la chance d'être appuyés par une agence à vocation sociale qui a déjà fait un travail de fond, qui a des contacts avec des propriétaires privés, voilà mais c'est surtout autour : La Palice, principalement Port Neuf* » (Entretien, Samu social). Les interdictions et les dissipations induites se rapportent également aux structures comme le Samu. En période estivale, les maraudes de cette association sont spatialement cadrées puisque leurs membres ont l'interdiction de stationner sur le port et aux alentours ; ce lieu touristique est « *préservé* ». Ces interventions sont perçues comme attirantes pour ces publics : « *Mais on a l'interdiction de passer sur le port, on a eu des interdictions de passer à la grosse horloge [...]. Souvent, c'est l'été. À partir du moment où il y a des touristes. De juin à septembre, on n'a plus le droit de passer en centre-ville, sur le port* » (Entretien, Samu social). La ville, pour s'assurer de ces évictions, sanctionne parfois le stationnement de la camionnette du Samu par le biais de la police municipale alors que ces derniers savent que ces professionnels vont au plus près des personnes précaires qui se trouvent proches des places où le stationnement est compliqué : « *Du coup, on se gare sur deux spots vraiment en particulier place de Verdun : soit on se gare sur les places qui sont réservées aux petites voitures et semi bus Yellow, qui est collé en fait à la grande ligne de taxis, qui n'est jamais utilisée mis à part peut-être les 10 mètres au bout par 2 taxis tard le soir. Donc soit on se gare là, soit on se gare sur la place de Verdun carrément. En fait, on se met quasiment à proximité du cercle, là où il y a le vitrail dessus, juste avant les ascenseurs, on se gare sur ces*

*deux-trois spots. Et hier, ils étaient garés sur les places de taxis Yellow et il y a un flic qui est venu en disant : “Vous savez que c'est 90 € d'amende là, vous utilisez la voie des bus, vous êtes pas un bus”. Notre collègue, elle était pas trop OK parce qu'elle a dit 90 € c'est pour sa pomme quand même hein, mais après tu ferais remonter le truc, attends, on est Samu social. On l'a déjà dit, \*\*\*\*\* il a dit qu'il appellerait. C'est des jeux en fait, c'est bête mais c'est des jeux entre professionnels, on est, on travaille finalement avec un même public mais on est sur une optique différente, voilà » (Entretien, Samu social).*

S'ajoute à ces types de mise à l'écart l'aménagement urbain. Celui-ci est modifié pour éviter la stagnation d'une population précaire sur les places du centre-ville. Par exemple, devant l'État civil, beaucoup de sans-domicile fixe restaient autour d'un arbre et, face à ce constat, la ville a décidé d'installer une barre de fer en diagonale puis a rempli l'intérieur de terre pour que ce public ne s'y installe plus. Certaines banques ont investi dans des dispositifs de ce type pour leurs devantures. Une autre illustration probante est celle d'une rue à La Rochelle ; celle-ci concentre des conflits entre les commerçants et le public précaire. De ce fait, la ville a installé des lumières le long du trottoir. Ainsi, cette luminosité permettrait d'éviter des rassemblements. Ce type de pratique est spécifique pour ce public puisqu'en général, la politique de cette ville mise davantage sur la réduction de la consommation d'électricité. Il existe une pression supplémentaire d'éviction spatiale que sont les passages de la police municipale. Le matin, tôt, celle-ci vient réveiller les sans-domicile fixe pour qu'ils se déplacent. De plus, la propreté urbaine enlève et jette leurs affaires régulièrement. Cette violence institutionnelle est accentuée par les arrêtés municipaux sur la consommation d'alcool dans l'espace public ou ceux sur la réduction du nombre d'animaux de compagnie.

Sur le parc privé, ce type d'éviction est très évocateur de la représentation des usagers de drogues. Ceux qui s'injectent cherchent souvent des endroits à l'abri des regards pour effectuer leur pratique ; du fait qu'aucun lieu n'existe sur le territoire rochelais concernant l'injection, ils utilisent régulièrement les toilettes pour consommer. Lorsque la ville ou les propriétaires du lieu où se trouvent les toilettes constatent cette consommation par la présence de seringue, les installations sont modifiées. Si, à plusieurs reprises, le CAARUD a été contacté afin de régler le problème, les modifications étaient déjà engagées. Par exemple, au Parking Saint-Nicolas, le CAARUD a répondu à une demande du propriétaire en installant une affiche aux toilettes spécifiant de rapporter le matériel usager au CAARUD et la possibilité de trouver du matériel stérile ; les membres de cette structure ont également « *fait passer le mot en permanence pour que le message se diffuse* » (Entretien, CAARUD) par le biais des usagers

eux-mêmes. Cependant, dès la mise en place de cette prévention, le propriétaire du parking a fait installer des lampes violettes<sup>331</sup> pour ne pas que les consommateurs puissent s'injecter dans ce lieu. Cette mécanique a d'ailleurs eu des effets inverses puisque les usagers s'injectaient encore ; effectivement, aucun autre lieu relativement « paisible » n'est disponible pour ces pratiques. En plus d'entraîner une continuité dans ces pratiques au sein de leurs toilettes, ces professionnels ont accentué les risques qu'encourt l'utilisateur pendant l'injection.

Après l'éviction comme type d'interventions répressives, nous pouvons analyser les éléments en lien avec l'exigence des structures et leurs protocoles. Les travailleurs sociaux de nos structures d'enquête, et surtout le CAARUD qui se démarque par des prises en charge en marge, nous ont fait part d'injonctions paradoxales auxquelles font face l'ensemble des travailleurs sociaux aujourd'hui. Ces paradoxes s'appuient sur l'équilibre entre une volonté d'efficacité et une volonté d'adaptation. Les structures de réinsertion par le logement, comme Archipel à La Rochelle, proposent une démarche en trois étapes : Stabilisation, CHRS et « *Logement éclaté* ». Toutefois, plusieurs critères sont difficiles à remplir pour ces personnes précaires : les réponses tardives contrairement à la demande d'immédiateté, la collectivité forcée, faire une cure de désintoxication avant l'entrée dans la structure, les horaires à respecter, un rythme général imposé, etc. : « *Je trouve que ce qui est dur, c'est de se dire qu'on ne leur laisse pas le temps et qu'on les met en échec, une fois de plus. Parce que les structures ne sont pas adaptées à ces problématiques. Ce n'est pas adapté aux grands précaires* » : « *“Tu dois arriver à 17 h 30 et tu ne peux pas ressortir du tout, et tu ressorts à 8 h 30 le lendemain matin”. Un gars qui est sous prod, qui a besoin d'alcool, tu ne peux pas. Donc, les mecs ne tiennent jamais. Ou quasiment jamais. 17 h 30. Ce n'est même pas... l'été en plus. Nos SDF n'y vont quasiment jamais. Ce n'est pas fait pour eux, oui. Nos usagers de drogues, un mec qui doit se shooter, un mec qui doit boire, ce n'est pas possible, il ne peut pas se retenir. Donc, il va frauder, il va le faire en “loucedé”, il va se faire “choper”, il va se faire virer. Ils sont assez durs. Le cadre de l'accueil de nuit et l'accueil de jour, ils peuvent te virer... Eux, c'est comme ça* » (Entretien, Samu social). Ces protocoles sont encore plus difficiles pour ces personnes qui sont souvent issues de l'Aide sociale à l'Enfance, et qui ont alors l'impression de revivre des situations antérieures, et une certaine infantilisation ; de même, pour ce public qui est souvent passé par des périodes d'incarcération et qui n'a pas envie d'être « ré-enfermé ». Même lorsque ce type de structure accepte de faire entrer ces publics dans une démarche de réinsertion en son

---

<sup>331</sup> Type d'éclairage qui éviterait les usages de drogues du fait que le consommateur ne peut voir ses veines pour s'injecter.

sein, nous voyons que les exigences sont trop importantes ; si ce n'est pas l'utilisateur qui souhaite partir, c'est la structure qui entraîne ces départs, le droit à l'erreur n'étant pas présent : « *En fait, on se rend compte que beaucoup de structures n'ont pas conscience de ce qu'ils vivent à la rue. Du coup, la marche est trop haute. Ils ont beau faire des efforts. Limite, des fois, ils ont fait une erreur : "Ah, ben non, ce n'est pas la peine, il n'y arrivera pas". Il faut leur laisser le temps. Ils ne sont pas patients* » (Entretien, Samu social). Ces démarches sont nommés : « *les escaliers* » par nos enquêtés ; en ce sens, ils montrent que les structures demandent aux personnes de passer dans les dispositifs d'urgence, de stabilisation, de CHRS puis elles engagent l'arrêt des consommations pour aboutir en haut des marches, ce qui correspond au logement autonome. Cette logique est d'ailleurs inversée dans le dispositif « *Logement d'abord* ».

Ces différentes exigences peuvent mettre en évidence une certaine intolérance envers les pratiques et les modes de vie. Les processus d'autonomisation au sein de ces structures sont en réalité mis de côté puisqu'ils sont inscrits dans un cadre précis. Néanmoins, ces protocoles sont amenés par les institutions et ils ne sont pas le résultat des travailleurs sociaux eux-mêmes : « *Après, avec les injonctions qu'ont les CHRS, eux, au bout de deux ans, ils doivent avoir 60 % de réussite entre l'insertion professionnelle et l'insertion par le logement. Donc des obligations de résultat, sinon baisse de financements. Donc, forcément, ça a laissé sur le côté une partie de la population qui était beaucoup plus fragile* » (Entretien, Samu social).

Sur le territoire rochelais, beaucoup de structures intègrent plusieurs dispositifs. Par exemple, au niveau national, le CCAS s'occupe du service domiciliation des personnes sans abri. À La Rochelle, ils délèguent cette partie à l'association l'Escale par des financements. Cet aspect entraîne la modification des habitudes administratives nationales que certains usagers avaient intégrées. De plus, lorsque les associations en charge de ces différents dispositifs connaissent des dysfonctionnements, cela a une répercussion sur l'ensemble de leurs services et, par conséquent, sur la prise en charge des bénéficiaires : « *Et quand une association a trop de services, un CHRS, un dispositif de veille sociale, accueil de jour, accueil de nuit, un service domiciliation, on a vu des personnes, si elles posent problème dans un dispositif, avoir les autres dispositifs qui ferment leurs portes* » (Entretien, Samu social).

Au sein du CSAPA associatif, les protocoles amènent également des interventions de type « *répressif* ». Dans le cadre d'un traitement de substitution, le patient doit être vu en alternance par le médecin et par l'infirmier. D'un autre côté, ce protocole est différent selon le

médecin qui prend en charge le patient. Cette structure ne fonctionne pas comme les autres CSAPA. Ici, l'ensemble des professionnels fait l'accueil, tandis que dans les autres structures de ce type, en France, « *l'infirmière voyait tous les patients et elle orientait. C'était l'infirmière qui décidait si le patient avait besoin de voir un médecin, si le patient avait besoin de voir un psychologue, si le patient avait besoin de voir un éducateur. C'était elle qui "dispatchait"* » (Entretien, CSAPA). Le protocole va encore plus loin puisque les rendez-vous ne durent que trente minutes et, « *dans ces 30 minutes, [le professionnel] doit remplir toute la grille sur ProGdis, [il] doit faire une analyse d'urine, [il] doit présenter l'association, parler du secret médical, parler des lois informatiques et liberté, commencer déjà par dire comment peut se passer la prise en charge* » (Entretien, CSAPA). Pour autant, lorsqu'un usager vient consulter, c'est que le calcul coûts-bénéfices de son usage se déséquilibre. Ainsi, expliquer à un individu en souffrance qu'il devra passer quatre rendez-vous d'évaluation avec un questionnaire dans le but d'homogénéiser et de standardiser les pratiques, peut être vécu comme une injonction ; cela peut entraîner une perte du patient qui ne reviendra pas. L'ensemble de ces protocoles ne sont logiquement pas négociables, comme le remplissage du « *dossier patient* ». L'objectif est la transmission simplifiée d'un dossier lorsque les professionnels sont en congés ou lors de *turn-over*. Cependant, les professionnels de cette structure montrent que l'oralité, lors de réunions, est beaucoup plus pertinente que les écrits standardisés. Le dernier exemple d'intervention répressive est la diminution de la méthadone lors de retards de rendez-vous. Lorsqu'un usager arrive en retard ou ne vient pas au rendez-vous, cela entraîne une diminution de la dose du traitement comme sanction. Cet apaisement chimique est alors perçu comme une finalité, tandis que cela n'est qu'une partie du traitement dans le cadre de la réduction des risques.

Dans une autre optique, nous voyons que certains protocoles du CSAPA sont réducteurs : « *Il y a un logiciel à côté assez fantastique qui s'appelle ACX. À partir de la demande de la personne, on voit de quoi elle a besoin et on fait une priorité des besoins. Vous voyez, ça part vraiment de la demande de la personne* » (Entretien, CSAPA). S'ils mettent en avant le caractère non passif de l'individu et sa prise en compte dans les démarches de soins, nous pouvons tout de même relativiser ces propos. L'automatisation informatique de ce triptyque « *demande de l'utilisateur/besoins/priorisation* » serait-elle de répondre aux réels besoins individuels des usagers ? Cette informatisation n'est-elle pas un frein à l'autonomisation et à la considération des savoirs profanes des individus accompagnés ?

Une dernière illustration nous permet d'apercevoir le caractère injonctif de certaines pratiques médicales. Dans le cadre d'une arrivée, le médecin fait automatiquement, selon son diagnostic et en fonction des prises de risques de l'individu, un TROD : « *Nous, on est peut-être un peu plus incitatif, en disant : "Ben, écoutez, vous avez touché à ça, donc, on va vous dépister". Après, on peut dire, tous les gens qui rentrent, on les dépiste. Après, c'est très variable, il y en a qui veulent d'autres non. C'est comme dans la population. Il y en a, oui, il y en a, non. C'est très variable, mais ils ne sont pas contre, ils ne sont jamais contre. Chaque fois que j'ai sorti mon truc pour faire un TROD, personne n'a jamais dit : "Non, jamais" » (Entretien, CSAPA).*

La régie de quartier « *Diagonale* », qui possède un dispositif de réinsertion des personnes précaires par l'emploi, montre certaines interventions sélectives. Les exigences d'investissement et de motivation mettent à l'écart une partie de notre population. Ces éléments sont évalués régulièrement par le biais de bilan et d'un suivi par les accompagnateurs socioprofessionnels avec lesquels les bénéficiaires doivent définir des projets. La notion de projet est très importante dans ce dispositif et est rédhitoire ; l'individu qui n'a pas de projet sera exclu du dispositif : « *Si l'individu n'a pas de projet, alors on stoppe. Les objectifs sont à long terme, ils doivent voir après la Régie, il faut les mettre en action, qu'ils soient acteurs de leur propre parcours et qu'ils s'approprient le moment pour s'investir* » (Entretien, Régie de quartier Diagonale). Par les objectifs mêmes du dispositif, les sans-domicile fixe ont été mis de côté à cause de situations d'échecs récurrents : « *Ils lâchent tous, il faut travailler sur le relogement avant, sinon ça échoue. La première étape dans le processus d'autonomie est le relogement. S'il y a une dynamique de relogement, alors on accepte parfois, mais rarement, ces profils, sinon on les refuse. Le rythme de la rue n'est pas compatible avec notre offre* » (Entretien, Régie de quartier Diagonale).

Pour ce qui est du CAARUD, nous voyons également un protocole dans cette structure ayant pourtant des marges de manœuvre plus élevées. Des règles sont fixées et sont perçues, même par les professionnels, comme trop rigides. Ces protocoles restrictifs ne sont pas comparables au degré de répression des interventions vues précédemment ; le seuil de tolérance y est plus élevé ; ainsi, les exigences internes ont moins d'impacts sur les usagers<sup>332</sup>. Un des

---

<sup>332</sup> La réception des différentes stratégies d'autonomisation analysées seront mises en lumière dans la sous-partie suivante.

seuls exemples présent au CAARUD est l'interdiction de la consommation d'alcool<sup>333</sup> dans l'enceinte de l'association. D'un autre côté, cette restriction est souvent réduite dans le sens où elle ne représente pas la loi. La dernière illustration est la demande de sortie ; lors des permanences, les professionnels ne souhaitent pas qu'il y ait des va-et-vient incessants<sup>334</sup>. De ce fait, une inscription sur la porte signifie que « *toutes sorties sont définitives* ». Ces allers-retours sont souvent dus à la consommation d'alcool ; les usagers laissent leurs bouteilles et/ou cannettes à l'extérieur du bâtiment et ressortent pour consommer. La question de la consommation d'alcool au sein du CAARUD est alors une interrogation permanente. Toutefois, les professionnels de cette structure possèdent quelques doutes sur la continuité de leur stratégie focalisée sur l'éviction de la répression et la liberté d'action. Les valeurs de l'association AIDES seraient possiblement mises en péril par l'intégration d'un CAARUD en son sein. Cette nouveauté, ainsi que d'autres dispositifs, entraînent des financements publics. Ceux-ci conduisent à des réglementations, des normes et des devoirs d'évaluation : « *Alors, de moins en moins quand même, j'ai peur que les choses évoluent trop, dans un sens particulier, vu que maintenant qu'il y a des financements publics, c'est nouveau pour l'association. Je crois que c'est depuis l'arrivée des CAARUD. Depuis, les CAARUD ont été créés Aides s'est mis gestionnaire de CAARUD et a découvert le principe du financement public et donc des comptes à rendre. Et, du coup, tout l'enjeu est de réussir à garder les valeurs et la façon de travailler et en même temps être aussi du côté des financements. On ne fait plus ce qu'on veut* » (Entretien, CAARUD).

Dans une grande partie des structures venant en aide aux usagers précaires, dont ceux ayant des problèmes en lien avec l'addiction, la question des projets est centrale. La projection est un axe important dans le processus d'insertion et d'autonomisation. Néanmoins, nous nous sommes aperçus que cette centration était souvent portée par une logique de « *faire pour* » plutôt que de « *faire avec* » ou de l'« *autochangement* ». Si la démarche première est celle du patient, le projet est davantage décidé par l'intervenant. De ce constat, l'autonomisation et la prise de décision des accompagnés ne sont pas développées : « *Si chaque fois on dit, "ce qui est bien pour toi, c'est ça". Donc là, effectivement, si on prend cet axe-là, c'est-à-dire laisser les*

---

<sup>333</sup> Cette interdiction est présente dans l'ensemble des structures analysées précédemment. Toutefois, nous voyons que celle-ci n'est mise en avant que par les professionnels du CAARUD.

<sup>334</sup> S'ils acceptent ces allers-retours, les professionnels passent le temps de la permanence à venir ouvrir aux usagers. Leur temps de travail serait donc très réduit.

*gens prendre leurs propres décisions, y compris parfois si ce sont les pires, c'est pour qu'elles soient en capacité de prendre des décisions, et c'est souvent l'inverse* » (Entretien, CAARUD).

Nous avons vu précédemment le parcours type débutant en stabilisation vers le CHRS puis le « *logement éclaté* ». Si celui-ci peut convenir à certains individus, ce parcours peut être considéré comme généraliste et devrait être adaptable et individualisable. Cette imposition, au-delà du fait qu'elle puisse être inadaptée, ne développe pas la prise de décision des individus qui se lancent alors dans un parcours institutionnalisé par paliers. En plus de devoir passer chaque étape, ces décisions d'évolution ne sont pas prises par le patient mais par rapport à des évaluations et des bilans, certes inhérents aux efforts des bénéficiaires, mais souvent décidés par les intervenants. Si ces bénéficiaires sont motivés par cette démarche en « *escalier* », les décisions de passage d'un type d'habitat à un autre ne leur reviennent pas.

Dans ce même cadre injonctif, nous voyons que le CSAPA décide, pour les traitements de substitution aux opiacés, de prescrire en premier recours la « *buprénorphine haut dosage* » avant la méthadone. Ce choix est lié au fait que la « *buprénorphine* » est un agoniste partiel et non complet ; elle a des effets modérés sur les récepteurs par rapport à l'agoniste complet, ce qui engage des conditions de prescription plus souples. Toutefois, cette caractéristique n'empêche pas les débats nationaux du fait des mésusages et du trafic de cette substance. En 2006, ce débat a débuté à partir de la volonté du président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Didier Jayle, proposant le classement de cette substance sur la liste des stupéfiants pour lutter contre le mésusage et le trafic. Cette oscillation entre le répressif et la réduction des risques est encore présente. Les acteurs de cette seconde voie ont été engagés face à cette décision ; ils affirment que cette mesure fragiliserait le dispositif de soin sans pour autant régler la question du trafic. Son inscription sur cette liste a été mise de côté au profit d'autres techniques comme le développement de l'accès à la méthadone (prescription par les médecins de ville ou d'équipes mobiles de médecins) ou encore la multiplication des contrôles de l'assurance-maladie dans les régions très concernées par le trafic.

Une autre illustration locale de cette indécision entre le répressif et la réduction des risques est celle du dispositif « *accès facilité* » à La Rochelle. Celui-ci a été arrêté en 2006. Le CSAPA associatif et le Samu social s'étaient réunis pour former ce dispositif qui permettait d'accéder à un traitement de substitution avec une ordonnance, mais sans accompagnement. Ce n'est pas dans le dispositif lui-même que nous voyons ce vacillement mais davantage par

rapport aux représentations de ce dernier. Nous remarquons que l'arrêt de ce dispositif est en lien avec la direction qu'il prenait au fur et à mesure ; cela ne convenait pas à l'une des deux structures, le Samu social : « *On a arrêté, parce qu'on n'arrivait plus à s'y retrouver. Ça a duré trois ou quatre ans, le projet. On sentait qu'il y avait cette présence du médical qui venait jouer sur ces populations-là, qui était un peu lourde. En fait, on leur a laissé le projet en leur disant d'en faire ce qu'ils voulaient, mais on ne voulait plus le suivre. Dans la modification que ça prenait. On trouvait que c'était très intrusif* » (Entretien, Samu social).

Effectivement, les conditions d'accès se modifiaient et le dispositif devenait de plus en plus restrictif : « *Toutes ces choses ont évolué parce que je suis arrivée en même temps qu'\*\*\*\*\* et puis nous, ça nous a beaucoup interrogé par rapport à ce qui se faisait. Donc, on a essayé de faire évoluer cela. On a réussi à le faire évoluer et puis maintenant, c'est même supprimé. Il n'y a plus cet accès facilité qui, finalement, était devenu dépassé parce que nous, on prend les gens où ils en sont et toujours évidemment en essayant de les motiver à arrêter mais on n'y arrive pas toujours puisque des fois, on y va un peu à leur rythme mais, au moins, on va vers l'abstinence* » (Entretien, CSAPA). Aujourd'hui, dans nos entretiens, le Samu social est convaincu de l'importance d'un tel dispositif lorsqu'il est à très « *bas seuil d'exigence* ». Inversement, le CSAPA montre que ce dispositif était répressif : « *Donc, avec des modalités très restrictives. On ne donnait pas plus de 40 mg, il fallait venir tous les jours. Il fallait venir le vendredi pour avoir une ordonnance le week-end et on ne pouvait pas avoir moins, on ne pouvait pas avoir plus. C'était très restrictif mais on ne demandait rien au patient. Le patient venait et voyait une fois le médecin ; après, on ne le revoyait pas pendant un an* » (Entretien, CSAPA). Les avantages perçus par la structure du Samu social sont appréhendés comme des inconvénients par les membres du CSAPA.

Au sein du CSAPA associatif, l'injonction thérapeutique fait partie des mesures proposées par les intervenants. Il en existe trois types : les obligations de soins, les injonctions thérapeutiques et les injonctions préventives. Les obligations de soins, prévues par l'article 132-45 du Code pénal, sont mises en œuvre sans procédure particulière. Elles sont apportées par la justice à la suite d'un passage devant le tribunal correctionnel dans le cadre de l'usage de stupéfiants.

Certains se voient proposer cette obligation à la suite d'une peine. Avec l'approbation du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, ils peuvent être soumis à cette obligation comme mise à l'épreuve.

Les usagers doivent solliciter le CSAPA qui suit le remplissage de cette démarche en partenariat avec le service précédemment évoqué pendant plusieurs années parfois.

L'injonction thérapeutique, quant à elle, fait appel à l'intervention d'un médecin relais qui se doit de donner un avis à l'autorité judiciaire sur la motivation de l'opportunité médicale de la mesure. Ce suivi socio-judiciaire est mis en place en cas d'expertise médicale concluant à la possibilité de soins dans le cadre d'un sursis, d'une libération conditionnelle, ou encore d'une surveillance judiciaire. L'obligation peut également consister en une injonction thérapeutique pour les personnes condamnées faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcoolisées.

**Tableau n° 43 : Comparatif entre l'obligation et l'injonction de soins**

| Nature de la mesure        | Cadre légal  | Modalités   |
|----------------------------|--|---|
| <b>Obligation de soins</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle judiciaire</li> <li>- Ajournement avec mise à l'épreuve</li> <li>- Sursis avec mise à l'épreuve</li> <li>- Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général</li> <li>- Mesures d'aménagement de peine.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'expertise préalable n'est pas nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer.</li> <li>- Elle peut être ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines à tout moment de la mise en œuvre de la mesure.</li> <li>- Le dispositif repose sur la production d'un justificatif de suivi par l'intéressé ; la concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé reste à la discrétion des acteurs de terrain.</li> </ul> |
| <b>Injonction de soins</b> | <p>La loi du 10 août 2007 a posé <b>le principe de l'injonction de soins</b>, sauf décision contraire de la juridiction, dès lors que la personne est condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité d'un traitement.</p> <p>Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suivi socio-judiciaire ;</li> <li>- surveillance judiciaire ;</li> <li>- libération conditionnelle ;</li> <li>- sursis avec mise à l'épreuve ;</li> <li>- surveillance de sûreté ;</li> <li>- rétention de sûreté.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'expertise médicale préalable est nécessaire pour l'ordonner ou la prononcer et la supprimer, le cas échéant après débat contradictoire.</li> <li>- Elle peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines.</li> <li>- Le médecin coordonnateur sert d'interface entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines.</li> </ul>   |

*Source : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative (2009), Guide de l'injonction de soins, Paris, p. 14.*

Lorsqu'un individu est sanctionné pour la première fois pour usage de stupéfiant, il peut bénéficier de l'injonction préventive : « *Ce sont trois rendez-vous obligatoires avec nous. On parle un petit peu des faits, c'est individuel, parler un peu de leur histoire, de leur consommation, de leur vie* » (Entretien, CSAPA). Cette injonction est proposée à partir d'une convention signée entre le directeur du CSAPA et le parquet de Charente-Maritime. Celle-ci, lorsqu'elle est courte, est dite « *préventive* » du fait qu'elle est une alternative à la sanction financière et aux poursuites judiciaires en Charente-Maritime ; elle est amenée par le procureur à la suite d'une arrestation par la police sur l'espace public à pied ou en voiture ; lorsque le test salivaire s'avère positif ou que les personnes détiennent une petite quantité de cannabis, de crack ou encore d'héroïne, elles doivent alors passer devant le procureur et se voient accorder une mesure d'injonction préventive dans le cadre d'une première convocation uniquement : « *Quand c'est l'obligation, c'est une sorte de punition, c'est une amende. Faire des stages de sensibilisation, là c'est plus une contrainte. Les mesures injonction préventive, il y en a beaucoup toutes les semaines, ça dépend aussi de la personne. J'essaie de dire que tout ce qui*

*va se dire reste forcément là, il y a le secret professionnel, ils peuvent utiliser les lieux pour ces trois rendez-vous pour dire des choses. C'est intéressant aussi que ce n'est que trois fois, on peut donner des conseils sans qu'on ne le revoit. Je peux avoir des mineurs qui sont accompagnés des parents, je peux avoir des partenaires foyer de l'enfance, des éducateurs qui accompagnent un jeune. C'est plus un côté préventif, même si on peut se faire arrêter à un moment donné par la police. C'est plus ça que les obligations de soins, je suis un peu critique avec mon petit vécu » (Entretien, CSAPA). Ces personnes ont un procès-verbal, une évaluation et un retour au procureur qui choisit de classer, ou non, le dossier sans suite, ou d'orienter vers le délégué du procureur qui informe de ce choix entre l'injonction préventive et les poursuites judiciaires : « Pour moi, c'est plus cohérent que les obligations, ça peut porter comme ça peut être réellement préventif de dire : "Attention, vous avez déjà touché la justice, vous avez eu la chance de ne pas avoir de casier judiciaire, mais faites attention" » (Entretien, CSAPA).*

Cette mesure peut être comparée à la prescription de participation aux réunions des Alcooliques Anonymes, perçue comme un outil thérapeutique incitatif. Elle ne représente pas une décriminalisation mais elle apporte des éléments de formation, de prévention et d'exploration. Cette mesure a pour objectif de comprendre si l'usage est simplement récréatif ou s'il est régulier et nocif. Cette évaluation par le CSAPA permet ensuite de mettre en place un suivi adapté, si la personne souhaite poursuivre. Lors de cette injonction, le CSAPA doit simplement faire un retour à la justice concernant les dates auxquelles l'utilisateur est venu. Si le patient suit ces trois rendez-vous, les intervenants renvoient un document signé au tribunal qui permet de classer « *sans suite* » le dossier et de ne laisser aucune trace dans le casier judiciaire.

Les intervenants du CSAPA mettent en évidence les désavantages de ces mesures. Les patients venant dans le cadre de l'obligation de soin ou de l'injonction préventive seraient moins motivés que les usagers volontaires. L'accompagnement de ces individus est perçue comme complexe puisque ceux-ci viennent parfois uniquement pour une attestation de présence comme justificatif auprès du tribunal. D'un autre côté, l'objectif de ces mesures est la dédramatisation des prises en charge en centre de soins ; par exemple, la localisation de ce centre hors de l'enceinte des hôpitaux peut être perçue comme un « *mastodonte* » caractérisé par l'impersonnalité. Les trois entretiens permettent de mettre en avant la neutralité, la bienveillance, l'anonymat et la gratuité de la structure. Selon le rapport d'activité 2019 du CSAPA associatif, 8 % des personnes étant venues dans le cadre d'une mesure d'injonction préventive (MIP) ont continué, ou sont revenues, pour un accompagnement dans les mois qui ont suivi la MIP, mais « *en partant du principe qu'il y a des gens qui vont rentrer dans le soin*

*par une injonction judiciaire, la majorité va faire ce qu'on lui demande sur place et une fois qu'elle sera sortie va reprendre sa consommation, voire va l'augmenter* » (Entretien, CAARUD).

Les stratégies répressives sont présentes sur le territoire rochelais et « *si la répression recule, est-ce que, pour autant, il y a de la prévention derrière qui avance ? Je n'ai pas l'impression, c'est un statu quo* » (Entretien, membre de la communauté d'agglomération). Selon les différents professionnels, la prévention utilisée ne fonctionnerait que partiellement, et réciproquement, l'outil politique qu'est la répression également : « *Il peut arriver que pour certaines personnes qui sont en prison, cette prison va leur permettre d'entrer dans le soin pour l'hépatite C. Il peut arriver à la marge que l'injonction de soins que tu vas faire auprès des CSAPA, ou autres, puisse fonctionner. Pour la prévention, c'est pareil* » (Entretien, CAARUD). Le leitmotiv des intervenants est souvent de remettre un maximum d'individus dans le milieu ordinaire à travers des outils d'autonomisation. Toutefois, il faudrait « *accepter l'idée qu'il y a des gens qui ne seront jamais capables de vivre dans un milieu ordinaire* » (Entretien, CSAPA).

L'ensemble des stratégies utilisées par les accompagnants diffèrent selon plusieurs facteurs : le domaine professionnel, la structure dont ils font partie, les formations, les théories ou des approches dans laquelle ils s'inscrivent, etc. Le rapport entre ces facteurs et l'accompagnement a été plusieurs fois étudié. La diversité des professionnels et de leurs approches constituent parfois des barrières pour l'accompagnement : « *Il y a des gens qui sont pris en charge pendant des mois, voire des années, par les médecins infirmiers mais ils ne veulent pas avoir les psys parce que lorsqu'ils étaient jeunes ça s'est mal passé, donc pouvoir parler avec les gens et dé diaboliser l'image du psy. Psy en CSAPA ce n'est pas psy en libéral* » (Entretien, CSAPA). Lorsque nous parlons des formations lors des entretiens, nous nous rendons compte que les volontés des structures ont un réel impact sur l'accompagnement effectué par les professionnels ; pour l'illustrer, certaines structures imposaient des formations payées par des laboratoires : « *Que ça soit payé par des labos qui vendent des médicaments. J'aurais préféré que ça soit une formation plus neutre* » (Entretien, CSAPA). Ce type de formation a pour objectif d'harmoniser les pratiques au sein d'un même centre. Ces impositions ne sont pas dans l'ensemble de nos structures enquêtées, elles diffèrent selon la présence et l'acceptation de différentes idéologies : « *Et plus souvent, des professionnels en faisant la représentation que j'ai, qui ont un parcours singulier et qui sont en toile de fond un peu militants, en tout cas, comme une vraie posture citoyenne. Et donc, ça fait du bien parce que ce*

*n'est pas toujours le cas en CSAPA » (Entretien, CAARUD). Ainsi, le militantisme prôné par une structure est un élément de diversification des techniques d'intervention.*

#### *B.4) Une autonomie aux compréhensions composites*

Lorsque nous avons abordé le sujet de l'autonomie avec les différents enquêtés, nous nous sommes rendu compte que ce vocable ainsi que sa compréhension revêtaient des formes plurielles. Les parties suivantes ont été scindées par rapport à trois manières d'enclencher le processus d'autonomisation : l'estime de soi, l'éducation et l'injonction. À partir de ces stratégies, nous pouvons faire plusieurs constats concernant la relation entre usager et autonomie. À travers notre problématique, nous considérons que les usagers sont représentés, par les professionnels, comme des individus ayant des déficits en matière d'autonomie. Cependant, si l'ensemble des professionnels montre une certaine forme d'amorce de ce processus, leur constat de départ est différent. Nous allons centrer cette section sur ces approches ainsi que sur leurs effets. L'accès à l'autonomie est présenté comme complexe, et les parcours pour sa progression sont divers.

Par les différentes méthodologies utilisées, nous pouvons mettre en évidence trois perceptions de ce lien : une partie des professionnels font état d'un manque d'autonomie des usagers de drogues ; une autre les considère comme autonomes ; une dernière approfondit ces points de vue en attestant qu'une partie de ce public ne pourrait jamais accéder à cette capacité. Ces différents avis sont corrélés aux pratiques mises en avant précédemment.

Les professionnels qui constatent un manque d'autonomie des personnes qu'ils accompagnent entrent dans des pratiques éducatives et injonctives. Ce jugement de faible autonomie est lié aux difficultés financières et psychologiques qu'ils perçoivent chez ce public. Ces aspects sont considérés comme des « *handicaps* » dus à l'environnement « *hostile* » dans lequel ils seraient. Le bilan de ces praticiens se concentre sur la demande d'immédiateté et le besoin d'instantanéité. Courante dans notre société, ils laisseraient transparaître une insécurisation des individus. Les situations précaires dans lesquelles ces usagers se trouvent ne leur permettraient pas d'être autonomes face à différents domaines tels que la gestion administrative, les interactions sociales ou encore l'employabilité. Les demandes hâtives, difficiles à satisfaire dans le contexte structurel actuel, dévoileraient des volontés d'« *assistanat* ».

À cela, les professionnels ajoutent que les usagers demandent souvent à ce que l'accompagnant fasse les démarches à leur place. Même à partir des explications des

intervenants, les usagers ne souhaiteraient pas toujours poursuivre les démarches, seuls. Cette partie des professionnels constate un manque d'autonomie des personnes accompagnées. Pour pallier cela, les acteurs utilisent des stratégies entrant dans des approches éducatives et injonctives. Elles permettraient d'éduquer et de contraindre ces individus à se projeter et à entrer dans un processus d'autonomisation : « *Mais la priorité quand on est précaire, quand on n'a pas de toit, quand on a du mal à accéder aux soins et tout ça, la priorité, ce n'est pas d'être autonome. On est obligé de forcer ce processus* » (Entretien, CSAPA).

Avec ce même constat de volonté d'immédiateté des réponses, d'autres professionnels relativisent ce manque d'autonomie. L'instantanéité demandée est davantage comprise par certains professionnels qui généralisent ce caractère à l'ensemble de la population. Cet aspect ne serait pas synonyme de manque d'autonomie puisqu'il serait plus en lien avec des tensions sociétales, accentuées par le culte de la performance. L'analyse faite de cette demande d'immédiateté est différente de celle précédemment évoquée. De ce constat, ces professionnels considèrent ces usagers comme autonomes : « *Ils sont dans une situation compliquée, moi je n'y arriverais pas si j'étais à leur place. Ils se débrouille carrément au quotidien. Ils ont des compétences, on les sous-estime. Ils savent utiliser les services sociaux, ils font leurs choix, après il y en a qui ont l'envie, d'autres moins, c'est tout* » (Entretien, CAARUD). Cette acception implique des stratégies d'intervention associées à l'estime de soi. Ce travail est également centré sur le processus d'autonomisation.

Dans ces conditions, pourquoi les professionnels croyant à la présence d'autonomie chez ces usagers travaillent-ils autour de cette thématique ? Pourquoi travailler sur un axe qui serait déjà atteint ? Ils justifient ce travail à partir de deux constatations : l'estime de soi permet le renforcement de l'autonomie de l'utilisateur, et l'autonomie dans laquelle les usagers s'inscrivent est différente de celle de la norme sociétale. La demande d'autonomisation des publics provient souvent d'une exigence institutionnelle en direction des acteurs de l'accompagnement. Cette invitation semble parfois complexe à mettre en place. Les acteurs doivent éviter la construction d'un lien de dépendance, perçu comme un obstacle pour accéder à l'autonomie. Cependant, cet appel à devenir acteur pourrait rendre également dépendant, et freiner l'autonomie d'utilisateurs qui ne seraient pas « *prêts* » à entrer dans cette démarche. Cette prise de risque ne serait pas bénéfique. Ces accompagnants partent du principe que les usagers ont une certaine autonomie, et que, en cas de certains déficits, il n'y aurait que la volonté de la personne elle-même qui permettrait d'entrer dans ce processus.

Ces professionnels font le constat qu'il existerait plusieurs sortes d'autonomie dont celle de la norme sociétale et celle engagée par la grande précarité et l'expérience de la rue. Pour eux, ces types sont très différents, voire paradoxaux. L'autonomie s'appuie sur quatre caractéristiques : physique, psychique, sociale et juridique. Les professionnels qui considèrent les usagers comme des individus autonomes s'attachent davantage à certaines de ces caractéristiques, tandis que ceux se concentrant sur le manque d'autonomie se focalisent sur d'autres.

Pour les premiers, l'autonomie sociale et physique est mise en avant. Ils mettent en valeur ces deux caractéristiques, tout en montrant que ces facultés sont décuplées par l'expérience de la rue. En plus de faire état d'aptitudes importantes, ils ne sous-estiment pas les deux autres aspects de cette autonomie même s'ils sont parfois relativisés. Ce sont justement ces deux types d'autonomie, psychique et juridique, qui sont désignés dans le manque d'autonomie signalé par le second groupe de professionnels. Toutefois, la définition de l'autonomie conserve sa complexité et donne lieu à des débats par rapport à sa conceptualisation et à son opérationnalisation.

Si, dans le travail social, la notion d'autonomie est centrale, elle est souvent attachée à des catégories de personnes, définies préalablement par des dispositifs, voire des politiques publiques. La différence entre l'autonomie de la norme sociétale et celle provenant de la grande précarité et/ou de l'expérience de la rue revient, en réalité, à celle entre l'autonomie que nous nommerons « *individuelle* » et l'autonomie « *sociale* ».

Lorsque les professionnels font référence à la norme sociétale, ils s'attachent à l'autonomie sociale qui correspond aux différents domaines de la vie quotidienne, dont le logement, la sociabilité, la santé ou encore la gestion administrative. Ceux qui se consacrent à l'autonomie individuelle, ici développée par une situation précaire, la définissent par rapport à une capacité de l'individu à faire des choix de vie associée à l'autonomie. Pour autant, l'autonomie sociale serait l'aboutissement du point de départ que représente l'autonomie individuelle, ici le processus de développement personnel : « *L'autonomie sociale c'est par rapport à la société. L'autonomie tout court c'est par rapport à soi-même en tant que personne. L'autonomie tout court, c'est un préalable à l'autonomie sociale, elle la conditionne. Il faut être autonome par rapport à soi avant d'être autonome dans la société* » (Alberola et Dubéchet, 2012, p. 149).

L'autonomie individuelle et l'autonomie sociale sont différemment liées par les deux groupes. Le groupe considérant une autonomie partielle des usagers met davantage en avant l'autonomie sociale. De cette centration, il juge ces individus comme faiblement autonomes. L'autonomie individuelle, quant à elle, est parfois distinguée mais reste minoritaire. Dans le second groupe, la distinction entre ces autonomies est très présente. Il est fait état d'une très bonne autonomie individuelle des usagers mais on les considère moins autonomes dans le cadre des processus institutionnels d'autonomisation, c'est-à-dire par rapport à l'autonomie sociale. La norme sociétale imposant un type d'autonomie serait inadaptée à ce public.

Le dernier groupe de professionnels, parfois imbriqué dans les deux catégories précédentes, pense que certains usagers ne pourront jamais être autonomes au sens de celle sociale. Cette cellule peut être divisée en deux par rapport aux raisons données par les professionnels concernant cette acquisition : l'un par implication dans un « *contrôle externe* » et l'autre par l'omniprésence des expériences de la rue comme obstacle au retour à la norme d'autonomie. L'accès à l'autonomie serait illusoire parce que la consommation de drogues, lorsqu'elle devient « *problématique* », et l'autonomie ne pourraient pas coexister, ou parce que les usagers auraient une autre autonomie que celle demandée. Pour la première division, nous avons pris comme point de départ la théorie de l'attribution causale du psychosociologue Fritz Heider.

Dans l'ouvrage *The Psychology of Interpersonnal Relations*, cet auteur montre l'existence de deux processus d'attribution de la cause d'un évènement chez un individu : le « *contrôle externe* », qui correspond à l'assignation d'une cause à un élément extérieur à l'individu, et le « *contrôle interne* », basé sur l'affection d'une cause à l'individu lui-même. Si cette théorie mène à celle de la responsabilisation, certains professionnels situent une partie des usagers dans le contrôle externe. Les individus pouvant accéder au contrôle interne pourraient davantage maîtriser les situations que ceux se trouvant dans un contrôle externe. Celui-ci représenterait une barrière à l'accès de l'autonomie sociale. Dans cette optique, les usagers ne seraient pas capables de remise en cause et d'amélioration de leur situation.

Le retour à la norme d'autonomie est perçu comme délicate par les professionnels qui jugent les expériences de la rue comme définitivement ancrées chez l'individu : « \*\*\*\*\*, par exemple, n'a pas été capable d'aller à Archipel, parce que se retrouver entre quatre murs avec des horaires à respecter, pour lui... Pourtant sa vie ne le satisfait pas. Il en a marre, sauf que la marche est trop haute. Et en dehors de ça, il n'y a rien pour lui » (Entretien, Samu

social). Ainsi, même si la personne arrive à sortir de la rue, son parcours serait indélébile et synonyme d'obstacle pour rentrer dans la norme d'autonomie. Pour ce dernier constat, les enquêtés ajoutent que les dispositifs actuels ayant pour objectif l'autonomie sont parfois contradictoires. Cette partie des travailleurs sociaux met en avant une dissonance cognitive : « *Je dis qu'on met de l'errance en tant que travailleurs sociaux. Quand on voit qu'au 115, on fait naviguer les gens sur tout le département, sur tous les accueils de nuit du département, forcément, on met de l'errance dans leur vie. Après, on leur demande d'avoir des repères et de se stabiliser* » (Entretien, Samu social).

L'objectif d'autonomisation est fluctuant. La diversité et l'hétérogénéité de l'acception et des dimensions de ce terme entraînent des enjeux différents. Ce vocable peut être pris sous un angle général qui revêt indifféremment la composante « *autonomie* » et celle de l'« *autonomie sociale* ». Cette indétermination est souvent utilisée par les professionnels qui considèrent les usagers comme des individus « *pas autonomes* », surtout lorsqu'ils font partie des acteurs de la théorie de l'attribution causale. L'objectif est ainsi généralisé à la politique d'insertion. L'autonomie peut également être comprise comme un segment des actions. Tel est le cas lorsque les professionnels perçoivent uniquement l'autonomie sociale comme le groupe considérant les usagers comme partiellement autonomes. Enfin, l'autonomie peut être un objectif mis de côté. Les professionnels considérant les usagers comme autonomes se focalisent sur l'autonomie seule, sans travailler fortement sur l'autonomie sociale.

Ces conceptualisations et ces mises en œuvre soulignent une exploitation polysémique. Si l'autonomie est un procédé courant dans l'action sociale, elle n'est que très peu verbalisée devant le public. Les explications de son utilisation délicate sont diverses : utilisation et définition complexe, renvoi à un sentiment péjoratif aux usagers (le fait d'être « *non-autonome* »), compréhension de l'autonomie diverse, etc.

À travers notre questionnaire, 70 % des répondants, peu importe la structure dans laquelle ils s'inscrivent, ont mis en avant le caractère financier de l'autonomie ; il faudrait aux usagers un salaire pour qu'ils soient autonomes. Cette représentation est différente de celles perçues par les professionnels. Si l'objectif de l'emploi comme moyen de stabilisation et d'autonomie est certainement un objectif partagé par les accompagnants et les bénéficiaires, cet aspect ne serait qu'un segment de l'autonomie. En effet, dans nos entretiens avec les acteurs du territoire, l'autonomie était un terme familier mais également perçu comme « *creux* » par

rapport à la diversité des modes d'assimilation et des représentations qu'il engendre, tantôt utilisé comme moyen, tantôt comme finalité.

**Tableau n° 44 : Récapitulatif des différentes stratégies d'autonomisation sur le terrain rochelais**

| <b>Stratégie d'autonomisation</b>  | Approche par l'estime de soi  | Approche par l'éducation  | Approche par l'injonction   |
|--|---|---|---|
| <b>Acteurs rochelais</b>   | CAARUD<br><br>Samu social   | CSAPA associatif<br><br>CSAPA hospitalier<br><br>Service Prévention et Promotion de la santé  | Service Tranquillité Publique   |
| <b>Considération du degré d'autonomie des usagers</b><br><br><b>Acception du terme autonomie</b> | Autonomie individuelle<br><hr/><br>Constat qu'il existe plusieurs types d'autonomie | Dépend du degré de précarité<br><br>Précarité forte = pas d'autonomie sociale<br><br>Précarité faible = autonomie sociale à faible degré<br><hr/><br>Une seule autonomie existante, celle de la norme sociétale = autonomie sociale | Pas d'autonomie sociale<br><hr/><br>Une seule autonomie existante, celle de la norme sociétale<br><br>= autonomie sociale |
| <b>Stratégie privilégiée</b>   | Réduction des risques   | Prévention  | Dissuasion  |

### C) Une volonté étatique de rapprochement entre le domaine social et le domaine médical : des pratiques encore hésitantes

Nous avons mis en avant quelques exemples de segmentation entre le domaine social et le domaine médical, telle la suspension du dispositif « *accès facilité* ». Les volontés étatiques du rapprochement entre ces deux domaines s'appuient sur une décision d'harmonisation des pratiques professionnelles. Nous entrerons ainsi dans l'analyse de ces différences à travers plusieurs axes : les représentations, les idéologies et la réduction des risques. Simultanément, nous montrerons que cette fragmentation est éventuellement vouée à disparaître à travers les sollicitations partenariales.

#### C.1) *Des représentations rapprochantes mais encore disjointes*

Nous avons analysé les représentations des différents acteurs enquêtés à travers la méthode de l'entretien. À partir de ceux-ci, nous avons pu dégager trois axes de représentations : celui des usagers et de leur identité, celui de la drogue et celui de la finalité de l'accompagnement. Les résultats de ces trois catégories ont été extraits de chaque entretien, par individu, indifféremment de la structure d'appartenance de l'enquêté. À la suite de ce tirage, nous avons regroupé les représentations similaires par groupe d'enquêté. Si nous mettrons en évidence quelques variantes intra-groupales, ces compilations sont fidèles aux perceptions de la structure dans laquelle s'inscrit l'acteur ; les enquêtés du CSAPA ont des représentations similaires, ceux du CAARUD également et, par analogie, l'ensemble des structures et de leurs acteurs.

Dans le cadre de nos entretiens, nous avons décidé de ne pas restreindre nos questions autour du public sur lequel nous nous concentrons pour notre étude. Pendant ce type d'enquête, nous n'avons donc pas défini une population cible en nous limitant à l'expression « *usager de drogues* ». Cette stratégie avait pour but de voir quelle signification nos enquêtés mettaient derrière. Le domaine de l'acteur et sa profession ont donc eu un rôle important dans la définition de ce vocable ; les objectifs et publics cibles des missions des acteurs ont été déterminants dans la caractérisation de l'« *usager de drogues* ». Pour comprendre ces représentations, nous avons amené nos interlocuteurs aux autres facettes, non envisagées par le répondant, afin d'appréhender l'ensemble de ces perceptions. Cet aspect permettait d'analyser le choix de leurs pratiques.

Lorsque nous abordons le sujet, la définition d'« *usager de drogue* » est hétérogène. Nous pouvons former deux groupes de représentation : l'un comprenant le CSAPA, le CAARUD et le Samu social, l'autre le Service Tranquillité Publique et le Service Prévention et

Promotion de la santé. Cette classification s'appuie sur leurs missions qui se concentrent sur un public précis. Lorsque nous interviewons des acteurs des structures du premier groupe sur les usagers de drogues, ils caractérisent ces derniers comme des personnes précaires, souvent sans-domicile fixe. L'ensemble de leurs réponses s'appuie sur cette définition. À l'inverse, le second groupe s'appuie sur une autre caractérisation, celle des étudiants. Les problématiques auxquelles ces groupes font référence sont ainsi modulées par cette définition. Toutefois, le Service Tranquillité Publique l'aborde également sous l'angle de l'errance. Ces aspects sont très importants car ils influencent les perceptions tant sur le public que sur les pratiques.

Nous avons pu former des groupes de représentation en ce qui concerne la traduction que font les professionnels de l'expression « *usager de drogues* ». Pour l'axe suivant, sur les perceptions de ce public, nous n'avons pas pu construire de catégorie du fait de l'hétérogénéité de résultats. Chaque structure, en fonction de sa mission, caractérise le public de manière différente.

Le CSAPA, qui prend les usagers de drogues sous l'angle de la grande précarité, pense que ces personnes manquent de connaissances à propos des risques pour la santé. Ses membres se représentent ce public comme une entité *sui generis*. Néanmoins, ils font part de la réalisation, par l'usager, du déséquilibre entre le coût et l'avantage de la consommation. Cette asymétrie serait la clé de la venue d'un usager au sein du CSAPA. L'usager franchirait le pas de cette structure lorsqu'il réalise que les coûts de sa consommation sont plus élevés que les avantages. D'un autre côté, ces professionnels insistent sur l'ignorance des usagers et l'importance des savoirs experts qu'ils transmettent.

En revanche, les acteurs du CAARUD ne pensent pas ce public dans un rapport sachant/ignorant. Dans leurs discours, ils essaient de se détacher des stéréotypes attachés à ce public : « *Tu vois, punks à chiens. Donc ils ont profité du truc, ils ont dit : "Ils ont peur de nous ? On va leur faire peur". Vous voulez qu'on vous fasse peur, on va vous faire peur. Donc on va vous regarder en vous faisant peur, en criant, on parle fort. Alors qu'ils franchissent la porte d'ici, ce sont des bébés, des gens qui vont me taper la bise. Ils vont se poser et vont pleurer. Voilà les punks à chien que l'on a. Mais parce qu'on les regarde pour ce qu'ils sont. Et ils sont obligés de faire voir l'image que la société veut voir d'eux. Ils veulent voir des gens qui leur font peur, ils font peur aux gens* » (Entretien, CAARUD). Cette stratégie leur donnerait accès à la réalité de ces individus. Pour autant, ils ne mettent pas de côté la situation de précarité dans laquelle ils sont ; mais, cette caractéristique générale serait le seul identifiant de ce groupe.

De plus, ils conçoivent la précarité d'une autre manière ; par les échanges avec les usagers, les professionnels relativisent certaines situations, et évitent de juger ces dernières à partir de leurs propres catégories liées aux configurations individuelles. Un membre du CAARUD nous donne un exemple issu d'observations en période de questionnaire de la structure : « *Estimez-vous être dans une situation précaire ? Des fois, tu as envie de les remplir à leur place. Mais non ! J'ai vu des gens à la rue qui m'ont dit : "Non, \*\*\*\*, j'ai du RSA. J'arrive à acheter ma bouffe. Je ne paie pas de loyer, parce que je suis à la rue. J'ai ma dope, j'ai ma bouffe, j'arrive à gérer. Je dors à droite à gauche, j'ai une tente. Je n'ai pas froid. Quand j'ai froid, je mets une couverture de plus". Il dit : "Non, je ne me sens pas précaire". Tu te dis : "Putain, ah ouais !". Parce que tu as une autre vision. Tu es en appart, en maison. La précarité, au bout de deux jours, tu te pendrais. Les mecs, précaire, ce n'est pas ça. "J'ai 500 balles de RSA, ce n'est pas de ouf, mais je ne paie pas de loyer, pas d'électricité, pas de..." Il faut éviter de se mettre à la place d'eux, c'est important* » (Entretien, CAARUD). Les professionnels mettent aussi l'accent sur les connaissances de ces usagers. Ils seraient davantage des experts de la drogue que les professionnels eux-mêmes. L'image de ce public par cette structure est non déterminée puisqu'une seule caractéristique serait constitutive. Parallèlement, le Samu social s'inscrit dans cette même caractérisation. Ce public aurait la volonté de sortir de cette situation précaire, et ce seraient davantage les réponses inadaptées qui feraient obstacle.

Pour le Service Tranquillité Publique, ainsi que les différentes branches internes (Service Prévention de la Délinquance et Police Municipale), prévaut une tout autre représentation de ces publics, perçus comme des individus, certes résistants face à des situations de vie complexes, mais qui choisissent leur situation actuelle : « *On a une grosse population marginale sur la Rochelle, il faut savoir qu'une bonne partie veut rester tels qu'il est, c'est un choix de vie* » (Entretien, Police Municipale). À l'inverse, les professionnels du CAARUD pensent que cela ne provient pas d'une volonté de rester à la rue : « *Vivre dans la rue, c'est rarement un choix, c'est extrêmement violent d'une manière générale, c'est violent physiquement parce qu'il y a de la violence et c'est violent moralement parce que tu t'identifies dans le lieu où tu es, et les gens t'identifient à ce lieu parce que du coup tu n'existes pas, pour dix personnes qui passent, tu en as huit qui vont passer sans te regarder et deux qui vont s'arrêter, ou un qui va te donner une pièce sans te regarder pour soulager sa conscience* » (Entretien, CAARUD).

Pour le Service Tranquillité Publique, les usagers précaires ne représentent pas réellement un danger pour autrui mais, par rapport aux perceptions collectives, ils préfèrent les

évincer du centre-ville. Contrairement aux stéréotypes, ils pensent que ce sont des personnes vulnérables et plus facilement manipulables que la population estudiantine : « Avec les marginaux il y a les nuisances, il y a un sentiment d'insécurité parce qu'ils sont rassemblés. Mais, en vrai bon. Ça ne sert à rien de les verbaliser, par contre je préfère leur mettre un coup de pression. Ce que j'ai le droit de faire, la justice me dit en tant que policier vous relevez la sanction, vous la faites cesser. Moi, je préfère la faire cesser. Ils ne sont pas très compliqués, on parle du chien et puis voilà » (Entretien, Police Municipale) ; « C'est le jeu du chat et de la souris. Ils ont un certain respect pour nous dans le sens où ils nous craignent quand même. Ceux qui ne jouent pas le jeu, les chiens qui ne sont pas tenus en laisse, c'est de la divagation, fourrière, et si on leur prend leur chien, on leur prend leur gosse, donc ça les calme. Quand la porte est fermée, on rentre par la fenêtre » (Entretien, Police Municipale).

Le dernier service, celui de la Promotion de la Santé, rejoint le CSAPA quant à la représentation de ce public. Les membres pensent également le rapport sachant/ignorant mais sous un autre angle. Ce service est spécialisé dans la prévention, et c'est ce caractère préventif qui amène les professionnels à penser ce rapport. L'éducation et l'apport de connaissances sont des aspects inhérents à la prévention. Toutefois, comme cela a été souligné, ce service se focalise sur les étudiants et les fêtards plus que sur notre population cible que sont les usagers de drogues précaires. De ce fait, il n'a pas une représentation spécifique à notre public d'étude.

En ce qui concerne les représentations de la drogue, une catégorisation est également impossible entre les structures. Le CSAPA prend, de manière rationnelle, un angle médical. Ses membres se concentrent sur la dangerosité que représente chaque usage de drogues lorsqu'il est « abusif ». En cela, ils conseillent automatiquement le traitement de substitution. Pareillement, le Samu social considère cet axe comme raisonnable. D'un autre côté, les salariés laissent davantage de place à la possibilité de l'usage récréatif. Mais, dans cette optique, le CAARUD est la structure la plus centralisée sur l'aspect ludique de la consommation.

Ces professionnels pensent qu'il est présent, même lorsque l'usage est régulier et important. La dangerosité de la drogue se trouverait plutôt dans la manière de consommer<sup>335</sup> que dans l'usage lui-même. Ces acteurs prennent en compte les deux types d'addiction mises en avant dans la théorie du renversement de Michael Apter<sup>336</sup> : celle pour une recherche de

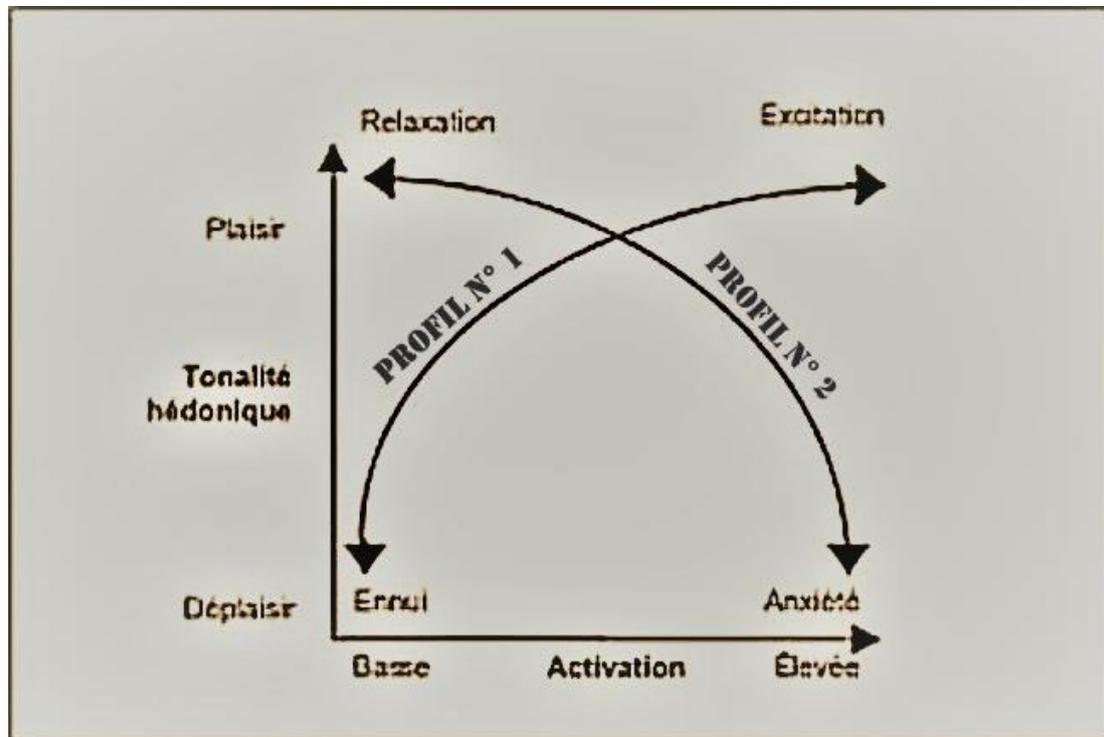
---

<sup>335</sup> La manière de consommer comprend ici : les gestes, les outils, la qualité du produit etc.

<sup>336</sup> APTER Michael (2001), *Motivatioal Styles in Everyday Life: a Guide to Reversal Theory*, Washington, American Psychological Society.

sensation, de danger et de spontanéité (cf. Figure n° 21, Profil n° 1) et celle sur l'esquive de sensations, la maîtrise de soi, sans recherche de danger (cf. Figure n° 21, Profil n° 2).

**Figure n° 21 : Courbes théoriques de la théorie du renversement d'après Michael Apter**



Source : APTER Michael (2001), *Motivatioal Styles in Everyday Life: a Guide to Reversal Theory*, Washington, American Psychological Society, p. 134-139.

Inversement, les deux services suivants, celui de la Tranquillité Publique et celui de la Promotion de la Santé, perçoivent la drogue en fonction de leurs représentations de la dangerosité. Pour illustrer cette catégorisation, la Police Municipale hiérarchise les drogues : « On avise l'OPJ. Quand c'est de la coke et de l'héro, on défère. Là, on ne laisse pas passer » (Entretien, Police Municipale). C'est justement cette hiérarchie qui façonne la manière de définir l'usager : « Pour eux, ils ne prennent pas de drogues, ce n'est pas possible. Ce n'est pas le même public que le CAARUD. Il est vrai qu'avant de travailler chez Aides, on peut avoir cette image-là. Le clodo, c'est vinasse. On ne pense pas principalement à la drogue pour un SDF. La drogue, l'alcool en est une, mais illégale en tout cas. On découvre un autre monde » (Entretien, CAARUD). Cependant, l'éradication reste une priorité : « Moi, c'est physique, quand je vois un joint, j'interviens et je le détruis. Il y a un acte quand même. Si je prends les

*textes aujourd'hui tels qu'ils sont, je dois relever l'infraction, c'est un usage de produits stupéfiants, c'est illégal* » (Entretien, Police municipale).

Lorsque nous proposons aux différents acteurs de décrire la réussite d'un accompagnement, les réponses diffèrent. Le CSAPA et le Service Tranquillité Publique ont la volonté de mener ces individus vers l'abstinence. Ce mot d'ordre est différent pour les professionnels du CAARUD qui pensent la réussite selon l'individu et ses propres volontés. Paradoxalement, pour ces derniers, c'est la fin de leur dispositif, le CAARUD, qui représente le succès : « *Quand on voit la difficulté qu'a un usager de drogue en cas de représentation d'aller aux urgences... Parfois, tu sais que si ça ne passe pas par nous, ils ne sont pas très bien reçus. Il y a du taf à faire. On aura réussi le jour où les gens agiront sans le CAARUD* » (Entretien, CAARUD). En cela, les salariés du CAARUD sous-entendent l'inadaptation des établissements d'accueil de ce public. Contrairement aux structures et aux services précédents, leur objectif n'est pas l'abstinence. Ils pensent la réussite selon l'individu, ainsi certains auront réussi en continuant leur consommation, mais en réalisant d'autres projets, d'autres en réduisant simplement les risques avec des gestes et des outils adéquats, ou encore en arrêtant de consommer.

Dans cette même perspective, les professionnels du Samu conçoivent la réussite par la sortie de la rue, par le conseil et l'orientation. Cette situation précaire est perçue comme dangereuse. Ainsi, le succès est représenté par une sortie définitive et est incarnée par le logement stable. La continuité de l'usage de drogues n'est pas retenue comme un critère de réussite ou non.

Le Service Promotion de la Santé s'appuie davantage sur la prévention. Ses objectifs sont de rendre les consommateurs de drogues « *raisonnables* ». C'est pourquoi le succès de ses missions se manifeste par l'amélioration des connaissances des accompagnés. Pour évaluer cette réussite, les membres du service analysent les comportements et l'évolution des discours des individus.

Pour terminer cette partie, nous nous sommes concentrée sur les représentations de la ville de la Rochelle concernant l'accueil du public usagers de drogues. Le CSAPA et le CAARUD possèdent des visions plutôt nationales. La Rochelle n'aurait pas de caractéristiques spécifiques en ce qui concerne cet accueil, et les salariés du CAARUD expliquent leur grand nombre par le climat et l'image touristique et attrayante de la ville. Pour eux, malgré des discordes institutionnelles locales, il y aurait une assez grande gamme de services proposés aux

individus, même si le centre-ville reste un endroit où ces individus ne sont pas les bienvenus. L'ensemble de ces caractéristiques seraient généralisables au niveau national.

Les membres du Service Tranquillité Publique pensent que La Rochelle est une ville qui offre beaucoup de services à ces individus. Cet aspect entraînerait un « *appel d'air* » : « *Dans toutes les collectivités il y a des marginaux, des SDF, des sans-abri et je me suis dit ici il y en a beaucoup, c'est intéressant de savoir pourquoi parce que le système français est le même partout. Vous avez droit au RSA à La Rochelle ou à Paris. Pour savoir, on a discuté avec ces gens-là, en essayant de connaître un peu leur parcours de vie, parce qu'à La Rochelle ils ont tout. Il y en a plein qui viennent d'ailleurs parce que la Rochelle, c'est le nirvana. Vous avez un accueil de jour, un accueil de nuit, vous avez beaucoup d'associations qui aident ces gens-là, donc pour eux le RSA c'est de l'argent poche. Les couvertures du Samu social, ils dorment une nuit avec et après les jettent. On a eu un problème de recyclage des couvertures et des associations qui en donnent. Les SDF aujourd'hui prennent la couverture, ils dorment et après ils la laissent sur la voie publique parce que le lendemain on va leur en redonner une autre. Je donne mon avis personnel : à un moment donné, vous êtes dépassés, en tout cas l'aide qu'on leur donne n'est pas la bonne* » (Entretien, Service Tranquillité Publique). Ces membres constatent un manque de cohérence dans les actions et désignent une offre trop séduisante.

Paradoxalement, les acteurs du Samu ont une vision beaucoup moins prestigieuse de ces offres : « *Ce n'étaient pas des bâtons dans les roues, mais ils nous disaient qu'il ne fallait pas faire un trop bon accueil, parce qu'il y a toujours cette peur de l'appel d'air. Mais ça, je l'entends partout, dans toutes les villes. Je crois que c'est une vision nationale. Et on voit des gens qui sont dans des situations d'errance de par l'administration, de par les services sociaux, et c'est peut-être là où on se plante complètement. C'est qu'en les mettant en situation d'errance et en leur disant qu'ils doivent arrêter d'être errant, on est un peu dans l'injonction paradoxale. C'est ça qu'il faut amener pour discuter avec l'ensemble des acteurs d'une cité. Il faut dire qu'il n'y a pas mort d'homme si on accueille bien les gens qui sont souvent en souffrance* » (Entretien, Samu social). Contrairement au Service Tranquillité Publique, l'offre est plus désordonnée. En ce qui concerne la distribution de couverture, les acteurs du Samu ont une tout autre version. Les personnes en situation de grande précarité n'ont pas de lieu pour stocker leurs affaires. De ce fait, elles laissent leurs effets personnels, dont les couvertures, aux endroits où elles dorment. Nous avons donc deux explications face à cette problématique : l'une des parties soutenant que les usagers laissent leurs couvertures pour ne plus les réutiliser, et

l'autre dénonçant des recyclages et des ramassages hâtifs, sachant qu'il n'y a que très peu de couvertures à donner l'hiver. L'image de l'accueil de ce public à La Rochelle est ici paradoxale.

Une ébauche de rapprochement des représentations est perceptible quant à celles du public, des drogues, des usages ou encore sur les objectifs d'accompagnement. Cependant, les idéologies sont encore "sectorisées" entre le social, le médical et la répression. Pour comprendre l'importance de ce clivage, nous allons analyser les définitions que font les enquêtés de la stratégie de réduction des risques. Cela nous permettra d'appuyer ou de relativiser nos propos relatifs aux représentations précédentes.

### *C.2) Des réductions des risques*

« En plus, en termes d'éducation, pour la réduction des risques, quand tu regardes [...] quand tu classes la dangerosité des produits, avec l'image de dangerosité qu'ont les gens sur les produits, ça n'a rien à voir » (Entretien, CAARUD). La réduction des risques est ancrée depuis deux décennies dans le champ de l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes d'addiction. Bien qu'enracinée dans les pratiques, il est important de réinterroger cette notion afin de comprendre les tenants et les aboutissants de cette stratégie. L'ensemble des techniques d'intervention dans le cadre de l'addiction à l'international sont des réponses au questionnement autour du devenir du consommateur de drogues. Nous allons analyser les différentes solutions apportées aux usagers rochelais tout en déchiffrant le contour de ces apports.

Dans le tableau n° 44 : « *Récapitulatif des différentes stratégies d'autonomisation sur le terrain rochelais* », nous avons noté les stratégies privilégiées. Si certains ne ciblaient pas celle de la réduction des risques, ils en ont tous une définition. Nous allons analyser l'ensemble de ces conceptions représentatives de leurs stratégies d'action envers notre public d'étude. Ces définitions laisseraient transparaître l'ensemble des perceptions étudiées précédemment. Nous allons donc les mettre en exergue afin d'appuyer ces résultats.

Les missions des structures enquêtées sont sectorisées entre réduction des risques, soin et répression. Ces ancrages ne limitent pas les différents acteurs à une seule et même stratégie. Tous les acteurs enquêtés nous font part d'actions en rapport avec la réduction des risques. Par contre, cette généralité n'entraîne pas les mêmes définitions et, conséquemment, les mêmes opérationnalisations. Globalement, la réduction des risques est davantage attribuée aux acteurs du domaine social. Ainsi, lorsque nous interrogeons les professionnels des différentes structures sur cette stratégie, ils nous renvoient vers ceux du CAARUD ou du Samu social qui seraient plus spécialisés. Le manque de connaissances, les représentations autour des drogues et de leurs

usagers ou encore le statut professionnel agissent dans la manière de comprendre et de mettre en place des actions de réduction.

Il existe une pluralité de dispositifs. Dans la littérature, beaucoup d'auteurs différencient trois types : médicaux, centrés sur le dépistage, le traitement du VHC et les traitements de substitution ; de terrain, mobiles ou fixes, en rapport direct avec la consommation ; ceux qui s'adressent aux personnes incarcérées. Dans ces mêmes catégories, subsiste une variété de procédés. Ceux-ci fluctuent selon la structure dans laquelle ils sont mis en place, les programmes et les objectifs des professionnels. Ces dispositifs peuvent s'insérer dans une approche de prévention des risques ou de prévention globale. Les dispositifs observés sur le terrain rochelais sont informatifs, avec la diffusion de messages préventifs, matériels avec la distribution d'outils de réduction des risques, de santé, pour tout ce qui est dépistage ou prescription, en lien avec l'accompagnement dans l'accès aux droits, au logement ou encore au soin. Ces offres sont diverses en matière de thématique, d'objectif, de lieu d'intervention et de structures et/ou de professionnels.

En revanche, toutes ces actions se rejoignent sur un point en particulier : se concentrer davantage sur les abus que sur la consommation. Ce glissement de la focalisation sur les consommateurs vers celle des pratiques, dommageables, est alors commun. Pourtant, un certain nombre de dispositifs dissimulent une volonté politique qui souhaite masquer cette partie de la population, ici les usagers de drogues précaires. Les villes empêchent ainsi certains rassemblements nommés « *scènes ouvertes de drogues* ». Ce n'est pas parce que cette ambition est présente que ces actions ne conservent pas d'intentions authentiques. Cet équilibre est parfois mis en péril selon la définition des acteurs de la stratégie de réduction des risques.

Dans notre partie théorique, nous avons mis en exergue l'existence de plusieurs types de risques. Nous savons que leur perception est liée au contexte de l'usage. Pour analyser ces différentes acceptions, nous aurions pu nous fier au seuil de tolérance de l'usage de drogues par les acteurs. Toutefois, cet aspect est difficile à étudier et reste une construction. Il nous aurait fallu une échelle de valeur qui nous paraissait subjective et individuelle. Pour contourner ce problème, nous étudierons cette tolérance à travers l'imputation de la responsabilité. Par cette attribution, nous avons pu mettre en évidence des groupes de définition, d'opérationnalisation, et mettre en valeur un des facteurs de ces différentes compréhensions. Pour comprendre ces types d'attribution, nous devons tout d'abord analyser deux diptyques : prévention globale *versus* prévention des risques, et risques face aux méfaits. La première dyade est plus empirique

et nous permettra de comprendre l'impact des publics sur la compréhension de la stratégie de réduction. La seconde, plus notionnelle, nous ouvrira aux représentations plus individuelles en nous affranchissant des missions et des publics cibles souvent imposés par la structure dans laquelle s'inscrit l'acteur.

Le couple prévention des risques et prévention globale est un sujet polémique. Il a été engendré par une compréhension hétéromorphe des objectifs de la prévention. Dans ces définitions, nous pouvons voir la réduction des addictions elle-même ou celle des dommages induits par la consommation. La prévention globale touche ces deux aspects tandis que celle des risques se concentre sur la réduction des dommages dans le cadre de l'addiction ou des consommations en général. La prévention globale «  *vise à retarder ou réduire la consommation [et] donne des messages clairs et cohérents, adaptés en fonction du public visé et de son âge, [...] travaille sur des actions d'estime de soi, sur l'appartenance, sur la vie familiale, l'insertion scolaire et professionnelle, donne des références éducatives aux adultes qui s'occupent des jeunes et agit sur les croyances normatives des jeunes et sur les normes de prise de risques. Elle donne de l'information sur les propriétés addictives des drogues, des références scientifiques internationales, etc. »* (Van der Straten, 2011, p. 157). Celle des risques «  *fournit des outils, des produits et des techniques d'usage, des brochures de réduction des risques, des seringues propres, des pailles pour sniffer la cocaïne sans contracter d'hépatite, le "testing", des conseillers jobistes, du lobbying RdR, un site web... »* (*ibid.*, p. 158). Ces deux manières d'agir auprès de la thématique de l'usage de drogue sont souvent imposées par la structure dans laquelle l'acteur se trouve.

Le Samu social s'inscrit dans une prévention globale en mettant de côté la prévention. Cette réalité n'est pas liée à des volontés professionnelles mais au programme et aux objectifs donnés par la structure. Ces professionnels ont un public assez large ou, du moins, non spécifique à l'usage de drogues. Néanmoins, une volonté très forte émane des acteurs du Samu, celle de la multiplication des spécialisations, comme la réduction des risques dus à l'usage de drogues. Le Samu est l'une des seules structures, parmi celles enquêtées, à se situer uniquement dans ce type de prévention. Le CAARUD, quant à lui, s'appuie sur une prévention des risques, basée sur la diminution des dommages causés par l'addiction. Or, ses membres s'engagent dans une prévention davantage globale en accompagnant les usagers, selon les demandes, vers l'accès au logement, au soin ou encore à la formation. Cette association s'attache à plusieurs types de dispositifs de réduction : ceux de terrain et ceux pour les personnes incarcérées. Effectivement, ces professionnels proposent un large choix d'action. De même, la double

implantation présente au sein de cette structure l'est également au CSAPA. Seulement, la prévention des risques est plutôt axée sur le traitement de substitution. La distribution de matériel stérile, les conseils sur les gestes d'usage ou encore le « *testing* » y sont mis de côté. C'est la volonté de réinsertion des usagers qui mène ces individus à la prévention plus globale. Le CSAPA s'inscrit dans les dispositifs de réduction des risques « *médicaux* ». De son côté, le Service Promotion de la Santé de la ville se concentre uniquement sur la prévention des risques dans un cadre particulier, le milieu festif. Même si ce service se consacre plus à une drogue spécifique, l'alcool, il entre dans le domaine de la réduction des risques de terrain. Contrairement aux précédentes, ces structures ne se limitent pas à celle pour les « *toxicomanes* » marginalisés et/ou exclus. Ces professionnels l'étendent à tous les publics d'usagers de drogues et ne s'arrêtent pas à l'âge mais plus au type de consommation. La dernière institution se démarque de l'ensemble des structures dans les destinataires de cette prévention. Elle se situe dans la prévention des risques mais d'une toute autre manière. Ses membres pensent le risque pour la collectivité plus que pour l'utilisateur. Cette prévention n'entre pas réellement dans la définition que nous avons faite plus haut. Celle-ci est caractérisée par l'éviction pour sécuriser l'espace public. Les professionnels travaillent davantage sur la dissuasion et le recul de l'âge du premier usage.

Le type de prévention choisie par l'ensemble de ces acteurs est influencé par les idéologies, les missions et les objectifs des structures plus que par les professionnels eux-mêmes. Pour comprendre la dynamique locale, voire nationale, de la réduction des risques, nous allons entrer dans l'étude de la seconde dyade. Traiter la sémantique qui se joue entre les risques et les méfaits revient à interroger les systèmes normatifs. Nous savons que, préalablement à la stratégie de réduction, subsistaient deux modèles, celui prohibitionniste et celui thérapeutique. Pour autant, ces deux approches pouvaient s'imbriquer et n'étaient pas paradoxales. La question est donc de savoir comment s'articulent deux autres modèles coexistant aujourd'hui, la réduction des risques<sup>337</sup>, qui fait ici référence à celle des méfaits, et la gestion des risques ? Le passage de ces deux modèles aux autres était-il un réel changement de mode de régulation ou plutôt une cohabitation encore présente ? Pour répondre à ce questionnement, nous allons d'abord comprendre la différence que nous faisons entre les termes « *méfait* » et « *risque* »,

---

<sup>337</sup> Nous avons justifié plus haut notre volonté de garder l'appellation « *réduction des risques* » par rapport, non pas à la normativité, mais davantage à la popularité de ce terme en France. L'objectif était de le garder afin de ne pas entrer dans une certaine subjectivité.

puis nous allons tenter de comprendre les ancrages des acteurs rochelais dans cette différenciation.

Guy Rocher<sup>338</sup> utilise le concept d'« *internormativité* » pour montrer la coexistence de plusieurs systèmes normatifs dans la régulation d'un même champ<sup>339</sup>. L'analyse de ce rapport entre les différentes pratiques aura pour but de comprendre la dynamique de cette stratégie émergente, la réduction des risques. Nous souhaitons appréhender les diverses manières d'expérimenter cette approche et déterminer les facteurs de cette hétérogénéité.

Nous savons qu'aujourd'hui la perspective d'éradication des drogues, même si elle peut être sous-jacente, a été mise de côté au profit d'une option palliative souhaitant réduire les effets délétères. Cette stratégie mise davantage sur la neutralisation des méfaits que sur une ambition de disparition des comportements d'usage. Les termes de « *méfait* » et « *risque* », souvent perçus comme équivalents, sont des dénominations aux significations distinctes. Pierre Lascoumes<sup>340</sup> a défini les méfaits comme des dommages évitant un calcul mathématique et probabiliste par une certaine infaillibilité inhérente à l'addiction. Le risque, quant à lui, « *se définit comme un aléa anticipable. Par ce fait même, il devient potentiellement doublement maîtrisable : dans son apparition (par la prévention) et dans ses conséquences (par les garanties en cas de dommage)* » (Lascoumes, 1994, p. 68). Le vocable de risque nous fait entrer dans un calcul actuariel puisque « *c'est aussi l'époque de la découverte du social et de ses lois autonomes, tels les lois statistiques et le calcul des probabilités. Il ne s'agit plus comme auparavant de discipliner des corps, de leur accorder le droit de vivre ou de leur imposer la mort, mais de régulariser leur totalité et leur flux, en contrôlant les processus qui assurent la vie et sa reproduction. L'exercice du pouvoir se fait moins individualisant que globalisant, s'adresse plus à "l'homme-espèce" qu'à "l'homme-corps"* » (*ibid.*, pp. 72-73). Celui-ci est ainsi inséparable du vocable « *sécurité* » dans une rationalisation sociale générale entre ordre et désordre. Le risque possède une portée plus générale et collective dans un objectif de régulation et de possible contrôle. Contrairement à celui-ci, les méfaits sont prévisibles et

---

<sup>338</sup> ROCHER Guy (1996), « Les "phénomènes d'internormativité" : faits et obstacles », in BELLEY Jean-Guy (sous la dir. de) (1996), *Le Droit soluble : contributions québécoises à l'étude de l'internormativité*, Paris, Librairie générale de Droit et de Jurisprudence, pp. 25-42.

<sup>339</sup> *Ibid.*, p. 26.

<sup>340</sup> LASCOUMES Pierre (1994), « VIH, exclusions et lutttes contre la discrimination : une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction de la gestion des risques », *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 61-75.

peuvent être anticipés : « *Un double déplacement est ici à observer qui, d'un côté, a transformé la notion de danger et de menace et qui, de l'autre, correspond à l'apparition de nouvelles techniques sociales de prise en charge de leurs conséquences. Le risque est un danger prévisible, un trouble maîtrisé. Le risque est un facteur de désordre partiellement ordonné, alors que le danger ou la menace relevaient d'une fatalité ou de facteurs impondérables* » (ibid., p. 68).

Ces deux principes sont actuellement présents. C'est pourquoi le questionnement se meut dans les rapports et les influences de ces deux notions. Il y aurait l'apparition d'un glissement des finalités de la réduction des méfaits vers celles des risques. Nous l'observons notamment avec le Service Tranquillité publique qui apporte davantage de réponses aux besoins de la collectivité qu'aux individus, usagers de drogues. Ce phénomène est également perceptible dans les autres structures mais d'une autre manière. La récupération institutionnelle de ces stratégies amène une autre visée, celle de la neutralisation des groupes pouvant être perçue comme des menaces pour le « *vivre-ensemble* » : « *On peut ainsi déceler dans cette récupération le passage d'un mode de régulation axé sur la réinsertion sociale du déviant vers un mode de régulation où la priorité devient la neutralisation des risques inhérents à certaines conduites humaines, en l'occurrence à certaines formes de pratiques psychotropes* » (Quirion, 2002, p. 486).

En effet, l'intervention sur les méfaits individuels se déplace sur ceux collectifs : « *Bah, en plus d'essayer de régler certains problèmes du gars, on permet aussi qu'il soit au courant de ses maladies, comme ça il ne les transmet pas aux autres. C'est ça aussi, éviter que ses problèmes, qui sont apparus avec son usage problématique, n'aillent pas sur les autres qui n'ont parfois rien demandé* » (Entretien, CSAPA). Même si ces professionnels restent dans une démarche individualisée, prônant l'amélioration des conditions de vie de l'utilisateur, il y a un passage sur la sécurisation du collectif. Les différents acteurs énumèrent plusieurs thématiques, comme les actes délictueux ou criminels, lorsqu'ils s'engagent dans un discours de réduction des risques. La communauté reviendrait alors au centre de cette nouvelle stratégie. L'exemple le plus éloquent est celui des discours médiatiques autour des salles de consommation à moindre risque. De l'implantation à l'évaluation actuelle de ces salles, nous remarquons l'ubiquité de la thématique de tranquillité publique (voir photo n° 6). Si elle n'est pas négligeable, elle ne représente pas l'un des buts principaux et authentiques de cette stratégie aux réponses plus individuelles.

Photo n° 6 : « Le bilan est très positif » pour la « Salle de shoot » de Paris



Source : Grand Paris, 7 mai 2021.

Le parallèle peut également être fait avec les traitements de substitution. Nous percevons un discours professionnel qui s'appuie davantage sur une approche concernant les conséquences néfastes envers la communauté que sur une visée clinique et individuelle. Ces différents aspects montrent une certaine porosité entre la stratégie de réduction des méfaits et celle de la gestion des risques, tout comme il y en avait à l'époque entre le niveau répressif et le niveau sanitaire. Ces deux ordres normatifs sont plus en lien que cela ne peut paraître, par une heuristique de récupération de l'une des deux approches par l'autre ou par l'introduction de l'une dans l'autre. Cependant, il ne faudrait pas entrer dans une démarche trop restrictive en anticipant la dénaturalisation de la stratégie de réduction des méfaits en instrument de contrôle. Ce rapport n'est pas tant lié aux finalités et aux objectifs manifestes pouvant paraître antagonistes quant aux besoins auxquels ils répondent, mais plus à la direction sociétale, ici une logique de gestion des conditions humaines.

L'ensemble de ces réflexions était nécessaire pour comprendre notre cheminement vers l'attribution de responsabilité. Il existe deux types d'attribution : la responsabilité sociale ou collective et celle individuelle. Les acteurs imputant cette responsabilité au collectif insinuent que les usagers de drogues consomment du fait de facteurs externes. Les seconds pensent que l'usage est attribuable à l'utilisateur lui-même. Cette distribution est d'abord visible à travers le

type de dispositif de RDR de la structure dans laquelle s'inscrit le professionnel. Ceux qui se situent dans des dispositifs plus médicaux, comme le CSAPA, imputent l'addiction à la fois à l'utilisateur et à l'environnement. En ce sens, ils attribuent le problème à la responsabilité individuelle mêlée à celle sociale et collective : « *C'est compliqué. À la fois c'est souvent des parcours chaotiques, pas forcément à cause de l'individu mais bon parfois c'est aussi tenté. C'était récréatif puis après il est tombé dedans. Je dirai qu'il y a souvent deux choses responsables de l'addiction* » (Entretien, CSAPA).

Cette double attribution est présente au sein du Service Promotion de la Santé. Les membres font état d'un manque de volonté, chez certains individus, de prendre conscience des dangers induits par la consommation de drogues. Or, ils font état d'un cumul de cette attribution avec celle d'une responsabilité sociale et collective, tandis que les structures du domaine social, comme le CAARUD ou le Samu, affectent cette maladie uniquement par cette responsabilité. Celle-ci serait amenée par un contexte, un environnement et des conditions de vie spécifiques : « *C'est pas à cause de lui, en général, c'est la société qui les entraîne là-dedans. Imagine, un gars, il est placé à l'ASE, il est ballotté. On connaît le système, on met de l'errance comme j'ai dit tout à l'heure. En fait, c'est pas vraiment le gars, c'est ce qui se passe autour qui l'engage dans la drogue* » (Entretien, CAARUD).

Le seul service enquêté qui distribue uniquement la responsabilité à l'individu est celui de la Tranquillité Publique, comprenant la police municipale et le service prévention de la délinquance : « *Aujourd'hui, l'individu qui souhaite s'en sortir, il peut. On a tellement de services qui viennent en aide à ces gens-là, sinon c'est qu'ils veulent pas. En général, ces des gens qui cherchent la facilité d'un côté. Ils vont pas bien, comme beaucoup de gens, mais eux vont vers la drogue, la facilité* » (Entretien, service Tranquillité Publique). Ce sont les choix individuels, de s'en sortir ou non, d'entrer dans une consommation « *excessive* » ou non, qui joueraient un rôle dans ce type de trajectoire.

Une fois ces différentes attributions délimitées, nous allons maintenant voir si ces dernières possèdent des conséquences sur le degré de considération de la réduction des risques. Pour simplifier cette analyse, nous avons décidé de choisir trois échelles de valeurs : tolérance « *forte* », tolérance « *moyenne* » et tolérance « *faible* ». L'ensemble de ces degrés peut être appliqué soit aux actions de réduction des risques, soit aux représentations de celle-ci. Une structure peut ainsi avoir des actions de réduction des risques, sans toutefois avoir des représentations positives de cette stratégie et, inversement, une autre peut ne pas mettre en place

d'actions mais posséder des représentations positives. Le premier seuil de tolérance, élevé, est caractérisé par une acceptation absolue de la stratégie de réduction des risques authentiques, c'est-à-dire les réponses aux besoins individuels. Le second, moyen, correspond à une tolérance différenciée selon les dispositifs ; cela peut être une tolérance élevée des traitements de substitution mais une rigidité face à d'autres comme les salles de consommation à moindre risque. Souvent, cette hiérarchisation suit un seuil de tolérance national qui s'appuie sur le degré de discrétion, de gêne occasionné et la représentation du danger d'un dispositif. La dernière échelle, faible, équivaut à une méfiance face aux dispositifs de réduction des risques ; cela peut aller d'une simple appréhension à une indifférence jusqu'au mépris de ces dispositifs.

Au niveau du degré de tolérance de la réduction des risques concernant les représentations, le Samu social et le CAARUD sont les deux structures ayant le degré le plus élevé. Toutes deux approuvent et préconisent cette stratégie : « *La réduction des risques, c'est l'avenir. C'est l'adaptation, l'acceptation enfin bref on peut plus s'en passer* » (Entretien Samu social). Ce degré élevé de tolérance l'est également quant aux actions. Peu importe le dispositif, ces deux associations confirment les bénéfices sur les usagers. Plus ils seraient nombreux et plus les résultats seraient probants. S'ils imputent parfois quelques inconvénients à certains dispositifs, ils montrent l'importance de cette diversité dans un objectif d'adaptation au plus grand nombre d'usagers : « *C'est sûr que je peux comprendre qu'on ait peur d'avoir une salle de consommation au pied de chez soi. Mais au fond, le but de ces actions, c'est l'usager. Si ça peut bénéficier aux autres, avec moins de seringues usagées autour tant mieux, mais avant tout c'est la sécurité de celui qui consomme* » (Entretien, CAARUD). Le fait que le Samu social ne possède pas d'action de réduction des risques autour de l'usager de drogue n'entraîne pas une représentation négative de la réduction et, inversement, le fait que le CAARUD mette en place des actions non plus.

Un second groupe se trouve dans une tolérance de la réduction des risques « moyenne ». À l'échelle des représentations, le CSAPA et le service Promotion de la santé réservent un autre accueil à la stratégie de réduction des risques. Les membres de ces deux structures acceptent certaines facettes de cette stratégie mais en réfutent d'autres : « *La réduction des risques, on en a vraiment besoin, c'est indispensable pour une partie des usagers, surtout les plus précaires, après il n'y a pas que ça. Par contre, il faut faire attention à ne pas tomber dans l'extrême. C'est pour ça que l'institutionnaliser est une bonne idée pour la canaliser* » (Entretien, CSAPA). Pourtant, l'une de ces structures, le service Promotion de la Santé, est fondé sur le principe de la réduction des risques avec un travail de rue, la distribution d'outils et

d'informations, des échanges verbaux sur les « *bonnes pratiques* ». La focalisation sur l'alcool joue un rôle dans cette disparité entre le degré de tolérance des actions et celui des représentations. Lorsque nous interrogeons les acteurs de ce service sur la tolérance aux actions de réduction des risques, ils centralisent leur attention sur celles qu'ils mettent en place, que ce soit en matière de matériel ou d'accompagnement, tandis que la thématique des représentations de la réduction élargit leur champ d'attention. Ces acteurs pensent davantage à l'aspect tranquillité publique ainsi qu'aux dispositifs les moins acceptés en règle générale. Les membres du CSAPA mettent en évidence une tolérance plus modérée. La justification est tout autre ; ici, c'est la différenciation entre les dispositifs de terrain et ceux médicaux qui sont mis en avant. En faisant appel aux représentations médiatiques, est justifié une meilleure acceptabilité des dispositifs médicaux par rapport à ceux de terrain. Ainsi, certaines actions sont plus ou moins bien perçues, selon la hiérarchisation dont nous avons parlé précédemment.

Le dernier service, celui de la Tranquillité Publique, possède le seuil de tolérance, face à la réduction des risques, le plus bas en matière tant d'actions que de représentations : « *C'est pas que je suis contre, mais on voit bien que c'est l'appui de stratégies médicales et des sanctions qui font le travail. Les usagers s'enferment dans la drogue avec ce type d'aide c'est pas les aider je trouve même s'ils ont sûrement une impression différente* » (Entretien, Service Tranquillité publique). Les actions sur le terrain rochelais sont perçues avec le même degré de tolérance. Contrairement aux autres acteurs, ce service généralise l'ensemble des actions de réduction des risques en matière de localisation et de forme.

Les représentations de l'usage de drogue et de l'usager ont des conséquences sur la façon de percevoir la réduction des risques. Plus que cela, si un acteur ou une structure envisage l'usage de drogue comme un problème issu d'une responsabilité individuelle, le degré de tolérance face à la réduction des risques aura tendance à être faible. Les appréciations négatives face à cette stratégie entraîneront des préférences pour d'autres actions liées au soin ou à la justice. *A contrario*, s'ils considèrent ce problème comme provenant d'une responsabilité plus extérieure, les acteurs toléreront davantage la réduction des risques. Ces degrés d'acceptation peuvent également être modifiés par des expériences individuelles, de la proximité locale ou encore du domaine professionnel de l'acteur.

Ces attributions sont également des variables dans les approches choisies. Plus le professionnel affectera la responsabilité à l'individu, plus il restera dans une démarche de gestion des risques. À l'inverse, plus il attribuera celle-ci à des facteurs externes, plus il entrera

dans une approche de réduction des méfaits. Pour finir, les professionnels ayant un seuil de tolérance élevé sont ceux s'inscrivant dans une prévention plus globale. Cet approfondissement laisse transparaître une volonté de répondre aux besoins davantage individuels. Les institutions davantage étatiques ont tendance à s'allier à une reformulation des modalités de la réduction des risques. Les addictions, nous fait part Bastion Quirion, « cessent d'être perçus comme des manifestations du déficit d'intégration pour devenir l'expression d'une conduite à risques qui, bien que se mesurant à une échelle collective, est désormais attribuable à des individus. La préoccupation accrue pour la sécurité collective contribue ainsi à invalider les principes providentialistes au profit de principes orientés vers la neutralisation et l'exclusion des individus qui, regroupés en populations à risques, sont identifiés comme une menace pour le bien-être de la collectivité. La solidarité ne repose plus tant sur le projet d'intégration sociale du plus grand nombre, mais plutôt sur le souci d'assurer la sécurité collective en neutralisant les individus qui sont considérés comme porteurs de risques en regard du reste de la communauté. La pratique psychotrope devient ainsi un des vecteurs de risques dans une société qui est plus que jamais obnubilée par la question de la sécurité » (Quirion, 2002, p. 491). Ainsi, il n'y aurait pas uniquement la présence de deux modèles ayant trait à la gestion mais aussi une coprésence de l'ancien modèle plus restrictionniste. Ces cohabitations sont dues à un phénomène d'« internormativité », d'où la présence d'une nouvelle stratégie, la réduction des risques et le maintien de certaines lois prohibitionnistes. Ces dynamiques, aux contours paradoxaux, se reflètent au sein même des structures d'accompagnement.

Tous les acteurs enquêtés sont conscients de l'évolution actuelle de la stratégie de réduction des risques. Ils perçoivent ensemble les bénéfices pragmatiques que cette technique apporte aux usagers. Par anticipation, cette stratégie laissait présager une nouvelle manière de gérer les pratiques d'usage, voire une voie innovante sortant des anciens registres. Nous ne remettons pas en cause que celles-ci deviennent un nouveau mode de régulation. À travers les représentations de nos différents enquêtés face à cette technique, nous pouvons comprendre une partie de la réalité actuelle. L'enchevêtrement des différentes logiques en œuvre dans la régulation de ces pratiques est visible à travers les actions et les perceptions des enquêtés. Nous remarquons la présence de dispositifs normatifs divers qui s'exercent simultanément dans une nouvelle imbrication des rapports sociaux. L'ensemble de ce phénomène incarne une logique contemporaine, celle de la gestion (Mugford, 1993, p. 371). La collectivité et sa sécurité entraîneraient une modification des fondements de la réduction des risques, passant de réponses apportées à l'individu, usager de drogues, à celles pour la collectivité, par la neutralisation.

**Tableau n° 45 : La tolérance à la réduction des risques**

|   |                       | <b>Profils</b>        |                                     |                               |                                     |         |                 |         |                 |         |  |
|---|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|--|
| <b>Structures rochelaises</b>                     | Samu social           | CAARUD                | CSAPA                               | Service Tranquillité publique | Service Promotion de la Santé       |         |                 |         |                 |         |  |
| <b>Types de prévention</b>                        | Global                | Risques et globale    | Risques et globale                  | Risques                       | Risques                             |         |                 |         |                 |         |  |
| <b>Risques/méfaits</b>                            | Méfaits               | Méfaits               | Risques/méfaits                     | Risques                       | Risques                             |         |                 |         |                 |         |  |
| <b>Attribution de responsabilité</b>              | Sociale et collective | Sociale et collective | Sociale, collective et individuelle | Individuelle                  | Sociale, collective et individuelle |         |                 |         |                 |         |  |
| <b>Acteur centré sur la réduction des risques</b> | Non                   | Oui                   | Oui                                 | Non                           | Oui                                 |         |                 |         |                 |         |  |
| <b>Tolérance à la réduction des risques</b>       | Représentations       | Actions               | Représentations                     | Actions                       | Représentations                     | Actions | Représentations | Actions | Représentations | Actions |  |
|   | +                     | +                     | +                                   | +                             | +/-                                 | +/-     | -               | -       | +/-             | +       |  |

La pratique de psychotropes est ainsi davantage perçue en tant que risques collectifs qu'en tant que risques pour l'utilisateur. Nous pouvons y voir l'un des résultats de la logique de gestion des populations dans le cadre d'un cheminement de modernisation ou bien, de manière

plus extrême, l'apogée du néolibéralisme. La prédilection et la peur du lendemain viennent remplacer les objectifs de diminution des clivages sociaux. C'est en regardant l'importance à venir du principe de « *prévention précoce catégorisée* » que nous comprenons les enjeux en lien avec les craintes préjudiciables de l'usage de psychotropes. Cette catégorisation montre le passage de la crainte individualisée, à l'égard d'une personne, vers la crainte collective, entraînant cette construction de « *groupes à risque* » : « *La prévention précoce, c'est hyper important. Ça vient en France, enfin il y en a déjà mais une pertinente. On cible déjà certains groupes, c'est souvent par les types de collèges ou les localisations. Enfin, voilà, on sait que dans les quartiers il y a plus de chance de tomber dedans donc on sait qu'on doit s'occuper de ces groupes avant tout* » (Entretien, Service Tranquillité Publique).

Toutefois, certains acteurs et structures mettent encore en place cette stratégie dans des objectifs de réponses aux besoins individuels. Ces réponses ancrées dans le cadre de l'authenticité de la RDR, ne sont pas remises en question, et ont une place dans l'intervention auprès de ce public. C'est l'idéologie et le militantisme qui pourraient être des facteurs de régularité. La récupération médicale et celle de contrôle ne restent pas les seules issues de cette politique. Nous pouvons voir plusieurs exemples où les besoins individuels sont combinés aux besoins collectifs. Pour conclure, les structures s'inscrivant encore dans une démarche authentique de réduction des risques ouvrent des questionnements quant à l'institutionnalisation de cette stratégie. Cette méfiance est incarnée par l'ensemble des acteurs souhaitant conserver les valeurs et les fondements de cette politique.

### *C.3) Des incitations partenariales : un rapprochement contraint ?*

Les analyses précédentes se sont appuyées sur les divergences existant entre les structures rochelaises. Après avoir mis en exergue certains éléments qui relèvent de singularités, nous allons nous concentrer sur les jonctions de ces structures entre elles. Pour cela, l'étude des partenariats locaux nous semble appropriée.

Précédemment, nous avons montré les conflits et synergies présents entre les enquêtés. Dans cette continuité, nous allons approfondir ces collaborations pour comprendre ces fonctionnements et ainsi voir s'ils font « *système* ». Depuis quelques années, les acteurs rochelais remarquent l'accroissement de la construction de réseau. Chaque structure fait part de ces volontés structurelles qui se développent. Néanmoins, avant d'analyser ces partenariats, nous devons d'abord préciser ce terme.

Officiellement, le « *partenariat* » est une « *coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes (financement, personnel ...) permet de réaliser un projet commun* » (Commission de terminologie et de néologie du domaine social, 2002, p. 34). Cette définition ne donne pas accès à un axe théorique et historique. Pour approfondir ces angles, nous devons étudier cette notion à travers la sociologie des organisations. Dans ce champ d'analyse, le partenariat représente un minimum d'actions communes qui sont négociées entre plusieurs structures et qui ont pour objectif la résolution d'un programme perçu comme commun<sup>341</sup>.

La définition vaste de ce vocable montre plusieurs impossibilités : celle de définir le partenariat comme un système universel, celle de le considérer unique peu importe l'objet et les contextes d'application, et celle de la mise à l'écart de l'objet même du partenariat. Le partenariat est synonyme des mots alliance, association, coentreprise, collaboration et coopération. L'ensemble de ces équivalents revêt des nuances par rapport à son objet, son degré, sa durée ou encore son objectif. Un partenariat relie une ou plusieurs structures qui n'ont, à la base, pas de missions communes, ou, du moins, avec des objectifs qui diffèrent, le but étant d'organiser ces altérités d'attentes collectives. Le partenariat s'appuie sur un besoin de complémentarité et doit incarner des bénéfices mutuels. Cette notion récente, souvent décrite dans une approche systémique<sup>342</sup>, est comprise et utilisée de manière très différente d'un acteur à l'autre. Elle se trouve intégrée dans un appareillage typique de l'économie, celui de la concurrence et des intérêts. Il paraît alors important, pour comprendre les systèmes locaux, de décoder les interrelations entre ces partenaires.

Pour étudier l'ensemble des partenariats présents sur le territoire rochelais, nous allons nous appuyer sur les trois types de Réseaux d'Ouverture et de Collaboration (ROC) mis en avant par Corinne Mérini<sup>343</sup> : le ROC de type « *regard* », le ROC de type « *action* » et celui de type « *synergique* ». Ceux-ci, développés dans le cadre des partenariats dans l'enseignement,

---

<sup>341</sup> CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard (1981), *L'Acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil (1<sup>re</sup> éd. : 1977), pp. 120-127.

<sup>342</sup> Nous faisons référence à la définition du *Dictionnaire Larousse* datant de 1997 ; elle est la première caractérisation écrite.

<sup>343</sup> MÉRINI Corinne (2001), « Le partenariat : histoire et essai de définition », *Actes de la Journée nationale de l'OZP*, mai, pp. 3-4.

ont été adaptés à notre cas d'étude<sup>344</sup>. Cette cartographie s'appuie sur plusieurs indicateurs : le type d'ouverture, la durée de l'action, la forme du réseau et les enjeux de l'action. Le ROC de type « *regard* » correspond à un temps d'observation, hors de la structure, ou à la pénétration d'acteurs au sein de cette structure. Action de très court terme, il peut être sous forme de témoignage ou de simple visite avec des échanges informels. La forme du réseau est assez unilatérale puisque c'est le commanditaire de l'action qui bénéficie le plus de celle-ci<sup>345</sup>. L'enjeu primordial est l'information. Le ROC de type « *action* » est davantage binaire et se caractérise par un aspect formateur. L'action développée est construite de manière commune sur un moyen terme. Toutefois, l'un des deux partenaires est l'incitateur et le socle de l'action. Il propose ainsi ses savoirs et un terrain pour partager des connaissances diverses. Le dernier ROC, « *synergique* », correspond à un partenariat à long terme et à la création d'un réseau. Plus approfondi, il a pour objectif une transformation des pratiques et/ou des mentalités. Chaque partie met au service de l'autre leurs compétences pour répondre à leurs intérêts propres.

Sur le terrain rochelais, quelques partenariats sont mis en évidence. Tout d'abord, nous voyons apparaître un autre type que les ROC précédent. Celui-ci correspond à une alliance uniquement financière. L'association Altéa Cabestan est financée, en partie, par la mairie. Pour autant, ce partenariat est, dans la pratique, très peu présent. Les objectifs et les missions ne sont pas décidés ensemble, et l'association ne met pas en place des actions avec la municipalité. Cette alliance financière n'entre dans aucun des ROC que nous avons pu évoquer puisque ce réseau n'engage ni observation, ni action, ni réseau.

Le Samu social possède des partenariats multiples avec des structures de l'insertion et de l'emploi. Néanmoins, ses membres sont modérés puisque cette association possède une pluralité de services internes répondant déjà à certaines attentes sociales et d'orientation. Le Samu social compte également des partenariats avec certaines structures maîtresses de notre enquête : le CAARUD et le CSAPA. Ces derniers entrent dans un ROC de type « *regard* » avec le Samu. L'orientation de ce partenariat est la même pour ces deux structures ; le CAARUD et le CSAPA sont les commanditaires de ces demandes et souhaitent accéder à plusieurs éléments du Samu social : des informations, des savoirs/des connaissances, la création de passerelles, se

---

<sup>344</sup> Corinne Mérini a développé ces ROC à partir des interrelations entre les enseignants et les classes. Pour adapter ces catégories à notre étude, nous avons dû modifier quelques aspects de ces ROC ; pour notre terrain, les rapports sont basés sur des entités structurelles de types associatif et institutionnel.

<sup>345</sup> La forme unilatérale de cette action n'empêche pas l'apparition d'apports communs. Les échanges informels et la rencontre peuvent aboutir sur d'autres actions.

faire connaître du public de l'association. Nous mettons ainsi en lumière un dernier type de partenariat, celui s'appuyant sur l'orientation. Celui-ci est non officiel mais paraît décisif et indispensable pour l'ensemble des structures interrogées. L'unilatéralité de ce rapport n'est pas totale puisque les membres accueillant bénéficient de savoirs par le biais d'échanges informels. Toutefois, ces partenariats ne sont pas conventionnés.

Le CSAPA, quant à lui, détient des partenariats conventionnés avec des établissements scolaires, des structures de justice, des travailleurs sociaux et des membres de la psychiatrie. Mais quelle est la différence lorsque le partenariat est conventionné ? Le contrat, ou la convention, officialise le partenariat et détermine les limites et les obligations des parties en jeu (voir annexe n° 5). Ce type de convention s'installe lorsque les structures souhaitent travailler ensemble pour un certain laps de temps. Les actions ponctuelles et éphémères n'entraînent pas cette contractualisation. Le CSAPA possède des partenariats conventionnés avec l'hôpital, le SAO (Service d'Accueil et d'Orientation), des services sociaux, l'accueil de jour et de nuit, l'Escale ou encore le CHRS : « *Je ne peux pas vous assurer que tous ceux que j'ai cités ont signé une convention, mais avec les organismes avec qui on travaille régulièrement il y a une convention de partenariat* » (Entretien, CSAPA). Il y a quelques années, ils avaient un partenariat de type « *action* » avec des chantiers d'insertion. Ils tenaient ensemble des appartements thérapeutiques et, malgré la fin de cette action, la contractualisation entre ces deux structures continue. Dans la pratique, ces partenariats sont sous forme de permanences et suivent l'un des trois objectifs suivant : pallier une difficulté interne ou contextuelle, compléter l'offre de la structure et créer des passerelles pour faciliter les trajectoires évolutives.

Le CSAPA et le CAARUD ont des rapports partenariaux. Ceux-ci se réduisent à la participation occasionnelle de membres du CAARUD aux réunions du centre de soin. Le CAARUD, contrairement au Samu, possède une alliance financière avec la mairie allant plus loin que la distribution d'un budget. Ce dernier entre dans un ROC de type « *action* » puisque la municipalité participe à certaines activités : « *On est financé par la mairie pour faire de l'accueil grand public plutôt santé sexuelle. Pas spécifiquement usagers de drogues. Autour du 1er décembre, sur des temps spécifiques, on participe à des actions qui sont un peu hors de notre champ habituel d'intervention. Par exemple sur les accueils de jeunes, le groupe info Sida local organise un rallye Sex'plore qui est un tour des structures autour de la santé sexuelle pour les jeunes. Un parcours dans les structures avec des quiz et tout. Donc ils connaissent les structures pour le cas où un jour ils en auraient besoin. Et puis des échanges de bons procédés. Par exemple, on fait des sensibilisations des équipes de professionnels de la mairie* » (Entretien,

CAARUD). Cette structure porte une grande attention à la construction de partenariats : « *On fait des réunions partenariales avec d'autres, on participe à des rencontres. Sur Saintes, il y a le réseau urgence sociale qui regroupe tous les partenaires de la ville, on y participe. On essaie d'être vigilant à ne pas être seul dans son coin et être en lien avec les partenaires* » (Entretien, CAARUD).

Pour créer ces partenariats non conventionnés, les membres du CAARUD vont rencontrer les acteurs dans leurs structures. Ils ont plusieurs objectifs : trouver des profils qui correspondraient à leurs missions, se faire connaître/être identifié, faire des actions en commun, un partage des tâches et la « *couverture* » du terrain (l'exemple des conventions avec les pharmacies pour le programme d'échange de seringues), etc. : « *L'hôpital. Tout l'hôpital : taxi, l'équipe de liaison à l'addicto, les urgences. Sensibilisation auprès des urgences. Ça peut être aussi les CHRS. Tout ce qui est lié à l'hébergement. On a aussi fait des formations auprès des gens qui ramassent les déchets dans les villes, les espaces verts, etc., qui peuvent être confrontés, parfois, à ramasser des seringues ou des choses comme ça* » (Entretien, CAARUD).

Le Service Promotion de la Santé, de par un public cible différent, a créé des partenariats avec d'autres structures : infirmerie de l'université, service de santé universitaire, LMDE, CCAS ou encore centres sociaux. Ces partenariats sont composés dans le cadre d'actions importantes : « *Par exemple, c'était un groupe de travail qui s'appelait Soft Enjoy, et qui développait des actions de sensibilisation, retour de la campagne, des messages prévention alcool, mais pas que : organisateur de soirées, aussi* » (Entretien, Service Promotion de la Santé).

Le travail de partenariat se développe depuis quelques années entre les différentes structures. Il est plus ou moins officiel. Cependant, l'indicateur « *convention* » n'est pas le plus important puisqu'il ne paraît pas avoir d'impact réel sur les actions en place. Les partenariats sont assez ponctuels sur le territoire rochelais et ne sont pas inscrits sur le long terme. Ainsi, les alliances en place s'appuient sur des acteurs précis plus que sur des contrats.

Cette spécificité, si elle montre une volonté de rapports plus personnalisés, possède des limites. Le *turn-over*, peu importe la raison de ce dernier, devient alors synonyme de disjonction partenariale : « *Au niveau accompagnement, addictologie, je t'avoue que je ne sais pas trop. Ils ont l'air de ne pas se plaindre. Après, depuis que le docteur \*\*\*\*\* est parti, ça a l'air plus compliqué au niveau accès, temps d'attente. On communiquait pas mal avec lui aujourd'hui on est plus dans le flou. On ne sait pas trop ce qu'il s'y passe. C'est plus des retours des gars que*

*vraiment entre professionnels » (Entretien, CAARUD). Un des membres du CSAPA confirme implicitement cette faiblesse en montrant qu'il est référent, non officiel, du partenariat : « Spécifiquement ici, je m'occupe des partenaires en plus de mes prérogatives. C'est-à-dire que je suis plus en lien que mes autres collègues avec les partenaires. Par exemple, la réunion du Samu social, c'est moi qui l'organise. C'est moi qui suis plus en contact avec les partenaires. Ça peut m'amener à sortir d'ici pour travailler avec d'autres partenaires. Quand il y a des choses, c'est principalement moi qui sort de la structure » (Entretien, CSAPA). Ce discours laisse transparaitre que les partenariats reposent sur une seule et même personne au sein de cette structure ; de fait, si celle-ci est amenée à quitter l'établissement, la question de la reprise de cette référence est primordiale puisque les structures perdent également un interlocuteur privilégié, une identification, que la personne représentait pour les partenaires.*

S'ajoute à cette complexité la question des représentations. En effet, les structures se restreignent aux partenariats en place, souvent celles qui accompagnent un public commun. Si nous avons focalisé notre regard sur les structures principales de notre étude, celles-ci nous font part de difficultés dans la création de partenariats avec des établissements non spécifiques aux usagers de drogues : « *Je l'ai entendu encore l'autre jour sur une discussion avec des partenaires, ils sont très frileux sur certaines structures d'accepter d'inscrire des toxicomanes problématiques, que ça soit addiction, les difficultés psychologiques, psychiatriques, c'est lié » (Entretien, CSAPA).*

Néanmoins, ces représentations ne seraient pas uniquement par rapport au public accompagné. Le Service Tranquillité Publique met en exergue une difficulté de mise en partenariat à partir de perceptions propres à ce service. Les membres de structures sociales considéreraient ce service comme un opposant. Le service en question aurait des problèmes pour collaborer avec ce type de structure : « *J'avais déjà essayé de faire une réunion au centre-ville, mais, les travailleurs sociaux n'étaient pas prêts, à l'époque, mais c'est encore un peu le cas, à se mettre à la même table que la police. C'est compliqué. Et là, dans les quartiers, j'arrive à les faire revenir un peu. Donc, centre-ville, je pense que maintenant, je vois là... En fait, on a évolué, et puis les travailleurs sociaux ont évolué dans la vision qu'ils ont aussi des polices et de la mairie, parce qu'on était vraiment, ne serait-ce qu'en 2005 jusqu'en 2010, on était considéré comme des collabos, des espions et des... Il fallait voir l'image qu'on avait ! "Pour qui ils se prennent !". Mais, peut-être qu'on en a encore, pour certains travailleurs sociaux même une grande partie. En fait, moi, j'essaye de leur expliquer que justement, c'est pour les aider, pour accompagner. Et puis, une association qui a des difficultés autour de son truc et*

*tout ça, elle est capable de nous dire, à un moment, quand ses membres sont dans la panade, qui que ce soit, dans la prévention, dans les urgences sociales-là, ils savent nous trouver pour nous dire : “On est dans la merde, il faut venir nous voir autour”. Là, ils savent bien qu’ils en ont besoin. Au lieu d’attendre ça, autant travailler en amont et d’avoir des liens, comme ça, on a des liens de confiance »* (Entretien, Service Tranquillité Publique).

Ce constat nous fait entrer dans le questionnement suivant : comment harmoniser des pratiques autour de professionnels ayant des représentations et des pratiques parfois antagonistes ? Cette complexité va même plus loin. Certaines structures, avec des objectifs et des pratiques presque similaires, peuvent entrer dans une rivalité d’intérêts. Pour illustrer ce propos, nous pouvons parler de l’exemple de la salle de consommation à moindre risque qui devait ouvrir à Bordeaux. L’Agence régionale de la Santé a mis en avant deux opérateurs pour le développement de ce projet : le CEID et La Case (Médecin du Monde). Si ce ne sont pas les seules raisons de l’échec de l’évolution de ce projet, le facteur « *rivalité* » a été important : le CEID souhaitait une structure fixe pour l’accueil de ce public, tandis que La Case désirait davantage une structure mobile. Sous-jacente à l’ensemble de direction différente, c’est la collaboration de deux structures maîtresses à Bordeaux qui posait problème. Ces deux structures, malgré quelques actions communes, souhaitaient conserver leurs propres dispositifs.

Ces conflits sont localisés et nous ne pouvons pas les généraliser au niveau national. Sur notre terrain, les membres du CAARUD émettent l’idée d’une coopération dans le cadre d’une salle de consommation à moindre risque. S’ils trouvent que ces salles possèdent des protocoles assez rigides, ils proposent d’assouplir ce type de dispositif en faisant de l’intervention différenciée. Ils pensent à un lieu où une grande partie des professionnels locaux pourraient intervenir. Cette démarche permettrait une circulation des « *savoir-faire* ». Dans cette optique, le lieu serait soutenu collectivement et il n’appartiendrait à aucune des structures intervenantes, « *il [serait] porté par la vie associative du coin* » (Entretien, CAARUD). Nous pourrions comparer cette idée à celle des coopératives.

Pourtant, il est clair qu’il existe une volonté étatique de rapprochement de structures et d’harmonisation des pratiques. Par anticipation, le CAARUD et le CSAPA tentent des conciliations avec la présence occasionnelle d’une infirmière au CAARUD ou celle des animateurs d’actions de ce dernier au CSAPA. Les membres du CAARUD sont conscients de cette future demande qu’ils perçoivent à travers l’institutionnalisation de leurs dispositifs. Cette demande dispose toutefois d’avantages mis en avant par plusieurs acteurs, comme le partage de

savoirs ou encore de faire du plaidoyer. La mutualisation des connaissances permettrait également de créer des orientations communes.

Ces nouveaux partenariats ouvrent de nouveaux horizons comme la rencontre de nouveaux publics qui ne connaissent pas forcément les dispositifs présents sur le territoire. D'un autre côté, les rapports d'intérêts paraissent unilatéraux. Les membres du CAARUD nous font part de la plus grande faiblesse de leurs dispositifs contrairement à ceux du CSAPA. La dimension médicale et les pratiques de réduction des risques plus modérées sont des symboles d'une plus grande acceptation publique et politique de ces structures. Ainsi, les membres du CAARUD montrent une volonté d'élargir leurs spécificités au domaine sanitaire : *« L'idée était d'avoir quand même un professionnel de santé, parce qu'il ne faut pas se mentir, c'est quand même plus facile de parler de pair à pair et de mettre en place un partenariat avec des professionnels de santé, c'est plus simple. Et en même temps, ça permet de sensibiliser l'ensemble de l'équipe à cette problématique-là. Et qu'elle puisse aussi apporter des compétences en termes de, tel type de matériel pour tel type de plaies, telle problématique, telle orientation, des choses comme ça. Donc c'était intéressant. Ça a fonctionné. Parce que dans les faits, le temps requis, nécessaire pour faire des vrais soins, c'est de la "bobologie" et c'est très ponctuel »* (Entretien, CAARUD).

Cette demande est moins présente, du moins au niveau institutionnel, au sein du CSAPA. Si les professionnels du CAARUD cherchent des savoirs lors de rencontres avec ceux du CSAPA, ces derniers aspirent davantage, dans cet échange, à faire connaître leurs missions au public fréquentant le CAARUD. Les intérêts sont donc différents selon la structure que nous approchons. Les acteurs du CAARUD, malgré cette volonté de développement, sont conscients de la réponse différenciée qu'ils apportent aux usagers et à certaines structures : *« On est différent et on propose notre différence, c'est ça qui fait notre force, notre richesse. Que les gens peuvent s'y retrouver. Mais je trouve qu'on travaille plus en partenariat. On fait plus de choses, on est sollicités par beaucoup de partenaires. Je trouve qu'on a de plus en plus de légitimité mais est-ce que ça sera suffisant pour rester dans la courses ? C'est autre chose »* (Entretien, CAARUD).

S'ils sont lucides face à la complémentarité et aux besoins de la création de partenariats tant pour les structures que pour les publics accueillis, plusieurs craintes ressortent. Créer des savoirs communs ne veut pas dire conserver une seule ligne de connaissance. D'un autre côté, l'harmonisation des pratiques inquiète plusieurs structures, dont celles plus axées sur

l'accompagnement social. Les constats sont aujourd'hui que les individus accompagnés se trouvent en difficulté lors du passage d'une structure à une autre dans le cadre de demande de projet. Conscientes que l'immédiateté est importante pour l'accompagnement de ce type de public, les différentes structures souhaitent fluidifier ces passerelles par la création de partenariats. L'harmonisation des pratiques pourrait être une porte d'entrée pour la restriction à un seul et même type d'accompagnement. Or, les structures insistent sur le fait que ce public a besoin de réponses aux formes diverses. Selon le moment de vie, la trajectoire, les projets, les demandes, les usagers de drogues devraient pouvoir trouver une réponse, peu importe le « *stade* » d'avancement dans l'addiction et dans la demande. Pour le CAARUD et le Samu social, l'harmonisation pourrait entraîner l'effacement de la réduction des risques authentiques et la disparition de certains dispositifs au profit d'un accompagnement plus médicalisé.

Au centre de l'action collective, nous remarquons des effets rationnels induits par les dissonances entre les orientations prises par les professionnels et leurs intentions réels. Michel Crozier et Erhard Friedberg mettent justement ces « *jeux structurés* » en avant (Crozier et Friedberg, 1981, p. 20). Ils montrent que, dans le cadre de coopération et d'interdépendance entre plusieurs acteurs, les professionnels ont parfois des intérêts contradictoires et des objectifs pluriels.

Dans une approche organisationnelle, nous avons mis en exergue les caractéristiques, l'essence et les règles des partenariats qui ordonnent les rapports entre les professionnels afin de comprendre les stratégies en jeu et les modes de régulation. En partant de leur vécu, nous avons essayé de découvrir les logiques de régulation en matière d'enjeux, d'intérêts d'acteurs et de leurs relations. Ainsi, il existe, sur le terrain rochelais, des partenariats depuis quelques années déjà. Ces partenariats sont plus ou moins ancrés et officialisés. Ces alliances se forment à partir d'un public cible : les rapprochements et les contractualisations s'appuient sur le public accompagné par la structure : « *La PASS, leur mission première était l'accès aux soins pour les personnes en grande précarité. Donc, on a un public commun. C'est pour ça qu'on travaille ensemble* » (Entretien, CSAPA). La rivalité est un aspect assez peu présent sur le territoire rochelais entre les structures venant en aide aux usagers de drogues. Ce sont davantage les valeurs proches qui créent les liens partenariaux : « *Mais oui, ils font des réunions tous les deux ou trois mois avec le Samu social, parce qu'on est avec un public un peu similaire et à la fois avec des valeurs et une façon de d'approcher et de considérer le travail qui se ressemblent pas mal* » (Entretien, CAARUD).

Cependant, les volontés étatiques de rapprochement et d'harmonisation des pratiques quant à l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues laissent entrevoir, dans les discours, des intérêts différents et des craintes. L'intérêt peut être fondé sur le public ou sa structure. Effectivement, il y a davantage d'initiatives de partage de pratiques du social vers le médical que l'inverse. Lorsque les membres du CAARUD engagent des démarches d'échange avec le CSAPA, ils cherchent à développer leurs activités et à faire évoluer leur accompagnement. À l'inverse, ceux du CSAPA souhaitent plus faire connaître leur structure aux usagers que mutualiser leurs savoirs. L'une des raisons de cette circulation à sens unique serait la meilleure acceptation publique et politique des structures basées sur le soin plutôt que sur la réduction des risques authentique. Les membres de ce type de structure émettent des craintes à propos du rapprochement et de l'harmonisation des pratiques. Ils savent le poids plus important que le sanitaire possède par rapport au social. Pour éviter leur propre disparition, ils préfèrent ainsi s'engager en ce sens au risque de l'altération des valeurs originelles de réduction des risques.

À cette peur s'ajoute celle des capacités de réponses aux usagers de drogues. La multiplicité des situations de ces individus ainsi que celle des étapes dans l'addiction entraînent des besoins d'adaptation. Les solutions proposées devraient alors être plurielles afin de répondre à l'ensemble des besoins. L'harmonisation des pratiques est perçue, par les acteurs du domaine plus social, comme un obstacle à cette adaptation. Mais aujourd'hui, les pratiques sont encore diverses et les tentatives de partenariats encore instables. Ceux-ci sont plus ou moins inscrits, plus ou moins importants. De ce fait, ils sont toujours localisés et dépendent ainsi des contextes. Nous pouvons mettre en avant des microsystèmes et des cultures professionnelles localisées qui paraissent, pour le moment, aller à l'encontre de la création d'un savoir et d'une culture commune et générale.

•  
•

Cette analyse monographique a mis en évidence les singularités de ce terrain par rapport à la mise en place et à la réception de la politique de réduction des risques. Après avoir mis en lumière les caractéristiques rochelaises pour appréhender le public de l'enquête, les acteurs et la politique de la ville, nous nous sommes attachée à l'étude des enjeux des professionnels de l'addiction. Nous avons pu voir que le public ciblé et les missions des structures jouaient un rôle dans la constitution de savoirs spatiaux et dans la définition du vocable « *sécurité* ». Pour

appuyer ces différenciations, nous avons choisi d'analyser les émotions négatives liées aux espaces. Ces cartographies nous ont permis de comprendre la construction des peurs urbaines. L'ensemble de ces premières sections a servi à appréhender les variables entrant dans la différenciation des mises en application des stratégies de RDR.

À partir de ces facteurs, nous avons pu entrer dans une investigation plus approfondie de notre sujet, l'autonomisation. Pour débiter, plusieurs profils d'utilisateurs ont été extraits de nos questionnaires afin de révéler des éléments sur la réception de cette stratégie. L'ambition de responsabiliser les utilisateurs serait ainsi présente dans toutes les structures mais, selon le profil de l'utilisateur, il y aurait différentes classifications de cette responsabilisation et du caractère incitatif de cette dernière. Grâce à cette extraction, nous avons remarqué qu'il existait plusieurs formes de processus d'autonomisation qui étaient accueillies de manière différente selon plusieurs variables comme l'âge, le sexe, l'habitat ou encore le degré d'autonomisation. Nous avons essayé de construire une échelle de valeurs afin de pouvoir utiliser la grille induite dans nos analyses suivantes.

Le type d'autonomisation adopté s'appuie sur plusieurs composantes : l'estime de soi, l'éducation et l'injonction. Ces différentes approches possèdent des effets sur les représentations des acteurs, mais également sur la mise en application des techniques de RDR. Elles mettent en lumière des compréhensions hétéroclites des termes « *autonomie* » et « *réduction des risques* ». La signification choisie du vocable « *autonomie* » impacte les réflexions, les représentations et l'opérationnalisation du processus d'« *autonomie* ». Les acteurs possèdent des considérations différentes de ce terme lorsqu'il est appliqué aux utilisateurs de drogues. Ainsi, selon la définition qu'ils en font, ils vont considérer ces utilisateurs comme autonome ou non ; ce degré d'autonomie laisse d'ailleurs transparaître le processus d'« *autonomie* » choisi. Pour l'expressions « *RDR* », il coexisterait plusieurs significations qui dépendraient de la définition et de la cible du « *risque* ». Celle-ci pourrait s'appliquer aux besoins individuels, en conservant ses fondements originels, aux besoins externes à l'individu consommateur, en s'attachant à des techniques répressives, aux besoins collectifs futurs, en se focalisant sur l'anticipation, la prévention. Néanmoins, celles-ci ne sont pas immuables et peuvent s'imbriquer. Toutes ces stratégies ont pour objectif de réduire les risques ; toutefois, le risque peut être pour l'utilisateur ou pour la sécurité publique. Tous les acteurs émettent l'idée qu'ils s'engagent dans des stratégies de RDR mais les enjeux restent encore différents.

Si l'ensemble des acteurs fait part d'une conservation des valeurs originelles de la RDR, les usagers, bénéficiaires de ces techniques, n'ont pas la même vision. En ce sens, si les aspects répressifs de cette politique étaient inexistant, n'y aurait-il pas un déplacement de l'acceptation médicale ? Serait-elle perçue comme plus injonctive aux yeux des usagers comme des acteurs ? L'omniprésence de la répression ne "déguiserait"-elle pas les éléments injonctifs proposés par les structures médicales ? L'importance du soin et des aspects médicaux de la RDR se font encore ressentir dans tous les domaines professionnels liés à l'addiction. L'institutionnalisation de cette RDR, encore quasi-officielle, apporte des craintes aux membres des structures sociales. En plus d'une harmonisation des pratiques engendrant un seul type d'accompagnement qui empêcherait l'adaptation aux usagers, cette institutionnalisation pourrait entraîner une baisse des pratiques de RDR répondant aux besoins individuels. Cependant, nous remarquons des contre-exemples au niveau national. Le ministère de la Santé s'est engagé en 2021 dans le développement du dispositif des SCMR après son expérimentation. D'un autre côté, ces salles restent, pour le moment, peu nombreuses et difficiles à faire accepter dans le milieu urbain.

Pour essayer d'anticiper l'avenir de la RDR en France et mettre en perspective cette politique, nous allons maintenant étudier une autre monographie, celle de Göttingen. Celle-ci s'appuiera sur la mise en évidence de singularités pour ensuite comprendre ses limites locales et nationales. Ces dernières seront alors transposées à celles de la monographie précédente afin de pouvoir nous engager dans des préconisations objectives à partir d'études aux caractéristiques historiques, sociales et politiques différentes.

## Chapitre 5

### Monographie de Göttingen

Ce chapitre est consacré à la monographie du terrain allemand. La ville de Göttingen possède des caractéristiques intéressantes pour comprendre le rapport à l'utilisateur et son accompagnement. Nous commencerons cette description par la mise en avant de l'aspect étudiant. Nous montrerons qu'en plus de ce marqueur universitaire, cette ville est un important pôle médical. La mise en évidence de ces attributs contextualisera les évolutions de la prise en charge des usagers de drogue à l'échelle locale. Pour justifier nos résultats, nous aborderons les conditions de vie des habitants de cette ville. Nous étudierons ainsi des éléments comme les prestations sociales. Pour comprendre les impacts du fédéralisme sur les différents États, nous donnerons quelques résultats sur d'autres « *Länd* » que celui de la Basse-Saxe.

Dans cette continuité, nous analyserons la politique en matière de drogue. Le fédéralisme allemand sera également étudié à travers la mise en perspective de la politique nationale et de la politique au niveau des États. Nous montrerons qu'il existe une ligne directrice pour cette politique spécifique mais qu'elle est différemment interprétée selon les *Länder*. Simultanément, nous mettrons en exergue la politique en matière de drogue en Basse-Saxe grâce à des exemples d'autres États.

Nous terminerons cette première partie avec la description des structures enquêtées, à savoir la *Straso*, le centre *Drobz* et l'*Opentherapiezentrum*. Nous allons voir le fonctionnement de ces établissements, les publics ciblés ainsi que les objectifs et les missions des membres. Ces portraits nous permettront de mettre en avant les caractéristiques des structures afin de voir les points communs et les différences. Ces attributs seront importants à mettre en lumière pour comprendre les résultats que nous allons exposer ensuite.

La deuxième section de ce chapitre est davantage analytique. Nous entrons dans une étude qui a pour objectif de comprendre les différents processus d'autonomisation des structures, leur réception par les bénéficiaires ainsi que les causes de ces types d'accompagnement par la mise en avant d'éléments qui les façonnent. Tout d'abord, nous exposerons les profils d'utilisateurs que nous avons extraits des questionnaires et des entretiens. Ces différents groupes seront décrits puis analysés dans le but de comprendre la réception des stratégies des différentes structures sur les bénéficiaires. Pour cela, nous nous concentrerons

sur les deux structures qui interviennent dans le cadre de l'usage de drogue : *Drobz* et l'*Opentherapiezentrum*. Pour comprendre ces réceptions, nous mettrons en perspective ces différents profils issus d'usagers d'établissements différents. Ensuite, nous étudierons les représentations des usagers de drogues dans la ville de Göttingen. Nous utiliserons les perceptions des habitants de cette ville ainsi que celles des professionnels des structures enquêtées.

Dans un second temps, nous examinerons les processus d'autonomisation. Les différentes stratégies utilisées seront mises en avant établissement par établissement afin de comprendre les similarités et les disparités. Cette catégorisation et cette séparation sont volontaires puisque les structures choisies possèdent des fonctionnements très différents ; par exemple, l'utilisation de la thérapie en séjour, qui ne pourrait être comparée directement à l'accompagnement ponctuel et indépendant de la volonté des professionnels. Ensuite, pour percevoir l'imbrication de ces structures, nous allons mettre en avant un objectif commun : l'abstinence. S'ils possèdent des types d'accompagnement divers, l'ensemble des acteurs souhaitent la sortie des drogues pour les usagers. Néanmoins, nous observerons que cet objectif n'est pas à prendre au sens littéral du terme. Le traitement par l'abstinence a évolué et ne correspond pas forcément à l'arrêt total et durable de la consommation. Nous décrirons un ensemble de traitements utilisé dans ce pays. Si cet objectif est commun, la stratégie de réduction des risques n'est pas, pour autant, mise de côté. C'est sur la base de l'accompagnement différencié selon l'âge que nous pouvons comprendre cette coexistence. Nous allons ainsi montrer que, selon l'âge de l'utilisateur de drogue, les professionnels de santé et, plus largement, les volontés nationales, orientent vers une approche sanitaire ou vers une approche de réduction des risques.

Dans la dernière section, nous allons analyser les partenariats et les difficultés locales. Pour bien comprendre les raisons de ces relations, nous aborderons, au préalable, une particularité allemande par rapport au travail auprès des personnes consommatrices de drogues. L'ensemble de ces travailleurs doivent passer des formations obligatoires pour pouvoir accompagner ce type d'individu. Nous verrons ainsi quels sont ces formations, leurs durées et leurs objectifs. Une fois cette base posée, nous pourrions étudier les relations partenariales entre les structures de Göttingen afin de montrer l'important travail en réseau. Suite à cela, nous analyserons les relations entre la police et les membres de ces structures. Nous verrons que des liens de causalités existent entre les domaines d'actions, les publics ciblés et l'intensité de la

relation entre ces deux parties. Pour clore ce chapitre, nous exposerons les difficultés locales évoquées par l'ensemble de nos enquêtés, usagers et professionnels.



## 1) Présentation du terrain allemand

Nous allons consacrer une première section à la description et à l'analyse de notre terrain d'enquête allemand : Göttingen. Tout d'abord, nous révélerons quelques caractéristiques de cette ville comme son aspect festif et étudiant, ainsi que sa reconnaissance scientifique avec ses différents pôles universitaires médicaux. Des données démographiques récentes nous permettent également de voir les évolutions économiques et sociales. Cette présentation générale a pour objectif de contextualiser nos résultats. Ensuite, nous engageons notre analyse sur la politique en matière de drogues. Nous montrerons les cadres généraux de cette dernière au niveau national pour aborder le niveau plus local de la Basse-Saxe puis de Göttingen.

Pour clore cette description, nous détaillerons le fonctionnement des structures que nous avons enquêtées : la *Straso*, *Drobz* et l'*Opentherapiezentrum*. Nous montrerons plusieurs éléments : le financement, le rapport à l'Église, le public visé, le champ adopté (médical/social) ainsi que les missions des différents acteurs.

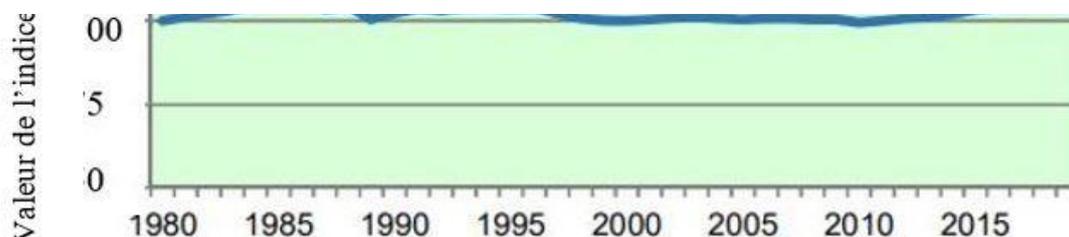
### A) La ville de Göttingen

#### A.1) Une ville étudiante

La ville de Göttingen, en plein essor économique, compte environ 135 000 habitants. Cette population est assez constante (tableau n° 46). En tant qu'important centre de production d'appareils optiques, de textiles, de produits imprimés, de produits chimiques et de conserves alimentaires, Göttingen offre un environnement propice à l'innovation. Cet environnement économique offre une bonne orientation professionnelle.

Cette ville est située dans le sud de l'État fédéral de Basse-Saxe. Elle est la sixième plus grande ville de cet État. Elle est située au centre de l'Allemagne. La Hesse, la Rhénanie-du-Nord-Westphalie et la Thuringe sont accessibles dans un rayon de 60 km. Les montagnes du Harz sont situées au nord-est de Göttingen. Cette ville se situe à mi-chemin entre Bonn et Berlin.

**Tableau n° 46 : Évolution de la population de Göttingen entre 1980 et 2019**



Source : Extraction GÖSIS (Göttinger Statistisches Informationssystem), *Referat Statistik und Wahlen*, novembre 2011, p. 1.

En matière de transport, la ville est le centre de ce que l'on appelle la liaison nord-sud, avec son raccordement à l'autoroute A7 et à la ligne ICE (*InterCity Express*). Jusqu'en 1964, Göttingen était une ville indépendante avant d'être intégrée au district de Göttingen par la "loi de Göttingen". Néanmoins, elle continue d'être assimilée aux villes indépendantes, sauf disposition contraire de la loi. La capitale du district est connue, entre autres, pour l'université Georg-August et ses nombreux prix Nobel. Les lauréats du prix Nobel, l'hôpital universitaire, ses entreprises et ses scientifiques font la renommée de cette ville. En effet, 42 prix Nobel ont étudié ou enseigné à l'université de Göttingen. La ville comporte également la Bibliothèque de Basse-Saxe<sup>346</sup> ainsi que l'Institut Max-Planck et l'Académie des sciences. Cette dernière est la deuxième plus ancienne des sept académies des sciences allemandes. Elle a pour mission de promouvoir la recherche scientifique et elle est en collaboration avec des universitaires en Allemagne et à l'étranger. Le centre médical de Göttingen possède des spécificités. Il se compose de la faculté de médecine, chargée de la recherche et de l'enseignement, et de l'hôpital universitaire, chargé des soins aux patients. Il combine trois domaines : la recherche<sup>347</sup>, l'enseignement et les soins aux patients. Cette combinaison est unique dans le sud de la Basse-

<sup>346</sup> Celle-ci est la bibliothèque étatique de Basse-Saxe et a reçu le prix de la Bibliothèque de l'année en 2002.

<sup>347</sup> Par exemple, un groupe scientifique travaille sur l'investigation des réseaux cérébraux par stimulation magnétique transcrânienne non invasive pour l'optimisation de la thérapie dans les troubles affectifs qui donne la possibilité d'étudier et de savoir si les patients dépressifs peuvent être traités de manière plus efficace et optimale grâce au traitement par SMT (la stimulation magnétique transcrânienne).

Saxe et entraîne de nombreuses interactions positives comme le transfert rapide des options thérapeutiques innovantes vers les soins aux patients et l'enseignement.

Concernant les pratiques religieuses, la population de Göttingen, comme une grande partie de celle de la Basse-Saxe, est de confession chrétienne évangélique. Dans le tableau n° 47, nous remarquons que 40,7 % ont des pratiques évangéliques contre seulement 16,2 % catholiques.

**Tableau n° 47 : Distribution de la pratique religieuse au sein de la population de Göttingen**

| Années      | Sexes         |             |               |             | Confessions   |             |               |             |
|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
|             | Hommes        |             | Femmes        |             | Évangéliques  |             | Catholiques   |             |
|             | Nombre        | %           | Nombre        | %           | Nombre        | %           | Nombre        | %           |
| 2015        | 65.076        | 49,0        | 67.790        | 51,0        | 47.560        | 39,5        | 18.354        | 15,3        |
| 2016        | 65.945        | 49,1        | 68.267        | 50,9        | 46.530        | 38,3        | 18.193        | 15,0        |
| 2017        | 66.304        | 49,2        | 68.520        | 50,8        | 51.583        | 42,3        | 20.435        | 16,8        |
| 2018        | 66.432        | 49,1        | 68.867        | 50,9        | 50.676        | 41,5        | 20.112        | 16,5        |
| <b>2019</b> | <b>66.040</b> | <b>49,1</b> | <b>68.592</b> | <b>50,9</b> | <b>49.343</b> | <b>40,7</b> | <b>19.591</b> | <b>16,2</b> |

Source : Extraction GÖSIS (Göttinger Statistisches Informationssystem), *Referat Statistik und Wahlen*, novembre 2011, p. 10.

**Photo n° 7 : Baiser à la Gänseliesel de Göttingen pour fêter l'obtention d'un doctorat**



Source : Extraction vidéo, <https://www.fungal-toxins.uni-goettingen.de/people/Gaenseliesel/gaenseliesel.html>, 2019.

L'emblème de cette ville est la *Gänseliesel* (photo n° 7). Celle-ci est une sculpture très développée dans les pays germanophones. La « *Lison aux oies* » représente une jeune fille accompagnée d'oies. Dans la tradition, elle amenait ces animaux aux marchés. La plus connue d'entre elles est celle de Göttingen qui date de 1901. Si nous en parlons ici, c'est qu'elle est un

symbole de cette ville. Elle est très connue puisqu'elle est un symbole traditionnel des étudiants. Les étudiants ayant fini leur doctorat doivent déposer des fleurs et un baiser sur cette statue lors d'une célébration publique (photo n° 8).

**Photo n° 8 : Célébration de l'obtention de doctorats à la Gänselesel**



Source : Extraction vidéo, *op. cit.*, 2019.

**Tableau n° 48 : Caractéristiques démographique de la ville de Göttingen selon l'âge**

| Années | Groupe d'âge           |     |          |     |           |     |                   |      |           |      |           |      | Âge moyen en 2019 :<br>41 ans |      |
|--------|------------------------|-----|----------|-----|-----------|-----|-------------------|------|-----------|------|-----------|------|-------------------------------|------|
|        | Enfants et adolescents |     |          |     |           |     | Population active |      |           |      |           |      | Seniors                       |      |
|        | Avant 6 ans            |     | 6-15 ans |     | 15-18 ans |     | 18-30 ans         |      | 30-45 ans |      | 45-65 ans |      | 65 ans et plus                |      |
|        | Nombre                 | %   | Nombre   | %   | Nombre    | %   | Nombre            | %    | Nombre    | %    | Nombre    | %    | Nombre                        | %    |
| 2015   | 5.798                  | 4,4 | 7.912    | 6,0 | 2.926     | 2,2 | 35.776            | 26,9 | 25.861    | 19,5 | 32.177    | 24,2 | 22.416                        | 16,9 |
| 2016   | 6.103                  | 4,5 | 8.033    | 6,0 | 2.882     | 2,1 | 36.191            | 27,0 | 26.087    | 19,4 | 32.197    | 24,0 | 22.719                        | 16,9 |
| 2017   | 6.133                  | 4,5 | 7.969    | 5,9 | 2.819     | 2,1 | 36.577            | 27,1 | 26.190    | 19,4 | 32.205    | 23,9 | 22.931                        | 17,0 |
| 2018   | 6.280                  | 4,6 | 8.094    | 6,0 | 2.706     | 2,0 | 36.527            | 27,0 | 26.633    | 19,7 | 31.855    | 23,5 | 23.204                        | 17,2 |
| 2019   | 6.326                  | 4,7 | 8.085    | 6,0 | 2.717     | 2,0 | 36.185            | 26,9 | 26.480    | 19,7 | 31.385    | 23,3 | 23.454                        | 17,4 |

Source : Extraction GÖSIS (Göttinger Statistisches Informationssystem), *Referat Statistik und Wahlen*, novembre 2011, p. 2.

L'importance accordée à ce type d'événement est en lien avec les caractéristiques de la population. Dans le tableau n° 48, nous remarquons qu'en 2019, la tranche d'âge la plus représentée dans cette ville est celle des 18-30 ans. Cette ville, tout comme La Rochelle, est une ville étudiante. C'est un important centre universitaire. L'université est l'une des plus célèbres du pays avec plus de 88 % des 18-30 ans étudiants, c'est-à-dire un peu plus de 23 % de la population totale (tableau n° 49). Les enseignants représentent 6 % de la population active.

Malgré la diminution que nous pouvons observer depuis 2015, cette population reste importante. Ce constat peut être appuyé par le tableau n° 50 concernant les types d'habitats. La baisse de la population estudiantine n'impacte pas le nombre de places en résidence étudiante,

qui augmente lentement. Ces chiffres laissent penser que la ville souhaite conserver cette population. À l'inverse, les logements sociaux diminuent fortement.

**Tableau n° 49 : Distribution de la population active, étudiante et sans emploi**

| Années | Étudiants |       |        |       | Employés |       |        |       | Sans emploi |       |                          |       |                           |       |
|--------|-----------|-------|--------|-------|----------|-------|--------|-------|-------------|-------|--------------------------|-------|---------------------------|-------|
|        | Total     |       | Femme  |       | Total    |       | Femme  |       | Total       |       | Selon SGB II Code social |       | Selon SGB III Code social |       |
|        | Nombre    | % 11) | Nombre | % 12) | Nombre   | % 11) | Nombre | % 12) | Nombre      | % 13) | Nombre                   | % 13) | Nombre                    | % 13) |
| 2015   | 21.006    | 15,8  | 11.135 | 16,4  | 40.179   | 30,2  | 19.916 | 29,4  | 4.407       | 4,7   | 1.246                    | 1,3   | 3.161                     | 3,4   |
| 2016   | 22.103    | 16,5  | 11.824 | 17,3  | 41.616   | 31,0  | 20.462 | 30,0  | 4.530       | 4,8   | 1.141                    | 1,2   | 3.389                     | 3,6   |
| 2017   | 21.666    | 16,1  | 11.626 | 17,0  | 42.571   | 31,6  | 20.942 | 30,6  | 4.488       | 4,7   | 1.244                    | 1,3   | 3.244                     | 3,4   |
| 2018   | 21.329    | 15,8  | 11.498 | 16,7  | 43.339   | 32,0  | 21.193 | 30,8  | 4.503       | 4,7   | 1.078                    | 1,1   | 3.425                     | 3,6   |
| 2019   | 20.885    | 15,5  | 11.357 | 16,6  | 44.050   | 32,7  | 21.437 | 31,3  | 4.178       | 4,4   | 1.006                    | 1,1   | 3.172                     | 3,4   |

11) Base : population totale ; 12) Base : population féminine ; 13) Base : population en âge de travailler (15 à moins de 65 ans)

Source : Extraction GÖSIS (Göttinger Statistisches Informationssystem), *Referat Statistik und Wahlen*, novembre 2011, p. 5.

**Tableau n° 50 : Le types d'habitats (en % et en places) proposés à Göttingen**

| Années | Habitats               |     |                       |      |              |     |                   |     |                       |      |                   |       |                         |      |
|--------|------------------------|-----|-----------------------|------|--------------|-----|-------------------|-----|-----------------------|------|-------------------|-------|-------------------------|------|
|        | Immeubles résidentiels |     | Maisons individuelles |      | Appartements |     | Logements sociaux |     | Résidences étudiantes |      | Jardins d'enfants |       | Vie des personnes âgées |      |
|        | Nombre                 | %   | Nombre                | %    | Nombre       | %   | Nombre            | %   | Place                 | %    | Place             | %     | Place                   | %    |
| 2015   | 18.996                 | 7,0 | 12.350                | 65,0 | 65.978       | 2,0 | 2.571             | 3,9 | 4.447                 | 21,2 | 2.780             | 101,4 | 2.781                   | 12,4 |
| 2016   | 19.061                 | 7,0 | 12.385                | 65,0 | 66.313       | 2,0 | 2.530             | 3,8 | 4.447                 | 20,1 | 2.808             | 102,2 | 2.764                   | 12,2 |
| 2017   | 19.119                 | 7,1 | 12.427                | 65,0 | 66.564       | 2,0 | 2.429             | 3,6 | 4.550                 | 21,0 | 2.816             | 98,0  | 2.764                   | 12,1 |
| 2018   | 19.164                 | 7,1 | 12.465                | 65,0 | 66.670       | 2,0 | 2.329             | 3,5 | 4.538                 | 21,3 | 2.842             | 97,4  | 2.701                   | 11,6 |
| 2019   | 19.227                 | 7,0 | 12.504                | 65,0 | 66.990       | 2,0 | 1.323             | 2,0 | 4.528                 | 21,7 | 2.868             | 93,0  | 2.761                   | 11,8 |

Source : Extraction GÖSIS (Göttinger Statistisches Informationssystem), *Referat Statistik und Wahlen*, novembre 2011, p. 2.

## A.2) Des conditions de vie en amélioration

**Tableau n° 51 : Proportions de prestations sociale de 2015 à 2019**

| Années | Bénéficiaires de prestations sociales / allocations de logement |      |  |     |                               |     |                       |     |                         |                                     |       |  |       |     |
|--------|---|------|--|-----|-------------------------------|-----|-----------------------|-----|-------------------------|-------------------------------------|-------|--|-------|-----|
|        | Total   |      | Le revenu de base pour les personnes âgées ... |     | Aide aux frais de subsistance |     | Indemnités de chômage |     |                         | Prestations pour demandeurs d'Asile |       | Bénéficiaires de l'allocation logement |       |     |
|        | Nombre  | %    | Nombre   | %   | Nombre                        | %   | Nombre                | %   | Avec enfants - de 12ans | Nombre                              | %     | Nombre                                 | %     |     |
| 2015   | 13.664  | 10,3 | 2.089  | 1,6 | 548                           | 0,4 | 9.911                 | 7,5 | 1.892                   | 17,0                                | 1.116 | 0,8                                    | 1.778 | 1,3 |
| 2016   | 13.656  | 10,2 | 2.123  | 1,6 | 409                           | 0,3 | 9.742                 | 7,3 | 1.842                   | 16,0                                | 1.382 | 1,0                                    | 2.103 | 1,6 |
| 2017   | 13.377  | 9,9  | 2.294  | 1,7 | 316                           | 0,2 | 9.714                 | 7,2 | 1.915                   | 16,6                                | 1.053 | 0,8                                    | 2.118 | 1,6 |
| 2018   | 13.421  | 9,9  | 2.068  | 1,5 | 270                           | 0,2 | 10.142                | 7,5 | 2.053                   | 17,5                                | 941   | 0,7                                    | 1.969 | 1,5 |
| 2019   | 13.741  | 10,2 | 2.636  | 2,0 | 361                           | 0,3 | 9.817                 | 7,3 | 2.051                   | 17,5                                | 927   | 0,7                                    | 1.903 | 1,4 |

Source : Extraction GÖSIS (Göttinger Statistisches Informationssystem), *Referat Statistik und Wahlen*, novembre 2011, p. 8.

Cette baisse n'est pas forcément due à une volonté de la politique de la ville. Elle pourrait être conforme à la proportion de bénéficiaires de prestations sociales dont les allocations logements. Dans le tableau n° 51, nous remarquons une baisse générale des allocataires, que cela concerne les aides aux frais de subsistance, aux indemnités chômage ou aux bénéficiaires de l'allocation logement.

À partir des tableaux n° 52 et 53, nous allons maintenant comparer les chiffres de Göttingen à ceux nationaux pour mieux comprendre les différents contextes.

Les prestations de transfert des régimes de revenu minimum social sont des aides financières fournies par l'État pour assurer la subsistance de base. Au niveau national, un peu moins de 6,9 millions de personnes en Allemagne ont reçu des prestations de revenu minimum social à la fin de l'année 2019. Comme le rapporte l'Office fédéral de la statistique, c'est 4,7 % de moins qu'à la fin de l'année 2018, où environ 7,2 millions de personnes recevaient des prestations de revenu minimum social. Mesurée par rapport à la population totale, la part des bénéficiaires de prestations est passée de 8,7 % fin 2018 à 8,3 % fin 2019. Il s'agit du taux de sécurité minimale le plus bas à ce jour depuis le début des calculs en 2006.

**Tableau n° 52 : Bénéficiaires des allocations de revenu minimum social à la fin de 2019 par État fédéral**

| États                             | Total     | Changements par rapport à l'année précédente | Taux <sup>1</sup> |
|-----------------------------------|-----------|--|-------------------|
|                                   | Nombre    | %  |                   |
| <i>Baden-Württemberg</i>          | 563 782   | -3,9   | 5,1               |
| <i>Bayern</i>                     | 568 749   | -5,3   | 4,3               |
| <i>Berlin</i>                     | 586 856   | -4,2   | 16,0              |
| <i>Brandenburg</i>                | 200 227   | -8,1   | 7,9               |
| <i>Bremen</i>                     | 117 871   | -1,1   | 17,3              |
| <i>Hamburg</i>                    | 232 868   | -2,6   | 12,6              |
| <i>Hessen</i>                     | 516 248   | -4,9   | 8,2               |
| <i>Mecklenburg-Vorpommern</i>     | 147 334   | -9,6   | 9,2               |
| <i>Niedersachsen</i>              | 680 185   | -4,8   | 8,5               |
| <i>Nordrhein-Westfalen</i>        | 1 948 653 | -3,4   | 10,9              |
| <i>Rheinland-Pfalz</i>            | 275 584   | -4,2   | 6,7               |
| <i>Saarland</i>                   | 98 132    | -3,9   | 9,9               |
| <i>Sachsen</i>                    | 298 989   | -8,6   | 7,3               |
| <i>Sachsen-Anhalt</i>             | 219 530   | -8,1   | 10,0              |
| <i>Schleswig-Holstein</i>         | 262 776   | -4,8   | 9,0               |
| <i>Thüringen</i>                  | 146 122   | -8,1   | 6,8               |
| <b>Allemagne</b>                  | 6 863 906 | -4,7   | 8,3               |
| <b>Plus d'informations</b>        |           |  |                   |
| Allemagne de l'ouest <sup>2</sup> | 5 264 848 | -4,0   | 7,9               |
| Allemagne de l'est <sup>3</sup>   | 1 599 058 | -6,9   | 9,9               |

<sup>1</sup> : la proportion de bénéficiaires dans la population totale. Calcul avec la population au 31.12 de l'année de référence respective sur la base des résultats actualisés du recensement de 2011.

<sup>2</sup> : Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein.

<sup>3</sup> : Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen.

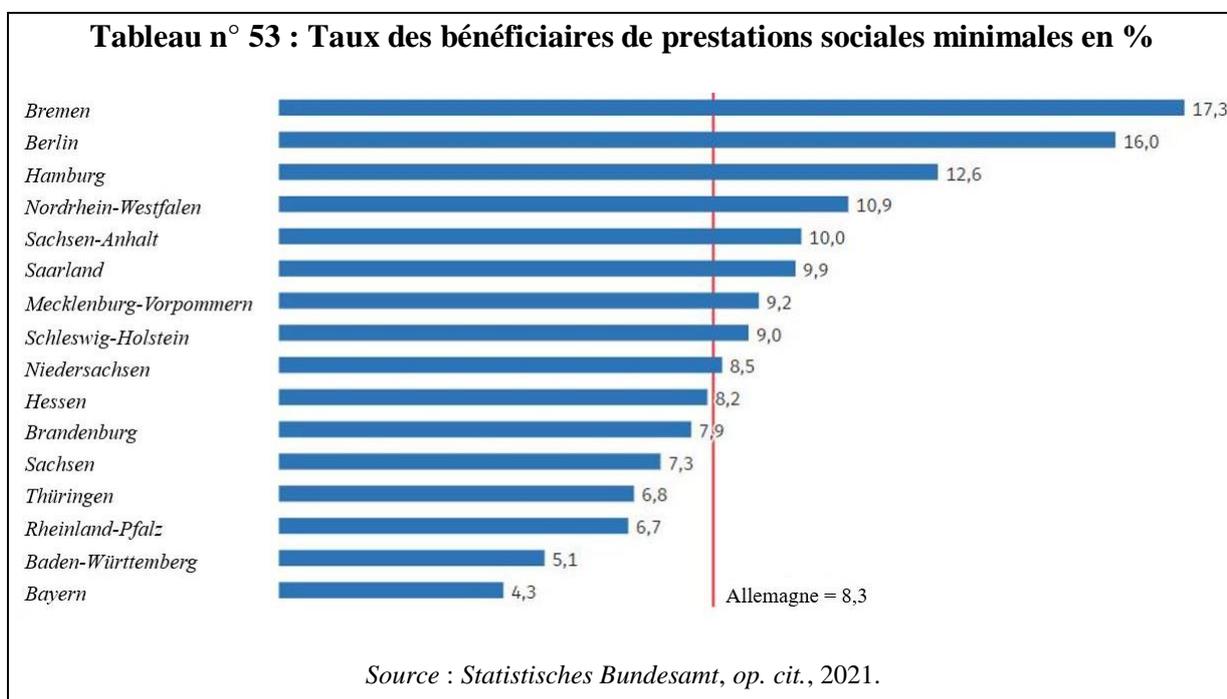
Source : Statistisches Bundesamt, Destatis, 2021.

Fin 2019, un peu moins de 5,3 millions de personnes percevaient des prestations standard totales (allocation chômage II/prestation sociale). Par rapport à l'année précédente, le nombre de ceux ayant droit aux prestations ordinaires a diminué de 5,6 %. Environ 113 000 ont reçu une aide pour vivre en dehors des institutions. Ce chiffre est inférieur de 6,7 % à celui de l'année précédente. À Göttingen, cette tendance est moins visible puisqu'il y a 91 allocataires de plus que l'année précédente. Toutefois, nous ne pouvons pas en conclure que

c'est un mouvement inverse par rapport au niveau national, car cette tendance n'est pas assez affirmée.

Près de 1,1 million de personnes ont reçu des prestations de base pour la vieillesse et la capacité de gain réduite. Le nombre a donc légèrement augmenté de 0,6 %. Cette tendance est également perceptible au niveau local ; le nombre de bénéficiaires du revenu de base pour les personnes âgées est passé de 2068 à 2636.

Environ 385 000 personnes ont reçu des prestations standard en vertu de la loi sur les prestations aux demandeurs d'asile. Cela correspond à une diminution de 6,3 %. À Göttingen, cette baisse a été constatée dès 2018. Fin 2019, ce chiffre reste stable puisque cette ville compte 927 bénéficiaires de cette aide, soit 14 allocataires de moins que l'année précédente. Ce mouvement national est dû au passage en commission de l'ensemble des dossiers. Ces dernières années, l'Allemagne a accéléré le traitement de ces dossiers afin de clarifier les différentes situations.



Sans nous restreindre à une différenciation entre l'est et l'ouest, les différents rapports statistiques nationaux montre une différence notoire. Il existe une baisse supérieure à la moyenne du nombre d'allocataires en Allemagne de l'Est. Comme les années précédentes, le nombre de bénéficiaires de minima sociaux a diminué de 6,9 % dans les États de l'Est, plus que dans les États de l'Ouest. Dans l'ouest de l'Allemagne, 4 % de personnes en moins dépendaient de ces prestations par rapport à l'année précédente.

La part des bénéficiaires de minima sociaux dans la population totale (taux de prestations minimales) n'a cessé de diminuer depuis 2015. En Allemagne orientale (y compris Berlin), pour la première fois, moins d'une personne sur dix dépend des minima sociaux fin 2019. En Allemagne occidentale, la proportion est tombée à 7,9 %.

Comme en 2017 et 2018, en 2019 le taux de protection du revenu minimum était le plus élevé à Brême (17,3 %), suivi des deux autres villes-États de Berlin (16,0 %) et de Hambourg (12,6 %), ainsi que de l'État le plus peuplé, la Rhénanie-du-Nord-Westphalie (10,9 %). De manière constante, depuis le début des calculs à partir de la fin 2006, la Bavière (4,3 %) et le Bade-Wurtemberg (5,1 %) présentaient les parts les plus faibles de bénéficiaires de prestations de revenu minimum social à la fin 2019.

Si nous constatons une amélioration générale des conditions de vie en Basse-Saxe, Göttingen, plus précisément, possède une particularité par rapport à son nombre d'habitants. Elle est composée de beaucoup de personnes vivant dans la rue tout en consommant des drogues.

Après cette brève contextualisation nationale et, plus particulièrement, locale, nous allons nous intéresser davantage à la politique de la drogue. Nous avons pu voir la structure de cette politique pour la France ainsi que des aspects de la politique de la ville de La Rochelle. Ici, nous allons tout d'abord décrire les politiques régissant les drogues au niveau national. Ensuite, nous allons préciser cette politique au niveau de l'État qui nous intéresse, la Basse-Saxe. Le fédéralisme de ce pays entraîne des explications plus locales.

## B) La politique en matière de drogues

### *B.1) Une politique nationale*

En Allemagne, la politique en matière de drogues vise à stopper ou à réduire la consommation de drogues légales et illégales le plus tôt possible. Elle poursuit une approche intégrée et distincte de la politique de santé. En cela, elle souhaite se démarquer des États qui combattent le problème de la drogue principalement par des moyens policiers ou militaires. En conséquence, le gouvernement fédéral soutient les objectifs et les principes de la politique internationale en matière de drogues ; selon cette dernière, il s'agit essentiellement de poursuivre une stratégie globale qui accorde une importance égale à la réduction de l'offre et de la demande, qui respecte les droits de l'homme dans tous les domaines, qui prend des mesures intersectorielles et intégratives fondées sur les résultats scientifiques et l'expérience pratique, et

qui s'appuie sur la coopération internationale. Le commissaire aux stupéfiants du gouvernement fédéral a salué la présentation des lignes directrices sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues à la Commission des stupéfiants des Nations unies en mars 2019, soulignant qu'une politique en matière de drogues axée sur la santé et centrée sur les personnes comprend l'accès aux soins de santé, la non-discrimination et la non-stigmatisation, des procès équitables et l'adéquation des peines.

La stratégie nationale repose sur les quatre piliers que sont la prévention de la dépendance, le conseil et le traitement, la réduction des risques ainsi que la réduction de l'offre et l'application de la loi. Pour présenter ces différents fondements, nous nous appuyerons sur des données issues de plusieurs rapports. En Allemagne, différentes études scolaires sont menées et fournissent des informations sur la consommation de substances. Toutes les études, à l'exception de l'étude HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) sur la consommation de cannabis chez les jeunes de 15 ans, sont limitées à une région. La dernière étude transversale HBSC a eu lieu à l'échelle nationale en 2017/2018. À Francfort-sur-le-Main, une enquête répétée auprès des élèves a été menée en 2019/2020 dans le cadre du système de surveillance des tendances en matière de drogues<sup>348</sup>. En 2019, l'investigation du Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) d'Allemagne a eu lieu en Bavière<sup>349</sup>. En Basse-Saxe, une enquête régulière auprès des étudiants s'est poursuivie en 2019. L'enquête SCHULBUS a eu lieu à Hambourg et en Bavière en 2018, dans la ville-État de Brême en 2016/2017 et à Hambourg, en Bavière, en Saxe et en Rhénanie-du-Nord-Westphalie en 2015. Avec l'étude « *Jeunes adultes : enquête sur la consommation de substances addictives* »<sup>350</sup> (JEBUS), des données sur la consommation de substances chez les 18-25 ans dans l'enseignement professionnel et supérieur ont été recueillies pour la première fois en 2016 / 2017 à Hambourg ainsi que dans des grandes villes de Bavière et de Saxe.

---

<sup>348</sup> KAMPHAUSEN Gerrit, WERSE Bernd et MARTENS Jennifer (2020) « MosyD Jahresbericht 2019: Drogentrends in Frankfurt am Main », *Centre for Drug Research*, Francfort sur-le-Main, Goethe université.

<sup>349</sup> SEITZ Nicki-Nils, RAUSCHERT Christian et KRAUS Ludwig (2020), « Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 », *ESPAD*, Enquête auprès des élèves de 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> année en Bavière, Institut de recherche thérapeutique IFT.

<sup>350</sup> BAUMGÄRTNER Theo et HILLER Philipp (2018), *JEBUS – Junge Erwachsene: Befragung zum Umgang mit Suchtmitteln. Zusammenfassender Tabellenbericht einer Untersuchung unter 18- bis 25-Jährigen in der Berufs- und Hochschulausbildung in Hamburg, Bayern und Sachsen 2016 / 2017*, Hambourg, Office de prévention des addictions.

La prévention est un élément central de la lutte contre la toxicomanie et les drogues en Allemagne. Son objectif principal est de promouvoir la santé de chaque personne. La base juridique est la loi sur la prévention (PrävG), qui couvre la prévention de la consommation de substances addictives et constitue la base de la coopération entre les institutions d'assurance sociale, les États et les autorités locales. Dans ce contexte, la prévention de la dépendance vise trois facteurs :

- éviter ou retarder l'entrée dans la consommation de drogues légales et illégales ;
- la détection précoce et l'intervention des comportements de consommation à risque ;
- la réduction des abus et des dépendances.

Les groupes cibles sont systématiquement abordés dans leur environnement de vie afin de provoquer un changement de connaissances, d'attitudes et de comportements, favorables à la santé. Afin de permettre à chaque individu de jouir du meilleur état de santé possible, l'assurance maladie obligatoire (SHI) fournit des soins de santé conformément aux articles 20 à 20b<sup>351</sup> du cinquième livre du code social (SGB).

La prévention de la toxicomanie est la composante de la politique globale en matière de drogues en Allemagne. Le paysage de la prévention des addictions reste diversifié. La prévention des addictions se caractérise par une variété de mesures de prévention. Elle est mise en œuvre au niveau local, à celui des *Länder* et de l'État fédéral : les activités de prévention universelle sont les plus fréquentes. Elles s'adressent à la population générale présentant un risque faible ou moyen de développer une addiction ou une dépendance. La prévention sélective s'adresse à des groupes de personnes qui présentent un risque accru de développer une dépendance à une substance, généralement sans l'avoir déjà manifestée. La prévention indiquée se concentre sur l'identification des personnes vulnérables afin de neutraliser les facteurs de risque individuels et de soutenir et renforcer ce groupe dans le développement de sa personnalité le plus tôt possible.

Les instruments d'assurance qualité des mesures de prévention des dépendances sont, par exemple, des réunions régulières ou des conférences d'experts, des bases de données en ligne ou la qualification des professionnels. Les données récoltées sont utilisées pour

---

<sup>351</sup> L'article 20 concerne la prévention primaire et la promotion de la santé, et l'article 20b la promotion de la santé sur le lieu de travail. Le livre du Code social (SGB V), dans le cadre de la prévention primaire et de la promotion de la santé, fournit également des services visant à prévenir la dépendance aux substances addictives et les éventuelles maladies secondaires de la consommation.

cartographier les mesures de prévention des dépendances à l'échelle nationale. Les objectifs importants étaient la diffusion d'informations et le renforcement ou le changement des attitudes relatives à la dépendance. Les mesures consacrées aux destinataires finaux s'adressaient principalement aux enfants et aux adolescents de 13 à 17 ans. Dans le groupe cible, l'accent a été mis sur les enseignants. Au niveau du contenu, environ deux tiers des mesures étaient liées aux substances : les principales étaient l'alcool, le cannabis et le tabac. Environ une mesure sur six portait sur les addictions comportementales. La plupart des mesures visaient à fournir des informations et, dans le cas des destinataires finaux, à former à une attitude critique. Les mesures avaient également pour objectif de renforcer les structures. Sur le plan méthodologique, les contenus ont été transmis par la formation et l'éducation. Près de deux tiers des mesures ont été documentées de manière systématique, et un quart ont été évalués. Une évaluation spéciale des données de 2019 donne à voir les activités des mesures de prévention liées au cannabis. Celles-ci s'adressaient principalement aux adolescents et aux jeunes adultes et se déroulaient le plus souvent en milieu scolaire. Les objectifs centraux sont d'accroître les connaissances et de renforcer ou de modifier les attitudes relatives à la dépendance.

Le deuxième pilier de la stratégie nationale de lutte contre la drogue consiste en des services complets de conseil et de traitement pour les consommateurs, y compris des traitements de substitution pour les addictions aux opioïdes. D'autres bases juridiques pour le traitement des toxicomanes résultent des codes sociaux, de la loi sur le service de santé publique (ÖGDG) ainsi que des obligations en matière de bien-être public. En règle générale, les personnes concernées peuvent bénéficier gratuitement des services de traitement et de conseil. La seule exception est lorsqu'un engagement de coût de la part des organismes de gestion sociale définis dans les lois sociales est requis. Outre les soins dispensés par les médecins généralistes, l'Allemagne compte environ 1 660 centres de traitement et de lutte contre la toxicomanie, des établissements à « *bas seuil* » et des centres de soins ambulatoires institutionnels. D'autres mesures de traitement sont réalisées dans 388 établissements de thérapie stationnaire (réadaptation) et 1 036 établissements de thérapie sociale. L'offre ne vise pas seulement la désintoxication des patients, mais comprend des interventions de crise et le traitement des maladies mentales concomitantes.

Le système de traitement des personnes ayant des problèmes liés à la drogue et de leurs proches en Allemagne va du conseil au traitement aigu et à la réhabilitation, en passant par des mesures de participation professionnelle et sociale. En raison de la structure fédérale, le système de traitement est contrôlé et coordonné au niveau des états fédéraux, des régions et des

municipalités. Les caisses d'assurance maladie et les institutions d'assurance pension déterminent les conditions et sont responsables de la prise en charge des frais de traitement. Les deux piliers du traitement sont, d'une part, les 1 540 centres de consultation et de traitement ambulatoires où les usagers de drogues et leurs proches reçoivent des conseils et un traitement et, d'autre part, les installations stationnaires des cliniques psychiatriques spécialisées, des services hospitaliers de psychiatrie et des établissements de réadaptation. La flexibilité croissante de la structure des services au cours des dernières années permet aux clients de combiner la réadaptation ambulatoire et hospitalière (traitement combiné). Le nombre de patients substitués déclarés a augmenté de façon continue depuis le début de la déclaration obligatoire (2002) jusqu'en 2010 et est resté largement stable ces dernières années ; au 1<sup>er</sup> juin 2019, il était de 79 700 personnes. Dans les traitements de substitution, la part des substances utilisées s'est déplacée ces dernières années vers la méthadone (38,1 %) et en faveur de la lévométhadone (35,9 %). La part de la buprénorphine (23,2 %) est restée largement constante au cours des cinq dernières années.

Dans le cadre de la prévention des relations, les réglementations légales telles que la loi sur les stupéfiants ou celle sur les nouvelles substances psychoactives s'appliquent aux drogues illicites. Dans le cas des drogues légales (alcool, tabac), qui sont également soumises à la loi sur la protection de la jeunesse, des restrictions de vente et de publicité ainsi que des augmentations de prix sont appliquées. Les substances de substitution peuvent être prescrites dans la quantité requise pour un maximum de sept jours consécutifs afin de garantir l'approvisionnement. Les médecins qui ne sont pas qualifiés en addictologie peuvent traiter plus de dix patients avec des substances de substitution. Les ordonnances peuvent désormais aussi être délivrées sans consultation personnelle.

Les mesures de réduction des risques constituent un autre pilier des stratégies nationales de lutte contre la drogue. Elles visent à minimiser les conséquences sanitaires et sociales négatives dues aux consommations "excessives". Les effets secondaires et les conséquences sur la santé comprennent des maladies infectieuses telles que le VIH ou l'hépatite. C'est pourquoi la politique nationale en matière de drogues prévoit diverses mesures pour prévenir la transmission des maladies :

- la distribution de seringues et d'autres accessoires d'utilisation à moindre risque ;
- la mise à disposition d'installations de dépistage des maladies infectieuses ;
- le traitement de l'hépatite C chez les "toxicomanes".

Afin de prévenir les décès par *overdose*, en particulier dans le domaine de la consommation d'opioïdes, des séances de formation d'urgence sont proposées aux personnes consommatrices, et une formation est dispensée sur l'utilisation de la *Naloxone*. Une autre mesure de réduction est la création de salles de consommation à moindre risque. Il s'agit d'installations qui fournissent l'équipement permettant de minimiser les risques liés à la consommation de drogues illicites, par exemple des seringues stériles et des gants jetables ainsi que la désinfection des mains et des sites d'injection.

En 2019, 1 398 personnes sont décédées à cause de la consommation de drogues illicites. Ce chiffre est le plus élevé des dix dernières années et représente une augmentation de 9,6 % par rapport à l'année précédente. Près de la moitié des cas sont des *overdoses* aux opioïdes. Cependant, la part des décès non causés par les opioïdes a diminué ces dernières années ; à l'inverse, la part des conséquences à long terme a augmenté. Le nombre d'urgences liées à la drogue traitées en tant que cas d'hospitalisation complète a presque doublé en dix ans jusqu'en 2015 et est maintenant stable ou en légère baisse depuis environ trois ans (22 229 cas en 2018).

La consommation de drogues par injection reste la principale cause des nouvelles infections par l'hépatite C. Cette maladie a été diagnostiquée, pour la première fois, 5 940 fois en 2019 ; le nombre de nouvelles infections est resté stable par rapport à l'année précédente. Comme précédemment, la consommation de drogues par voie intraveineuse est, de loin, le mode de transmission le plus important, représentant 64 % des diagnostics avec information sur le mode de transmission.

En 2019, 3 093 nouvelles infections par le VIH ont été signalées à l'Institut Robert Koch. Le nombre total de diagnostics initiaux de VIH a ainsi augmenté pour la première fois en trois ans. Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH (usagers de drogues par injection) a été stable avec des fluctuations au cours des quatre dernières années. La consommation de drogues par voie intraveineuse comme mode d'administration a été citée pour 7 % des cas avec des informations sur le risque d'infection et est donc la troisième voie de transmission la plus importante.

La disponibilité des services de réduction des risques est très variable. Les mesures de réduction sont ancrées dans la stratégie nationale de la politique en matière de drogues. Leur disponibilité est nettement meilleure dans les zones urbaines que celles rurales. Afin de prévenir les *overdoses* d'opioïdes, la formation d'urgence à l'utilisation de la *Naloxone* par des non-professionnels est actuellement proposée dans dix-huit villes ; un autre programme a été lancé

dans une autre ville fin 2020. Le groupe cible est constitué des consommateurs de drogues et de leur environnement. Pour la réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables, il y a actuellement vingt-quatre salles fixes de consommation à moindre risque et trois salles mobiles sont disponibles dans sept États. Dans les neuf autres, il n'y a toujours pas de salles de consommation de drogues.

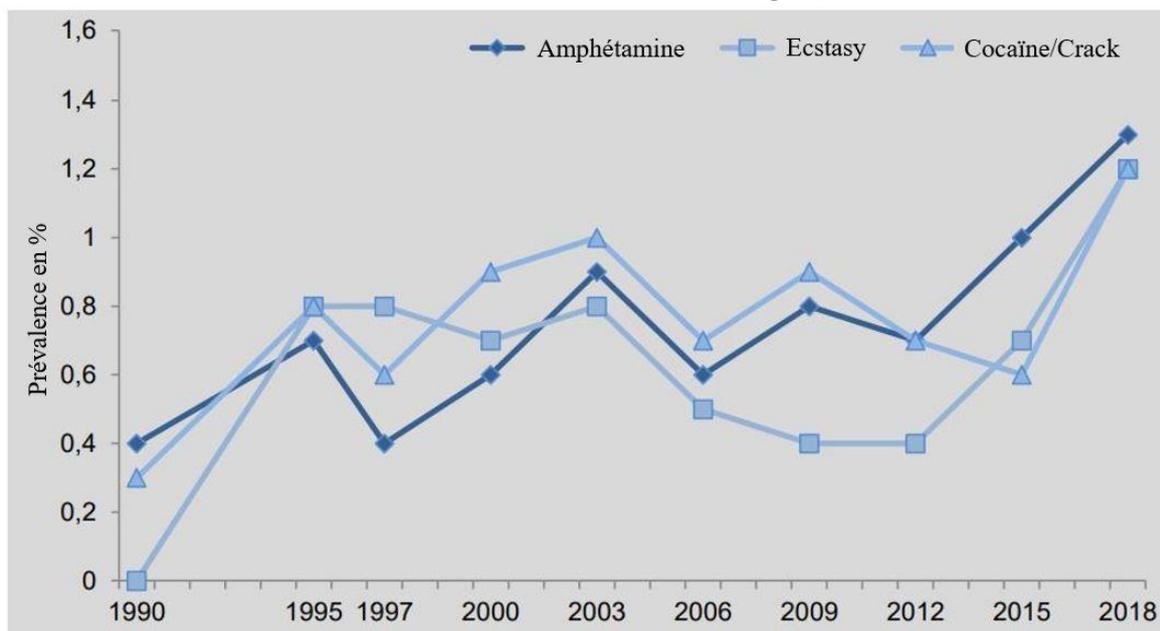
La réduction de l'offre ainsi que l'application de la loi constituent le dernier pilier de la stratégie nationale. Pour évaluer la légalité des substances narcotiques, l'Allemagne adhère à la Convention des Nations unies sur les stupéfiants. Au niveau national, la loi sur les stupéfiants (BtMG) est l'instrument central pour réglementer l'usage des stupéfiants (avec également des dispositions de droit pénal). En fonction de la gravité et du type d'infraction, des sanctions peuvent être imposées sous forme d'amendes ou de peines de prison. Afin de garantir un système de sanctions approprié, la loi s'abstient de toute poursuite pénale si la culture, l'achat et la possession de drogues sont exclusivement liés à l'usage personnel. Dans la lutte contre la criminalité liée à la drogue, l'accent est mis sur la découverte de connexions globales qui permettent de prendre des mesures contre les organisations criminelles. Cela nécessite une coopération entre les autorités fédérales et étatiques, ainsi qu'avec des partenaires et des organisations internationales de coopération policière, comme par exemple Europol.

La norme centrale dans le domaine de la politique des drogues et des dépendances est la loi sur les stupéfiants. Elle réglemente le traitement légal des stupéfiants, limite leur utilisation à des fins médicales et scientifiques, et interdit toute utilisation non médicale ou non scientifique. Elle est complétée par le règlement sur la prescription des stupéfiants et la loi sur la surveillance des substances de base. De plus, la loi sur les nouvelles substances psychoactives (NpSG) a été adoptée en 2016. Elle permet, pour la première fois, d'interdire des groupes entiers de substances. Elle vise à empêcher que les interdictions existantes soient contournées par la moindre modification chimique d'une substance.

En 2019, l'évolution de la criminalité liée aux stupéfiants s'est à nouveau caractérisée par une forte augmentation des infractions liées à la cocaïne et des saisies importantes de cocaïne. Le cannabis reste le type de drogue pour lequel le nombre de cas est de loin le plus élevé, tant en termes de trafic que de consommation, avec une part d'environ deux tiers de l'ensemble des infractions liées aux stupéfiants. Après le cannabis, l'amphétamine reste le stupéfiant le plus courant en Allemagne.

Grâce à l'enquête nationale sur les problèmes de toxicomanie en milieu carcéral, il a été possible, pour la première fois en 2019, de quantifier la proportion de détenus ayant des problèmes de toxicomanie au début de leur incarcération. Au moment de leur incarcération, 39 % des femmes et 44 % des hommes<sup>352</sup> avaient un problème de dépendance, notamment à l'alcool. 1 440 détenus (1 181 hommes et 259 femmes) recevaient un traitement de substitution. La part des personnes incarcérées pour des raisons liées à la drogue a diminué depuis 2008, de tous âges. Toutefois, par rapport à 2018, leur proportion a légèrement augmenté pour les peines pour mineurs et pour adultes. De 2010 à 2019, le nombre total de tous les détenus a diminué de 16,6 % et le nombre de détenus emprisonnés pour des infractions spécifiquement en rapport avec la drogue de 26,8 %. Le tribunal régional supérieur de Bavière (*Bayerisches Oberlandesgericht*) à Munich a statué que l'arrêt d'un traitement de substitution en cours pendant l'emprisonnement ne peut être envisagé que dans des conditions médicales étroites ; la reprise d'un traitement de substitution, en revanche, n'est pas prioritaire par rapport à d'autres alternatives thérapeutiques axées sur l'abstinence.

**Tableau n° 54 : Tendances de la prévalence sur 12 mois de la consommation de stimulants chez les 18-59 ans en Allemagne, 1990-2018**



Source : KARACHALIOU Krystallia, SEITZ Nicki-Nils, NEUMEIER Esther, SCHNEIDER Franziska, TÖNSMEISE Charlotte, FRIEDRICH Maria et PFEIFFER Tim (2020), « Rapport 2020 de la Commission nationale REITOX à l'OEDT (années des données 2019/2020) », *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction et DBDD*, p. 22.

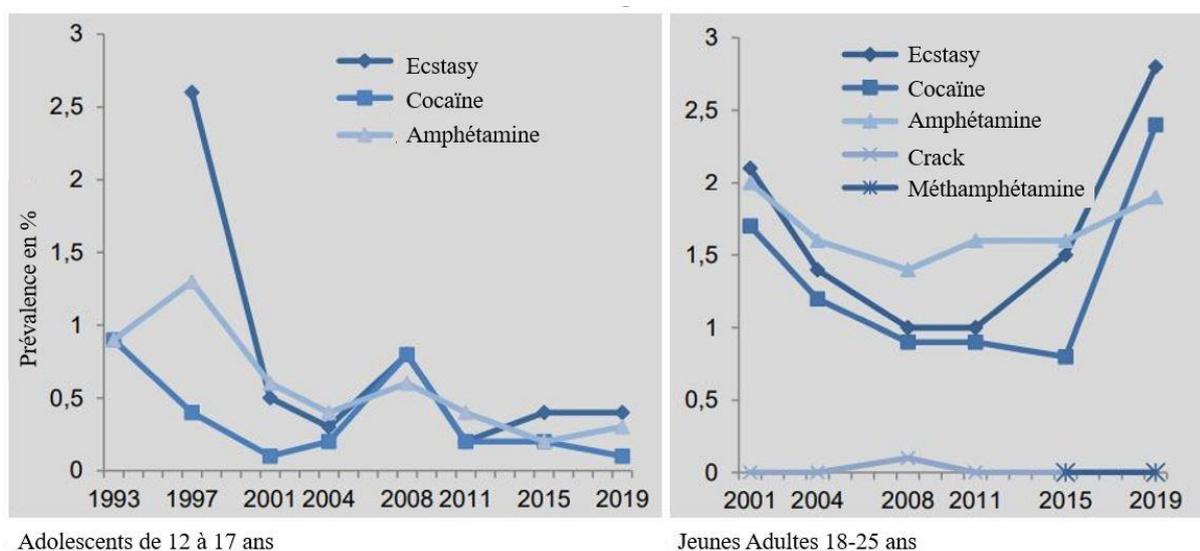
<sup>352</sup> Ces données concernent les détenus des prisons de douze États fédéraux inclus dans l'étude.

De manière plus générale, les stimulants les plus consommés en Allemagne sont la cocaïne/crack, l'ecstasy et les amphétamines (tableau n° 54). Cependant, l'importance des différents stimulants varie considérablement selon la région et l'environnement ainsi qu'entre les groupes d'âge (tableau n° 55).

Parmi les 18-64 ans, la cocaïne/crack est le stimulant dont la prévalence au cours de la vie est la plus élevée (4,1 %). Cette prévalence dans le cadre de la consommation d'ecstasy, qui est de 3,9 %, est légèrement supérieure à celle de l'amphétamine qui est de 3,8 %. Avec une prévalence de 0,8 %, la méthamphétamine joue un rôle mineur. En ce qui concerne la consommation au cours des douze derniers mois et des trente derniers jours, les amphétamines (1,2 %) sont un peu plus fréquentes que les autres stimulants (cocaïne et ecstasy : 1,1 %). Pour tous les stimulants, les prévalences à vie diffèrent très nettement des prévalences à douze mois, ce qui indique une majorité de consommation expérimentale (tableau n° 56) ; ces données présentent les mêmes tendances que pour la prévalence du cannabis (tableau n° 57 et n° 58).

Les valeurs de prévalence pour toutes les substances sont plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Chez les 12-17 ans et les 18-25 ans, l'ecstasy est la substance la plus répandue tant en termes de prévalence au cours de la vie (0,6 % et 7,8 % respectivement) que sur 12 mois (0,5 % et 3,6 % respectivement).

**Tableau n° 55 : Tendances de la prévalence de l'usage de stimulants sur 12 mois chez les jeunes de 12 à 25 ans en Allemagne, 1993 et 2001-2019 respectivement**



Source : KARACHALIOU Krystallia, SEITZ Nicki-Nils, NEUMEIER Esther, SCHNEIDER Franziska, TÖNSMEISE Charlotte, FRIEDRICH Maria et PFEIFFER Tim (2020), *op. cit.*, p. 24.

**Tableau n° 56 : Prévalence de la consommation de toute drogue illicite en Allemagne**

|          | Source (1) | Âge   | Prévalence | Projection (2) |
|----------|------------|-------|------------|----------------|
| Vie      | ESA 2018   | 18-64 | 29,5 %     | 15.206.000     |
|          | DAS 2019   | 12-17 | 10,6 %     | 479.000        |
|          | DAS 2019   | 18-25 | 47,2 %     | 3.432.000      |
| 12 mois  | ESA 2018   | 18-64 | 8,3 %      | 4.227.000      |
|          | DAS 2019   | 12-17 | 8,3 %      | 375.000        |
|          | DAS 2019   | 18-25 | 24,8 %     | 1.803.000      |
| 30 jours | ESA 2018   | 18-64 | 3,3 %      | 1.701.000      |
|          | DAS 2019   | 12-17 | 4,0 %      | 181.000        |
|          | DAS 2019   | 18-25 | 12,0 %     | 873.000        |

1) Les valeurs comprennent les substances suivantes :

ESA : cannabis, amphétamine/méthamphétamine, ecstasy, LSD, héroïne/autres opiacés, cocaïne/crack, champignons, NPS.  
 DAS : Cannabis, ecstasy, LSD, amphétamine, méthamphétamine (Crystal meth), cocaïne, crack, héroïne, NPS, substances à sniffer ou plantes psychoactives ou une combinaison de ces substances. Les résultats présentés sont basés sur l'échantillon *DualFrame*

2) Chiffres arrondis

Source : KARACHALIOU Krystallia, SEITZ Nicki-Nils, NEUMEIER Esther, SCHNEIDER Franziska, TÖNSMEISE Charlotte, FRIEDRICH Maria et PFEIFFER Tim (2020), *op. cit.*, p. 6.

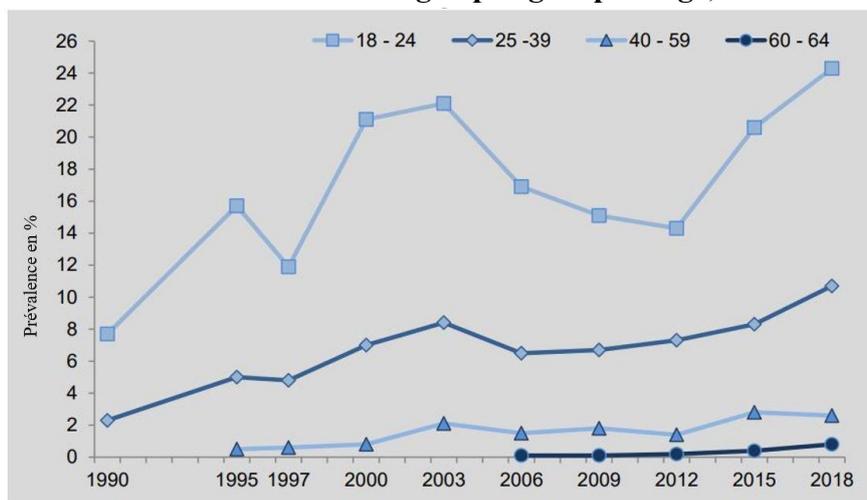
**Tableau n° 57 : Prévalence de la consommation de cannabis en Allemagne**

|          | Source   | Âge   | Total  | Hommes | Femmes |
|----------|----------|-------|--------|--------|--------|
| Vie      | ESA 2018 | 18-64 | 28,3 % | 32,9 % | 23,4 % |
|          | DAS 2019 | 12-17 | 10,4 % | 13,1 % | 7,5 %  |
|          | DAS 2019 | 18-25 | 46,4 % | 52,7 % | 39,4 % |
| 12 mois  | ESA 2018 | 18-64 | 7,1 %  | 8,9 %  | 5,3 %  |
|          | DAS 2019 | 12-17 | 8,1 %  | 10,8 % | 5,3 %  |
|          | DAS 2019 | 18-25 | 24,1 % | 28,7 % | 19,0 % |
| 30 jours | ESA 2018 | 18-64 | 3,0 %  | 3,8 %  | 2,1 %  |
|          | DAS 2019 | 12-17 | 3,8 %  | 5,0 %  | 2,6 %  |
|          | DAS 2019 | 18-25 | 11,5 % | 14,6 % | 8,0 %  |

Source : KARACHALIOU Krystallia, SEITZ Nicki-Nils, NEUMEIER Esther, SCHNEIDER Franziska, TÖNSMEISE Charlotte, FRIEDRICH Maria et PFEIFFER Tim (2020), *op. cit.*, p.12.

Si, au niveau national, l'Allemagne considère que sa politique en matière de drogues s'éloigne d'une lutte par des moyens policiers, les chiffres des dépenses publiques ne confirment pas entièrement cette volonté. En 2008, le ministère fédéral de la santé (BMG) et l'Observatoire allemand des drogues et des toxicomanies (DBDD) ont collecté des données et estimé les dépenses liées à la drogue des budgets publics et des institutions d'assurance sociale. Pour l'année de référence 2006, un intervalle compris entre 5,2 et 6,1 milliards d'euros de dépenses publiques a été déterminé pour le domaine des drogues illicites. La plus grande part des dépenses publiques identifiées a été consacrée au domaine de la sécurité et de l'ordre, avec 3,4 à 4,4 milliards d'euros (65 à 70 %). Les dépenses pour les soins de santé et la sécurité sociale se sont élevées à 1,8, 1,9 milliard d'euros, soit une part de 30 à 35 %. La part des dépenses pour l'administration publique générale était de 40,2 millions d'euros, soit moins de 1 %. En raison de l'effort important et des limites méthodologiques, aucune mise à jour de l'étude n'a eu lieu jusqu'à présent.

**Tableau n° 58 : Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis sur 12 mois chez les 18-64 ans en Allemagne par groupe d'âge, 1990-2018**



Source : KARACHALIOU Krystallia, SEITZ Nicki-Nils, NEUMEIER Esther, SCHNEIDER Franziska, TÖNSMEISE Charlotte, FRIEDRICH Maria et PFEIFFER Tim (2020), *op. cit.*, p. 13.

En Allemagne, la responsabilité de la politique en matière de drogues et de toxicomanie est répartie entre le gouvernement fédéral, les États et les municipalités. Le commissaire du gouvernement fédéral chargé des questions de drogues coordonne cette politique. Il n'existe pas d'évaluation systématique des effets des objectifs formulés. La prévalence de la consommation de drogues est régulièrement revue, tous les trois ans, par de grandes études épidémiologiques. En outre, de nombreux projets individuels sont évalués de manière continue. La structure

complexe des responsabilités du gouvernement fédéral, des États, des municipalités et des institutions d'assurance sociale entraîne des difficultés majeures dans le calcul des dépenses liées à la drogue. En ce qui concerne les conditions et les cadres politiques, des débats continuent d'avoir lieu à différents endroits en Allemagne, qui traitent notamment du cannabis. Les aspects récurrents de la discussion sont les effets de l'interdiction sur la protection des jeunes, la prévention et la réduction des dommages, ainsi que les conséquences pour l'économie nationale, la politique étrangère, la sécurité et le développement.

En raison de la structure fédérale de l'Allemagne, le financement et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de drogues impliquent une structure complexe entre le gouvernement fédéral, les États, les municipalités et les institutions d'assurance sociale. En fait, il n'existe actuellement aucune donnée collectée et résumée au niveau national sur les ressources financières que les États et les municipalités consacrent aux mesures de lutte contre la drogue et la toxicomanie. La différenciation entre les substances licites et illicites n'est pas faite, de sorte que la part du coût des drogues illicites ne peut être déterminée. Enfin, une part considérable des coûts totaux est représentée par les dépenses dans des domaines transversaux tels que la police, la justice, le système pénal ou la protection sociale, qui ne sont pas marqués comme spécifiques à la dépendance.

Après avoir donné un aperçu de la politique nationale, nous allons montrer que ces lignes directrices sont parfois différemment mises en pratique selon les États. Pour cela, nous nous concentrerons sur la Basse-Saxe qui est l'État dans lequel se trouve Göttingen. Nous montrerons également quelques données locales de notre ville d'enquête. Dans le champ de la lutte contre la drogue, les applications et mesures prises relèvent principalement des États, que cela soit par rapport à la santé ou aux éléments juridiques. Même s'il existe des dispositions intégrées par la législation fédérale, comme par exemple la loi sur les stupéfiants, les États l'interprètent chacun à leur manière et l'applique de manière variable.

## *B.2) Des politiques en matière de drogues selon les États : l'exemple de la Basse-Saxe et de Göttingen*

Le livre de Jens Kalke<sup>353</sup> traite de l'importance des parlements nationaux dans le domaine politique en matière de drogues. Pour cette étude, les imprimés parlementaires ont été évalués empiriquement sur une période de trente ans de 1968 à 1997. L'analyse montre que les

---

<sup>353</sup> KALKE Jens (2001), *Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik*, Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

parlements nationaux s'occupent de plus en plus des questions de politique en matière de drogues, bien qu'ils n'aient pratiquement aucune compétence juridique propre. Il apparaît clairement qu'ils traitent ce sujet de manière plus immédiate, plus tôt que le Bundestag et de manière plus diversifiée et vivante. Ils ont donc une fonction innovante dans la politique en matière de drogues. Les résultats de cette étude relativisent la thèse répandue de la perte d'importance des parlements des États.

Pour nos enquêtés, la politique en matière de drogue est « *totalelement restrictive* » (Entretien, *Drobz*). Le budget accordé à la poursuite des personnes dépendantes de drogues serait beaucoup plus important que celui pour la prévention : « *Mais cela est représentatif de la politique en Allemagne qui préfère poursuivre et criminaliser les personnes* » (Entretien, *Drobz*). Tous s'accordent sur le fait que cette politique diffère selon les États. Ce sont les autorités locales et les ministères qui dirigent et choisissent les conduites internes aux États. Par exemple, pour le cannabis, les limites de consommation personnelle autorisée ne sont pas les mêmes selon les régions. Globalement, la politique anti-drogues est très restrictive, comparée par exemple aux Pays-Bas. La possession de drogues est un délit ; si on en trouve chez un individu, même en deçà des quantités considérées comme « *consommation personnelle* », elle est confisquée, et une plainte est déposée. Selon les régions, cette plainte est annulée ou non. Lorsque les quantités trouvées sont plus importantes que ce qui est toléré dans la région, la plainte ne sera pas annulée, et une procédure juridique sera engagée. Concernant les autres drogues, elles sont interdites. Un des enquêtés évoque la surcharge de travail chez les policiers quant à cette thématique : « *Mais il faut dire que les autorités sont plutôt débordées avec ce problème, et que les consommateurs font tout leur possible, pour ne pas se faire prendre* » (Entretien, *Straso*). Ces professionnels nous confient que les autorités policières connaîtraient les endroits où se trouvent les consommateurs de drogues mais qu'ils n'interviendraient pas du fait que les effets escomptés ne seraient pas atteints ; cela ne changerait pas les consommations malgré des avertissements, des confiscations ou des punitions juridiques. La toxicomanie est reconnue pour être une vraie dépendance, et la police serait au courant que les personnes concernées ne changeront pas malgré leurs interventions.

S'il y a une ligne de conduite globale, nous voyons que cette politique est traitée différemment selon les localités, en Basse-Saxe, comme d'une manière générale en outre-Rhin. Les *Länder* sont les États fédérés qui forment ensemble la République fédérale d'Allemagne. Ils possèdent chacun leur propre souveraineté puisque l'Allemagne s'appuie sur le principe de subsidiarité. Si la Loi fondamentale pour la république fédérale ne confère pas à la fédération

des pouvoirs de légiférer, alors les États sont autorisés à le faire. Les domaines de la culture, de l'éducation du droit communal ou encore des lois concernant la police relèvent des États. Par le conseil fédéral, dans lequel sont représenté l'intégralité des États, ces régions participent au pouvoir législatif fédéral.

La Loi fédérale sur les stupéfiants rend illicite la possession de cannabis. Un individu qui possède de la drogue est passible d'une peine d'emprisonnement. Toutefois, le cannabis n'est pas traité comme une infraction. Lorsqu'il est question de cette drogue, plusieurs solutions sont amenées pour éviter les poursuites dans le cas de petites quantités. Ces solutions sont définies en fonction des facteurs suivants : l'implication d'autres personnes (consommation personnelle, approvisionnement, vente, etc.), la récidive et les autres délits précédant celui-ci. Généralement, les autorités sont davantage dans une approche de traitement avant la sanction. Néanmoins, certains *Länder* sont plus indulgents que d'autres par rapport à la consommation personnelle de cannabis. La quantité qui détermine « *l'usage personnel* » est différente selon la région et varie entre six grammes et quinze grammes.

Prenons l'exemple de la Bavière. Dans cet État, les conséquences ne seront pas les mêmes qu'à Hambourg si un individu se fait arrêter en possession de deux grammes de cannabis : « *Si par exemple, on parle du cannabis, cela dépend beaucoup de comment les autorités locales gèrent ce genre de chose, si elles sont plus ou moins répressives. En Bavière par exemple, il vaut mieux être très prudent pour fumer des joints en public, parce qu'on peut avoir des problèmes sérieux quand on se fait prendre. Les autres Länder sont un peu plus cool, il n'y a pas les mêmes limites d'usage personnel partout. Et pour les autres drogues, les personnes se retirent souvent dans des espaces, où elles risquent moins d'être contrôlés* » (Entretien, *Straso*).

Pour l'Allemagne, c'est très variable. En Bavière, il n'y a plus de médecins qui prescrivent des traitements de substitution pour les personnes dépendantes à l'héroïne, puisque les conditions ont été fortement resserrées. Ces médecins peuvent se retrouver en prison si, par exemple, un de leur patient est victime d'une *overdose* du médicament de substitution. Par suite, ils ont simplement arrêté d'en prescrire et, « *ce qui est certain, c'est que la Bavière a les règles les plus strictes en matière de politique anti-drogues* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). La Rhénanie du Nord-Westphalie, zone la plus peuplée de l'Allemagne, possède un fonctionnement inverse. Il y a une très bonne coopération entre la police et le milieu de l'aide aux personnes dépendantes des drogues dans les grandes villes. Les responsables de la police,

notamment à Münster, ont fait en sorte qu'un lieu de consommation soit ouvert dans leur ville. Suite au constat du nombre important de décès liés à la consommation d'héroïne, ils ont insisté pour l'ouverture d'un lieu sûr. Pour eux, il valait mieux que ces personnes viennent consommer dans des lieux sûrs, là où il y a une présence de médecins ou d'infirmières, plutôt que de consommer chez eux ou dans des parcs publics sans conseils médicaux ou dans de mauvaises conditions d'hygiène.

Cette différenciation entre les États est également visible depuis l'adoption d'une nouvelle législation datant de 2017 autorisant le cannabis à des fins médicales. Les rapports nationaux sur cette substance thérapeutique montrent que son usage était accepté pour 1 000 patients avant cette loi et de 40 000 en 2018. Cependant, l'obtention d'ordonnances ainsi que l'approbation des compagnies d'assurance montrent encore des réticences au niveau des professionnels de santé. Dans certaines régions, les partis politiques vont plus loin et lancent des initiatives qui remettent en cause la politique actuelle en matière de cannabis par rapport aux Pays-Bas. Cependant, tous les États ne peuvent pas décider seuls d'autoriser ou non les *coffee shops*. Pour être autorisé à vendre du cannabis, un gouvernement d'État doit obtenir l'autorisation du *BfArM*, l'Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux. Plus récemment, le café de *Friedrichshain-Kreuzberg*<sup>354</sup> a échoué, en 2015, parce que le *BfArM* n'a pas accordé d'autorisation. Mais cela ne veut pas dire que certains États ne continuent pas dans cette démarche. Il est toutefois plus facile pour une région d'influencer la vie des consommateurs en fixant la quantité qui est considérée comme un "usage personnel" et à partir de laquelle la possession n'est plus poursuivie par le droit pénal. Ces débats et ces thématiques sont souvent réitérées lors des conseils fédéraux : « *Mais, je dirais de mon point de vue, que c'est en bon chemin. Une discussion qui revient toujours est celle sur la libération du cannabis ; cela revient régulièrement, et la gestion juridique et policière est différente d'une région à l'autre : quelle est la quantité maximale pour un usage personnel, et quand est-ce qu'on la dépasse, par exemple ?* » (Entretien, *Drobz*). Les partis politiques en faveur de la légalisation disent que la prochaine étape consistera à créer un café où les adultes pourront acheter leur herbe en toute légalité dans le cadre d'un projet modèle accompagné scientifiquement pour la distribution contrôlée de cannabis aux adultes.

---

<sup>354</sup> Ce café est un point de contact et de conseil à *Kottbusser Tor*. Celui-ci propose une aide très concrète, par exemple : organisation de la désintoxication en milieu hospitalier, préparation à la thérapie, orientation vers des thérapies chrétiennes de la dépendance en milieu hospitalier, conseils généraux en matière de dépendance, de vie et de société, etc. Outre les services de conseil, il est également possible d'échanger autour d'une tasse de café.

En ce qui concerne la Basse-Saxe, elle est bien moins lotie en matière de réponses aux personnes consommatrices de drogues qu'en Rhénanie du Nord-Westphalie ou à Hambourg ou Berlin. Dans la région de notre ville d'enquête, nous ne trouvons que deux salles dédiées à la consommation de drogues, toutes deux à Hanovre, « *Mais tout cela demande des moyens financiers ; la Basse-Saxe a peu de moyens ; nous avons fait le calcul, une salle de consommation coûterait environ 200 000 € par an de Göttingen, et comme ce n'est pas une obligation de dépenser cette somme, ils préfèrent utiliser l'argent pour autre chose. En plus, il y a toujours la crainte d'attirer encore plus de personnes dépendantes de drogues dures, et c'est la raison pour laquelle un tel projet a tout simplement été rejeté ici à Göttingen* » (Entretien, Drobz). Néanmoins, certains enquêtés montrent que, si la Basse-Saxe ne propose que peu de salle de consommation à moindre risque, elle met à disposition une pluralité d'autres outils, plus généralement pour les personnes en situation de précarité : « *Concernant la Basse-Saxe, je ne peux parler que de la région du sud, jusqu'à Hanovre. Les organisations qui fournissent de l'aide de base sont reliés entre elles, donc nous sommes au courant si de nouvelles drogues arrivent sur le marché. Je pense que nous sommes, avec Hanovre, les mieux placés de toute l'Allemagne en ce qui concerne les propositions qui sont faites aux personnes dans le besoin* » (Entretien, Drobz).

Concernant Göttingen, il n'y a aucun lieu destiné à la consommation de drogues : « *Non, il n'y a pas ce genre de lieu, les gens consomment souvent chez eux, certains utilisent les toilettes publiques. Il serait bien d'avoir un tel lieu dans la ville, mais la politique en Basse-Saxe, et notamment à Göttingen, n'a pas encore évolué dans ce sens. On pense encore souvent que ce genre de lieu attire encore plus de personnes dépendantes dans la ville, et qu'il pourrait devenir une sorte de "hotspot". Une de nos équipes qui va dans la rue fait ce qu'on appelle un travail de l'acceptation, donc elle distribue des seringues propres et autre matériaux pour prévenir des maladies transmissibles, elle conseille plutôt que de punir, elle explique plutôt que de menacer. On accepte la consommation, mais si consommation il y a, qu'elle soit au moins sécurisée. Et on explique ce que provoque la consommation, et comment faire pour ne pas se mettre inutilement en danger. Récemment par exemple, j'ai eu une jeune femme dont le point d'insertion de l'aiguille s'était infecté, ce qui avait creusé un trou dans sa chair, et j'ai dû l'amener à l'hôpital. Il s'agit aussi de donner des conseils pour éviter ce genre de problème* » (Entretien, Straso). Toutefois, ces lieux existent davantage dans les grandes villes comme Hambourg, Berlin ou encore Francfort. L'usage de drogues comme phénomène de masse a commencé dans ces grandes villes. Il est davantage présent dans les métropoles que dans les

localités plus petites et les villages<sup>355</sup>. Ce serait l'ampleur de la population de ces grandes villes qui favoriserait le développement de sous-cultures et de marchés de biens, ici les drogues. Ces larges espaces procureraient un sentiment d'anonymat et un niveau de tolérance plus élevé par rapport aux comportements déviants tels que la consommation ou la vente de drogues. Cependant, cela peut également dépendre des lieux et, même si les villes sont souvent plus concernées que les campagnes, nous ne pouvons généraliser puisque dans certaines régions rurales, il y a plus de consommation de drogues que ce que nous pourrions penser.

Outre cet aspect géographique, les enquêtés soulignent que les municipalités politiquement à gauche sont plus enclines à la mise en place de lieux de consommation à disposition d'utilisateurs : « *En ce qui concerne la politique allemande, il y a, comme un peu partout dans le monde, une grande discussion sur la légalisation éventuelle de THC, et pour l'instant, même si la police est plus tolérante, même en Bavière, depuis quelques années, en ce qui concerne la possession de toutes petites quantités de cannabis, il y a toujours une petite majorité des décideurs qui sont contre cette légalisation. Le parti des verts, qui a pris beaucoup d'importance ces dernières années, mais aussi la SPD et le parti Die Linke sont plutôt favorables, et on peut s'attendre à ce que les lois changent dans les prochaines années, même s'il n'y aura peut-être pas une légalisation totale. Il y a 10 ou 20 ans, la balance penchait encore beaucoup plus vers l'interdiction, puis cela a changé petit à petit, influencé aussi par la Hollande, ou certaines régions aux États-Unis, où on a libéré le THC depuis des dizaines d'années déjà* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Göttingen a longtemps été gouverné par la SPD (parti social-démocrate) mais reste une ville assez petite. Cet argument peut être confirmé grâce à la mise en parallèle des cartes n° 20 et 21.

À travers ces cartes, nous remarquons que les régions où le SPD est dominant sont celles où il y a le plus de salles de consommation à moindre risque. Toutefois, pour ce qui est du retard de l'Allemagne de l'est, en dehors de Berlin, il peut être justifié par le fait que la consommation de drogues y a débuté plus tardivement qu'en Allemagne de l'Ouest après la chute du régime. Mais il n'y a aucune interdiction d'ouvrir ces lieux même en Bavière où la législation est plus sévère : « *Si on prend par exemple Munich, qui se trouve en Bavière, mais dont la municipalité*

---

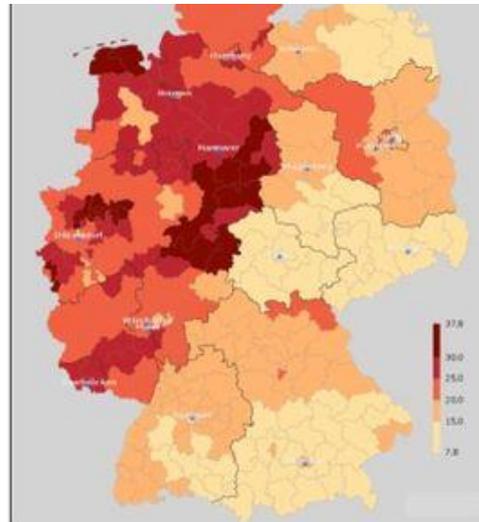
<sup>355</sup> KRAUS Ludwig (2005), « Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psycho-aktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg », *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003*, Munich, Institut de recherche thérapeutique.

est majoritairement social-démocrate depuis des années, il n'y a pas ou très peu de ces lieux à disposition comparé par exemple à Berlin » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

**Carte n° 21 : Emplacements des salles de consommation à moindre risque en Allemagne**



**Carte n° 22 : Part du SPD au second tour des élections fédérales allemande (%) (2017)**



Source : Wahlatlas.net

Göttingen est très bien placé malgré son manque de salles dédiées à la consommation. À l'époque où la méthadone, drogue de substitution à l'héroïne, est arrivée sur le marché, la première étude s'est déroulée à Göttingen. C'est pour cela que nous constatons un nombre important de médecins qui donnent ce médicament de substitution. Ils sont aujourd'hui huit alors que d'autres grandes villes, comme par exemple Hildesheim, n'en ont plus du tout. Les autres régions sont également très concernées par ce manque de médecins.

Göttingen est plutôt bien placée en ce qui concerne la possibilité, pour des personnes dépendantes, de trouver de l'aide. Il y a actuellement neuf lieux dédiés à l'aide de base, pas uniquement pour des personnes dépendantes de drogues, mais elles peuvent demander de l'aide dans tous ces endroits. Il y a globalement à Göttingen, en comparaison avec l'Allemagne, un bon nombre de propositions pour des personnes qui désirent se sortir de la dépendance aux drogues, ou qui cherchent un accompagnement médical de substitution : « *Au niveau politique, je ne peux pas dire grand-chose. Ce qu'on peut dire sur Göttingen, c'est qu'il y a un certain nombre de structures psychiatriques et de prisons, et beaucoup de personnes qui sortent de ces institutions se retrouvent ensuite dans la rue, dont des personnes dépendantes. Dès que les*

*thérapies pour ces personnes dépassent une durée de six mois, et que leurs appartements ne sont pas occupés pendant ce temps-là, les services sociaux arrêtent de payer leurs loyers. Un long séjour en psychiatrie ou en prison implique souvent une perte de logement. Et comme le nombre d'institutions de ce genre est assez important à Göttingen, nous avons aussi un assez grand nombre de sans abri et de consommateurs de drogues qui restent par ici. Pour une ville de la taille de Göttingen, il y a beaucoup de personnes qui sont dans la rue » (Entretien, Straso).*

Par ailleurs, la drogue appelé “flex” y est particulièrement présente, alors que dans le reste du pays elle est très peu connue. Cette appellation vient probablement directement du milieu de la drogue de Göttingen. En ce qui concerne la politique de la ville par rapport à ces personnes, ce n’est apparemment pas un sujet important.

Concernant l'aménagement urbain, certains citoyens, notamment dans les milieux étudiants ou dans le social, défendent l'accessibilité pour tous aux espaces, et s'expriment contre la mise en place de mécanismes de refoulement, comme par exemple les barres métalliques sur les bancs ou encore la question de la mise à disposition d’un distributeur de seringues propres. C'est au moment où ils parlent du financement, que l'on peut voir ce qui est accepté par la municipalité, et ce qui ne l'est pas. Ce qui est vraiment positif, c'est l'existence du centre d'aide et de conseil pour les personnes dépendantes, financé par la ville, ce qui prouve la reconnaissance de son utilité. Par contre, la mise en place d'un lieu de consommation n'est aujourd'hui pas possible pour la municipalité. Il y a une différence entre les villes qui sont gouvernées par la CDU, et celles qui sont administrées par la SPD ou *Die Linke*.

Autre problème majeur en Allemagne : les centres de détention, où les traitements de substitution sont souvent utilisés comme des moyens de pression sur les détenus. Ils sont menacés par rapport à l'accès au traitement s'ils n'acceptent pas telle ou telle règle. Cet outil est alors critiqué par les professionnels de santé, puisqu'il s'agit de personnes malades. Elles utilisent leur maladie comme un moyen de pression, et ils leur retirent leur traitement de substitution pour les faire obéir. Ce sont souvent des personnes qui sont en détention pour de petits délits, donc, qui ne restent que peu de temps en prison, et quand elles retournent dans la rue, et qu'elles reprennent de la drogue après cette période de privation forcé, il arrive fréquemment qu'elles meurent d'une *overdose* quand elles reprennent pour la première fois.

Les comportements à risque peuvent être compris comme « *un comportement lié à l'insécurité qui peut entraîner un préjudice et compromettre ainsi le développement productif -*

*en relation avec les objectifs de développement que sont l'individuation et l'intégration »* (Raithel, 2011, p. 26).

L'enquête sur les étudiants de Basse-Saxe<sup>356</sup> se base sur cette définition pour analyser les consommations d'alcool et de drogues. En coopération avec l'Institut de recherche criminologique de Basse-Saxe (KFN), cet État mène, tous les deux ans depuis 2013, une enquête représentative, à l'échelle de la région, auprès d'environ 10 000 jeunes en neuvième année, afin d'étudier le champ de la délinquance juvénile. Cette étude a permis d'enregistrer ces consommations à plusieurs reprises. Celle-ci interroge les étudiants sur différents points : consommation ou non, âge de la première prise, fréquence au cours des douze derniers mois et types de drogues.

Pour les boissons alcoolisées, l'âge de la première consommation a encore augmenté par rapport aux deux dernières enquêtes (2013 et 2015) : elle était de 13,22 ans en 2017. Parmi les différentes boissons alcoolisées, la bière est encore consommée plus tôt avec un âge moyen de 13,36 ans, tandis que le schnaps est consommé plus tard avec un âge moyen de 14,14 ans. Nous constatons une augmentation significative de l'âge de la première consommation de cigarettes, qui passe de 13,37 ans en 2015 à 13,54 ans en 2017.

En moyenne, les drogues illicites sont consommées pour la première fois après 14 ans. Aucun changement significatif ne peut être observé ici, la première utilisation augmentant entre 2013, 2015 et 2017 (Cannabis, LSD/Hallucinogènes), ou restent stable à son niveau précédent (Ecstasy/Speed/Cocaïne). Dans le cas de la consommation de drogues, l'âge de la première consommation augmente aussi légèrement, mais de manière statistiquement peu significative.

Dans cette enquête scolaire, la consommation problématique de cannabis a été définie comme une consommation au moins plusieurs fois par mois. La proportion d'élèves concernés dans l'enquête de 2017 était de 4,1 % et est restée inchangée depuis 2013. Lors de l'enquête 2017, 8 938 élèves de troisième ont été touchés (2015 : 9 512, 2013 : 10 638). Un taux de réponse acceptable de 59,2 % a été atteint, bien qu'il soit légèrement inférieur à celui des deux premières enquêtes (2013 : 64,4 % et 2015 : 68,5 %) : *« Par ailleurs, les programmes de substitution pour d'autres drogues sont toujours menés à grande échelle, pour sauver des vies, et pour permettre à des personnes qui ne peuvent pas revenir à l'abstinence, de vivre une vie*

---

<sup>356</sup> La principale source d'information sur la consommation de drogues en Basse-Saxe, selon le gouvernement fédéral, est l'enquête épidémiologique sur les toxicomanies (ESA) et l'étude sur les affinités avec les drogues (DAS), deux études menées à l'échelle nationale.

*relativement normale, de pouvoir travailler. Cela a commencé à la fin des années 80 avec la distribution de méthadone, au début en Hollande, et cela a clairement provoqué une baisse du taux de mortalité chez les personnes dépendantes. Il était même question un moment d'autoriser la distribution d'héroïne, mais actuellement, on n'entend plus parler de cela, je pense que c'est aussi parce que tout le monde peut accéder à des substances de substitution, et éviter le sevrage. La discussion tourne actuellement plutôt autour de la dépendance à l'amphétamine chez les gens jeunes, et cela est toujours clairement illégal, et fermement combattu. Les contrôles chez les conducteurs de véhicules sont devenus beaucoup plus fréquentes et la justice est plus sévère. Mais la grande discussion tourne quand même toujours autour de la légalisation du THC, pour les autres drogues, il y a un assez grand consensus sur le fait qu'elles doivent rester interdites, et que leur utilisation doit être punie » (Entretien, Opentherapiezentrum).*

Plusieurs études récentes<sup>357</sup> montrent l'importance de la prise en compte de l'individualité des trajectoires de dépendance des personnes accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues pour pouvoir proposer des offres d'aides plus adaptées pour les différentes phases de leur dépendance. L'ensemble de nos enquêtés tentent d'utiliser cette démarche dans le cadre de l'amélioration de leurs interventions.

Pour comprendre les différents points de vue des professionnels et contextualiser les résultats issus des échanges avec ceux-ci, nous allons passer à la description des structures de Göttingen choisies dans le cadre de notre étude. Nous verrons que ces choix ont été construits à partir de notre enquête préalable à Göttingen. Toutefois, face au temps imparti pour le terrain allemand, nous nous sommes restreinte à trois principales structures.

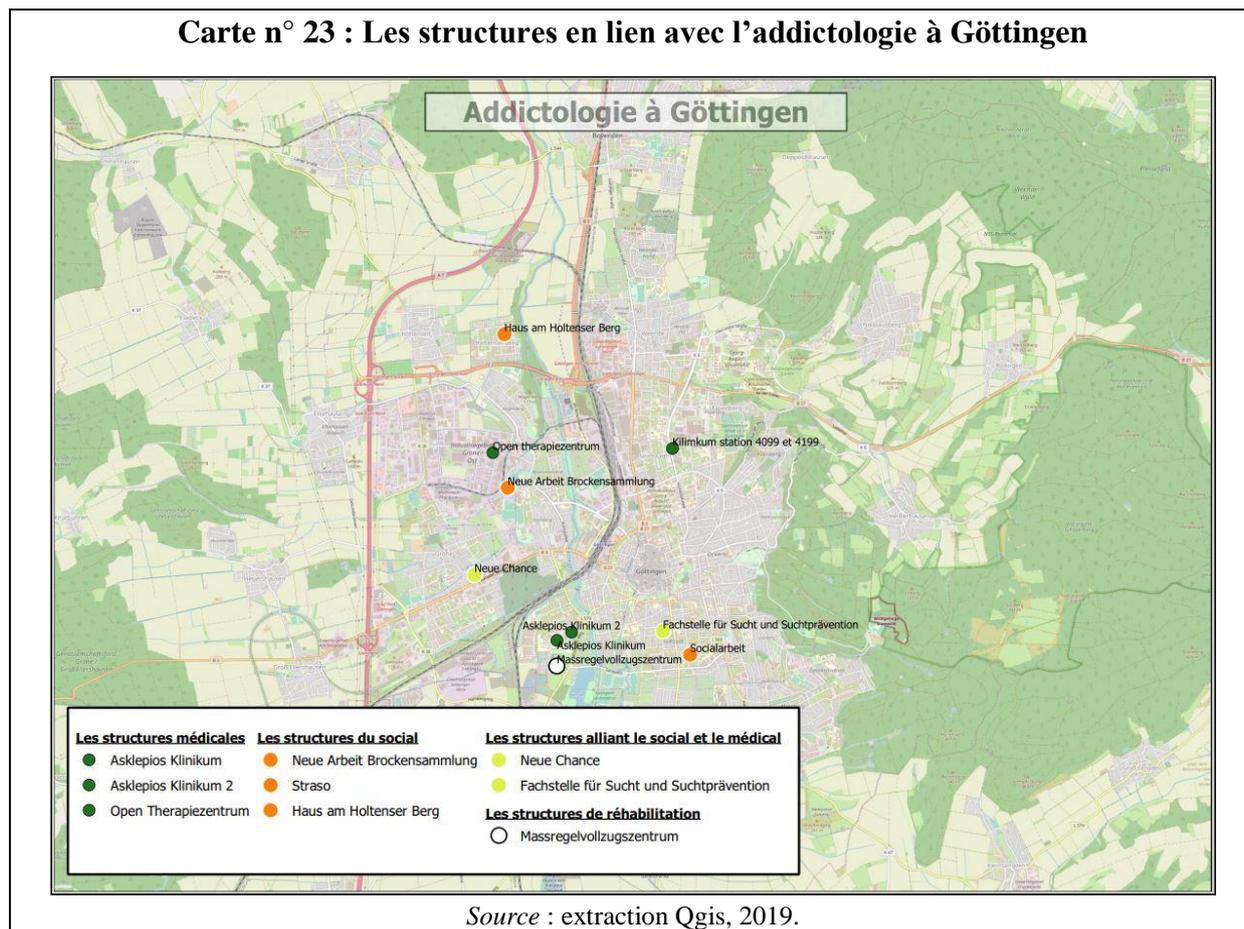
### C) Les structures

Pour commencer cette section, nous avons choisi de construire une carte (n° 22) qui liste et géolocalise les structures enquêtées à Göttingen. Elles sont classées par domaine d'action, médical, social et sont élargies par celles de réhabilitation. Ces champs étant parfois plus perméables dans certains établissements, nous avons mis en exergue ceux alliant deux domaines. Cette catégorisation a été construite dans un but comparatif, par rapport aux résultats issus de nos deux terrains.

---

<sup>357</sup> Comme HOFFMANN Laura (2021), *Ausstieg aus dem Drogenkonsum Biographieanalysen zu Crystal-Meth-Abhängigkeit*, New-York, Springer.

**Carte n° 23 : Les structures en lien avec l'addictologie à Göttingen**



Source : extraction Qgis, 2019.

### C.1) La Straso

Pour débiter la description de la *Straso*, il faut tout d'abord comprendre l'ancrage et les origines de cette structure. Celle-ci fait partie de la « *Diakonie* » allemande et correspond à l'œuvre sociale de l'église protestante au niveau national. Le *Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.* réunit les membres des œuvres sociales des églises régionales de l'EKD, l'église évangélique en Allemagne, celles libres, les institutions diaconales et des organisations professionnelles (spécialisations : services sociaux, santé, éducation). Le comité central de la « *Diakonie* » a été formée en 1848 pour le programme de la Mission Intérieure contre la pauvreté spirituelle et matérielle, et contre la misère sociale. À la suite, d'autres institutions ont été construites à partir d'associations locales et régionales.

Cette attache religieuse est davantage visible dans les financements et les orientations des bénéficiaires que dans la prise en charge et l'accompagnement : « *Oui, l'église est responsable de notre institution. Beaucoup de structures sont reliées à l'église, ce qui est aussi notre cas ; nous dépendons de la Diaconie. Pour autant, ça ne change pas grand-chose à notre*

*manière de fonctionner* » (Entretien, *Straso*). D'un autre côté, les financements provenant d'institutions religieuses sont importants. Par exemple, l'équipe de la *Straso* s'occupant du quartier de l'église de Göttingen possède un nouveau camion de maraudes qui a été financé à 80 % par GlückSpirale et à 20 % par deux autres fondations dont l'église est également présente (« *Göttinger milde Stiftung* » et « *Susanne und Gerd Litfin Stiftung* »). Ce lien avec l'église permet une utilisation du camion par plusieurs services : « *Mais la voiture sert aussi à aider ceux qui aident, comme le Centre de migration, la boutique de contact et d'autres installations de notre Diakonieverband. Nous sommes comme une grande famille et nous nous soutenons mutuellement* » (Entretien, *Diakonieverband*).

Effectivement, la Diaconie est responsable d'un grand nombre de structures (en lien avec l'accueil des migrants ou encore les centres spécialisés dans les addictions). Ce regroupement facilite les liens entre les différents établissements dépendant du même organisme et entraîne des partenariats. S'ils possèdent d'autres partenaires, la coopération avec les structures supervisées par la Diaconie est simplifiée. Toutefois, les membres de la *Straso* montrent des complexités liées à l'importance de la Diaconie. Ces difficultés seraient davantage associées au fonctionnement bureaucratique qu'à l'aspect religieux : « *Par exemple, la AWO (Arbeiterwohlfahrt) est également une très grosse structure, mais elle n'est pas liée à l'église, et elle a le même fonctionnement bureaucratique parfois complexe. Je ferai plutôt une différence entre des organismes de grande et de petite taille qu'entre ceux qui sont reliés à l'église, et ceux qui ne le sont pas* » (Entretien, *Straso*).

Cependant, le principal financement provient de la municipalité. Pour certaines missions et projets, plus spécifiques, ce sont des dons et des fondations qui soutiennent la *Straso*. Par exemple, les projets de distribution de repas le midi et l'intervention d'un médecin sont financés par des fondations et non par la municipalité.

La *Straso* est une structure qui fait partie de la *Diakonieverband* (Lien vers la diaconie). Cette branche de l'institution pourrait être comparée, en matière de service, au Samu social de La Rochelle, voire à l'association Altéa Cabestan. La mission principale de la *Straso* est le travail social de rue. Tout au long de l'année, les travailleurs de rue visitent, du lundi au vendredi, des points de rencontre connus qu'ils nomment « *hotspots* », des endroits où les gens s'installent à l'extérieur. Ces derniers sont en constante évolution mais se trouvent principalement au centre-ville de Göttingen (*Wilhmsplatz, Turmstraße*, etc.) : « *Les campement de nuit se trouvent majoritairement dans la ville, en général dans des espaces verts*

*et des parcs. Ce sont dans les centres-villes que les personnes font la manche auprès de la population, et auprès des touristes. Donc, il est plus pratique de dormir dans un parc dans le centre-ville, que de faire une longue marche pour aller d'un endroit à un autre »* (Entretien, Straso). Ces lieux sont des informations liées à l'expérience et l'échange avec les bénéficiaires du service.

Pour un public plus spécifique, un des membres de la Straso nous dit qu'« *avec le temps, [ils connaissent] les lieux où les consommateurs de drogues se retrouvent. Cela peut aussi changer à un moment donné, mais en général, [ils sont] mis au courant par les personnes dans [les] conversations avec elles. Parfois, [ils sont] appelés par des citoyens, pour des interventions ponctuelles. Si par exemple une personne s'est installée pour passer la nuit dans un endroit, [ils passent] la voir et [essaient] d'entrer en contact avec elle »* (Entretien, Straso). Ils vont à la rencontre de celles en situation de grande précarité qui sont des « *personnes cibles* ». Le travail de rue permet aux travailleurs de s'ancrer dans une démarche d'« *aller-vers* » que cela soit pour de simples échanges ou pour faire un travail plus en profondeur : « *Nous agissons directement dans la rue, là où les personnes se trouvent. Cela est particulièrement important pour des gens qui ont du mal à se rendre dans des structures d'aide, qui ont du mal à aller seuls dans un lieu public pour des démarches administratives, etc. C'est un peu comme si on venait les chercher dans le monde, dans lequel ils vivent en ce moment. Et ça nous permet aussi de voir, s'il y a une demande d'aller plus loin, ou si on reste au stade d'un échange ponctuel, ce qui est souvent le cas. Donc, on peut leur conseiller des choses à ce moment-là, et ce sont les personnes elles-mêmes qui voient si elles veulent aller plus loin, changer quelque chose. Nous sommes là pour proposer notre soutien. Le plus important pour nous, c'est d'aller à la rencontre des gens, à l'endroit où ils se trouvent »* (Entretien, Straso). Cette structure offre une approche à « *bas seuil* » d'exigence. Ses membres proposent des services de communication mais également d'aides spécifiques.

La structure possède plusieurs services : travail de rue (maraude sociale, intervention en RDR et distribution de repas), salon de thé, courrier, hygiène, intervention d'un médecin, couturier, agence de logement, conseil juridique, assistance qualifiée (anciennement soins ambulatoires).

Le premier consiste à aller offrir des repas (service épicerie), des couvertures et d'autres services répondant aux besoins primaires. Les travailleurs de rue sont amenés à s'entretenir avec les bénéficiaires dans le but, soit de discuter pour le bien-être de la personne, soit de

répondre à d'autres besoins d'orientation (conseil social) par rapport à des demandes de formation, de logement ou encore en lien avec l'administratif. Ces maraudes se passent de 14 h à 17 h puisque les salariés ont un lieu fixe pour effectuer leurs autres missions : « *Nous observons des gens dans la rue pour repérer ceux qui sont susceptibles d'être concernés par notre démarche. Des personnes qui font la manche dans les rues piétonnes, qui sont déjà connus par nos services pour être des sans-abris, ou encore qui se sont installées dans la rue ou dans un parc pour la nuit, etc. Nous nous adressons à elles pour leur proposer de l'aide, ou tout simplement un échange, ce qui est déjà beaucoup. On voit au cas par cas, ce qui peut être proposé. On peut leur indiquer un endroit où elles peuvent aller prendre une douche ou trouver à manger, se réchauffer, etc. Ou bien, les personnes peuvent nous demander de regarder avec elles du courrier qu'elles ont pu recevoir, et on peut leur donner des conseils et les envoyer vers tel ou tel endroit pour qu'elles puissent régler leurs affaires. Mais c'est vrai que parfois c'est tout simplement un échange de paroles, un besoin de raconter leurs histoires du moment, et souvent elles sont reconnaissantes de l'écoute qu'on peut leur offrir* » (Entretien, Straso).

Ces travailleurs de rue consacrent une maraude par semaine à la distribution de seringues stériles et d'autres outils de réduction des risques afin de diminuer les maladies infectieuses. Pour cela, ils font un travail en commun avec un employé du centre *Drobz* : « *Une fois par semaine, je vais dans la rue avec un employé de ce centre, et nous distribuons des seringues propres et ce genre de chose, pour essayer de faire diminuer les maladies infectieuses* » (Entretien, Straso). Même si les drogues ne sont pas un sujet proprement dit lors de leurs autres maraudes, ces travailleurs sont conscients du nombre de consommateurs, ainsi ils orientent ces individus lors de cette intervention spécifique. Le salon de thé est une offre journalière qui permet à ces personnes de venir pour passer du temps. La durée de fréquentation est illimitée. En plus de pouvoir simplement passer du « *bon temps* » dans ce lieu, les individus peuvent rencontrer des travailleurs sociaux pour discuter de projets et d'orientation. Le but premier de ce lieu est l'entretien de liens sociaux, qu'ils soient entre bénéficiaires ou entre bénéficiaires et professionnels.

La *Straso* propose également un service courrier. Un bureau d'enregistrement postal est mis à disposition d'un public spécifique. Il permet aux personnes sans adresse enregistrée de s'inscrire à la poste afin de recevoir du courrier. De plus, les professionnels tenant ce bureau sont des travailleurs sociaux qui sont aussi présent pour discuter des courriers qu'ils reçoivent si besoin. Dans ce service, les personnes ont accès à un téléphone de manière gratuite, avec la proposition d'une assistance si elle est souhaitée. Elles peuvent recevoir de l'aide sur le

fonctionnement des applications et la recherche de contacts. Un ordinateur est disponible avec une imprimante pour faxer ou copier des documents. Par ailleurs, ce bureau de poste offre la possibilité d'acheter des chèques-repas et est tenu par des travailleurs sociaux. Ils sont présents pour conseiller, assister les visiteurs lorsqu'ils en ont besoin et orienter vers d'autres offres, qu'elles soient internes ou non à la *Straso*.

Dans le lieu précédemment évoqué, la structure polyvalente fournit un service d'hygiène. Il est composé de douches utilisables gratuitement pendant les horaires d'ouverture de la poste. De ce fait, elles sont ouvertes les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 9 h à 12 h et les mercredis de 9 h à 11 h. Elles sont disponibles pour les utilisateurs du service courrier et pour tout autre personne en situation de précarité. Pour cette assistance sociale, sont proposés du gel douche, des serviettes, des rasoirs jetables, de la mousse à raser et tout autre matériel d'hygiène. En plus des douches, les travailleurs sociaux de cette structure ont un service pour laver le linge. Ce sont les professionnels qui récupèrent le linge pré-trié, remis au bureau de poste pendant l'ouverture. Ensuite, les bénéficiaires récupèrent le linge lavé au bout d'un ou deux jours.

Dans la continuité de la thématique sanitaire, la *Straso* fait intervenir un médecin. Financée par des dons, c'est une offre gratuite de soins pour les visiteurs de l'œuvre sociale de rue. Deux fois par semaine, un personnel médical est présent pour des soins d'urgence ou pour des conseils. Ce service est offert sur une base volontaire. En ce sens, il pourrait ne pas y avoir de personnel disponible sur ces deux jours. Pour le moment, les membres de la *Straso* indiquent qu'il y a toujours eu la présence d'un médecin sur ces deux interventions hebdomadaires. Ensuite, il existe un service couturier au sein de cette structure. Les dons de vêtements sont fluctuants. Ainsi, a été développé un service de recyclage de ces fournitures. Il est alors possible de déposer des vêtements à l'atelier de couture pour les faire changer ou raccommoder à moindre coût. Un employé est disponible un jour par semaine pour prendre les commandes. Celui-ci s'occupe ensuite d'envoyer ces vêtements chez des couturiers partenaires.

Dans une perspective moins ponctuelle, la *Straso* possède une agence de logement. Celle-ci apporte des conseils et accompagne les individus vers le logement. Tout d'abord, elle guide les individus à propos des questionnements autour du bail et des droits au logement. Elle les suit également dans la recherche d'un logement. De ce fait, ces professionnels peuvent accompagner les bénéficiaires pendant les visites, si nécessaire. Une aide est fournie pour la

correspondance avec les propriétaires, même en cas de problèmes avec celui-ci. Est proposée également de l'aide au déménagement avec le camion de maraudes.

Une autre offre importante est celle du courtage immobilier. Un membre de la *Straso* est spécifiquement dédié à cette mission. Ce dernier est présent depuis quelques années au sein de la structure et il commence à avoir un carnet d'adresses rempli concernant les propriétaires à Göttingen. D'un autre côté, il nous fait remarquer que la tâche est encore difficile. Le marché du logement est surchargé ; le taux de vacances est presque nul. S'ajoutent à cela les problèmes des sans-abris qui ont souvent des dettes, des entrées *Schufa*<sup>358</sup> négatives ou encore des problèmes psychologiques et/ou d'addiction. Les propriétaires n'acceptent pas souvent ce type de profil. L'un des membres de cette structure précise : « *Un appartement n'est pas tout, mais sans appartement ce tout n'est rien : régler les dettes de la rue est irréaliste* ».

Pour faire suite aux caractéristiques financières et juridiques perçues précédemment, la structure propose une aide juridictionnelle. Chaque premier et troisième mardi du mois, une première consultation de droit pénal gratuite est proposée par un avocat spécialisé. Les deuxièmes et quatrièmes mercredis, ce sont des consultations en droit social. Ce coût neutre permet aux individus d'accéder à des informations juridiques importantes. Nous avons évoqué plus haut la *Schufa* (*Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung* l'Agence générale de protection du crédit). En Allemagne, la solvabilité des individus est suivie et enregistrée dans une base de données par *Schufa Holding AG*, la plus importante agence de crédit. Ce pointage est une mesure de la fiabilité à laquelle un individu prétend par rapport aux réponses qu'il a apportées aux obligations financières (factures, paiements par carte). Ces sociétés vérifient le « *Schufa Auskunft* » de ces personnes lorsqu'elles souhaitent ouvrir un compte, faire une demande de nouveau contrat auprès de fournisseurs de téléphone ou d'internet. Les propriétaires fonciers et les gestionnaires immobiliers demandent ces informations pour la location d'un bien. Si l'individu a déjà eu des dettes ou en possède actuellement, il aura ainsi une *Schufa* négative qui fera obstacle pour la location et les autres exemples donnés précédemment. L'aide juridique apportée par les avocats permet de conseiller sur cet aspect. Néanmoins, les membres de la *Straso* montrent qu'une *Schufa* négative est presque impossible à « *gommer* ».

Le dernier service est celui de l'assistance qualifiée. À la suite d'une volonté d'amélioration des offres d'intervention, les membres de la *Straso* ont mis en place une

---

<sup>358</sup> Nous parlerons plus précisément de cette assurance dans le paragraphe suivant concernant le conseil juridique.

assistance qualifiée tenue par un personnel pédagogique social. Les salariés ont souhaité diversifier leurs interventions avec le travail en ambulatoire. Celui-ci propose deux types d'aides : l'une intensive et l'autre plus souple, l'accueil de jour. La première répond aux personnes qui ne peuvent plus faire face, seules, à leur vie quotidienne en raison d'un handicap mental ou d'une maladie chronique de dépendances multiples. Ce personnel reçoit sur la base d'heures de services spécialisés. Le second vient en aide à un plus large panel. Des heures spécifiques sont dédiées à la rencontre de personnes en face à face.

Pour synthétiser le travail de ces membres permanents (en dehors d'interventions externes comme le médecin ou les avocats), « *la plupart du temps, nous restons dans nos bureaux le matin, puisque nous accueillons et conseillons aussi des personnes ici sur place. L'après-midi, nous allons dans la rue à deux, et nous y restons environ 2 à 3 heures. Puis nous nous retrouvons. Ensuite, nous avons des rendez-vous individuels ou bien nous nous sommes engagés à accompagner quelqu'un quelque part, etc., c'est un peu différent tous les jours, en fonction des demandes. Les journées peuvent donc se dérouler de façon très différente* » (Entretien, *Straso*).

## C.2) Drobz

Pour cette seconde description, nous allons nous focaliser sur un centre nommé « *Drogenberatungsstelle* » (Centre de conseil en toxicomanie). Ce service social représente une branche d'un regroupement du bureau de la toxicomanie et de sa prévention (« *Drobz* ») à Göttingen (« *Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Göttingen* »<sup>359</sup>) qui fait aussi partie de la « *Diakonieverband* ». Ce bureau a été formé en 1997 pour améliorer en permanence les processus de travail, la planification systématique des objectifs, le développement de nouvelles offres et mesurer l'effet des offres de service pour les usagers.

Le centre de conseil en toxicomanie est financé par la ville de Göttingen. Les postes des centres du regroupement le sont par la municipalité ou des organismes de santé comme les caisses d'assurance maladie et les caisses de retraite. Les stagiaires qui doivent effectuer un stage professionnel pour être reconnus par l'État perçoivent un financement de l'Église

---

<sup>359</sup> Jusqu'en 2009, ils travaillaient en coopération avec l'Office d'État de Basse-Saxe pour les problèmes de toxicomanie (NLS) avec un système de gestion de la qualité basé sur l'EFQM (Fondation européenne pour la gestion de la qualité). Depuis 2009, ils sont membres de l'Association Qualité pour l'Aide aux Addictions de la *Diakonie*. Depuis, avec le soutien du *Diakonie Service-Zentrum* d'Oldenbourg (DZO), ils ont développé un manuel basé sur les exigences du « *Bundesrahmenhandbuches Diakonie-Siegel Fachstelle Sucht* ». Celui-ci contient les descriptions de domaines et de processus pertinents pour la qualité de l'agence spécialisée pour la toxicomanie et la prévention de la toxicomanie, avec une attention particulière au modèle diaconal, qui nomme, reconnaît et met en œuvre les valeurs chrétiennes de base.

protestante. Cependant, c'est le seul domaine où l'Église intervient, et ses références y seraient très peu présentes : « *Il n'y en a pas. Nous sommes obligés de passer un test au moment de notre embauche, où nous devons nous exprimer sur notre engagement social, et notre compréhension des injustices, mais à part cela, il n'y a pas de lien avec l'église. L'amour du prochain est inscrit sur notre drapeau, mais de toutes les manières, il en faut, et ce n'est pas lié à l'église. Mais là aussi, c'est ma position personnelle, certains de mes collègues sont beaucoup plus liés à l'église. Par contre dans notre travail, on ne la voit pas vraiment, ça dépend plus des collègues que de la structure* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie). Lorsque nous posons des questions autour des influences de l'Église dans les interventions, les professionnels expliquent que les répercussions sont moindres. Toutefois, un membre du centre nous fait part de son pouvoir lors de recrutements : « *Ce qui est dommage, c'est que nous avons des candidats bien qualifiés pour des postes vacants, qui après avoir exprimés, qu'ils ne voulaient pas se faire baptiser, ont été refusés. J'avais aussi une super stagiaire, qui voulait faire son année de pratique chez nous, et qui ne pouvait pas le faire parce qu'elle est musulmane et qu'elle porte le foulard. En dehors de ça, l'église n'influence pas mon travail, même si elle est porteuse du projet. Il est vrai que, autant l'église catholique que l'église protestante, soutiennent notre projet* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie). Si l'influence de l'Église n'est pas présente dans le cadre des interventions, nous remarquons qu'elle marque certaines caractéristiques de la structure par des valeurs spécifiques et qu'elle prône l'adhésion de ses professionnels à une seule religion.

*Drobz* fait partie d'un regroupement qui comprend : un centre de réadaptation médicale ambulatoire (*Ambulante Med. Suchtrehabilitation (ARS)*) : thérapie individuelle et de groupe<sup>360</sup>), dont une spécialisation dans l'accompagnement psychosocial des substituts (PSB), un centre de conseil, un service prévention de la toxicomanie (écoles et entreprises), un service d'aide en ligne. Par rapport à notre choix de terrain français, nous avons choisi de nous concentrer sur le centre de conseil puisqu'il pourrait s'apparenter à l'association rochelaise AIDES, détentrice du CAARUD.

Ce regroupement contient des structures issues du domaine médical, de celui social ou plus institutionnel avec un volet prévention. Ces accompagnements à la dépendance ne sont pas soumis à des conditions comme l'arrêt de la consommation ou encore l'implication dans un

---

<sup>360</sup> Cette association de thérapies individuelles et de groupe a été évoquée comme une technique pertinente. Il s'est avéré utile, pour les participants, d'avoir des discussions individuelles régulières en plus de la thérapie de groupe hebdomadaire. Les participants aux habitudes de consommation et de vie plurielles, dans une situation de vie différente, peuvent apprendre et bénéficier les uns des autres dans un cadre thérapeutique.

traitement de substitution. C'est la spécificité de ce centre par rapport aux autres établissements de ce regroupement. Les employés du service de conseil en toxicomanie proposent des séances d'informations et de conseils aux consommateurs, aux proches et à toutes les personnes qui ont des questions sur les substances illégales addictives. Ils clarifient d'abord les besoins des usagers pour ensuite faire des offres adaptées. Celles-ci sont internes mais également externes (les services et les centres du regroupement).

Cette structure propose l'échange de matériel d'injection usagé contre du matériel stérile dans le cadre d'une approche à « *bas seuil* ». Une grande partie des individus vient ainsi se fournir en matériel de réduction des risques. Toutefois, l'offre ne s'arrête pas là puisque les professionnels peuvent les aider dans les démarches administratives, la reconnaissance de handicaps, dans les demandes d'aides sociales ou encore l'accompagnement à des rendez-vous juridiques. Ils interviennent sur tous les champs de l'addiction, du logement jusqu'à la formation sous la forme de conseils et d'orientations : « *C'est déjà beaucoup, je ne m'ennuie pas et c'est très varié comme travail, parce que chacun vient avec son histoire individuelle. On fait de tout en fonction des demandes* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie). Les actions professionnelles sont soutenues par l'application d'une approche holistique des facteurs physiques, mentaux, émotionnels et sociaux, prenant en compte le contexte et les facteurs de soutien.

Les professionnels de ce centre associent le travail de rue et le travail en lieu fixe : ils consacrent 20 heures par semaine au bureau (permanence en centre) et 10 heures à des maraudes en ville. En dehors de ces actions, ils organisent des activités et mettent en place des projets. Par exemple, ils ont un projet annuel « *qui est de partir à l'étranger avec un groupe de 7 personnes, pendant 7 jours, et qui dépend des dons que nous recevons. Ces personnes reçoivent officiellement un produit de substitution par un médecin. Le projet a comme objectif de simplement leur montrer autre chose. Beaucoup d'entre eux ne sont jamais partis en vacances, et n'ont jamais été à l'étranger ; leur rencontre avec d'autres cultures se réduit généralement à des problèmes, c'est-à-dire qu'ils se ressentent comme le dernier maillon de la chaîne, et qu'ils sont convaincus que les autres, et que les étrangers ou les personnes qui viennent d'autres pays, sont mieux traités qu'eux. Donc, j'essaye de les amener dans d'autres pays, pour qu'ils puissent réaliser que les gens qui y vivent sont des personnes tout à fait normales, aimables et sympathiques. Nous faisons des courses et la cuisine ensemble, et nous faisons des excursions pour rencontrer le pays et sa culture* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie).

Ce centre propose aussi un projet en commun avec l'association *Aidshilfe* qui vient en aide aux personnes malades du Sida. Sont organisés des tests gratuits pour dépister le VIH et l'hépatite et ainsi éviter les déplacements dans les cabinets médicaux ; ces populations ne vont pas facilement vers le milieu médical. Le dernier projet que nous pouvons évoquer est celui nommé : « *travailler et s'orienter* ». Pour ce projet, un sculpteur a créé un "chemin de vie" dans un parc avec les usagers. Les intervenants ont fourni des matériaux pendant deux ans, et, avec l'aide du sculpteur et de deux travailleurs sociaux, les usagers ont installé une vingtaine de sculptures qu'ils avaient fabriquées. De manière plus régulière, les professionnels de *Drobz* organisent des sorties : « *Tous les jeudis, le lieu de contact où je travaille est fermé, et nous proposons aux personnes des activités peu coûteuses ou gratuites, comme une visite de musée, un tour au zoo, ou d'autres activités, qui ne demandent que peu de moyens, ceci afin de leur permettre de mieux organiser leur temps libre, et pour leur montrer tous ce qu'on peut faire par ici. Dès que nos finances le permettent, nous proposons aussi des excursions qui sortent du cadre local, par exemple des visites au musée des sciences, ou autre chose qui leur permet de participer à une vie sociale. Nous allons parfois au cinéma, à la piscine, etc.* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie).

L'orientation est une grande base de travail par rapport aux partenariats de la structure. Les professionnels accompagnent les usagers jusqu'aux établissements qu'ils souhaitent et peuvent même continuer l'accompagnement dans ce nouvel espace : « *J'accompagne la dépendance : la majorité, environ 90 % des personnes dont je m'occupe, continuent à prendre de la drogue. C'est la spécificité de notre établissement, et notre "plan de contact" : si quelqu'un veut vraiment s'en détacher, je peux l'envoyer directement à l'étage au-dessus, l'y accompagner et, s'il souhaite, continuer l'accompagnement avec nos collègues de l'organisme* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie).

Même si l'objectif d'abstinence est mis de côté par le centre *Drobz*, il est tout de même présent dans les trajectoires des bénéficiaires au sein des services puisque les usagers peuvent aller vers les offres des structures du même regroupement, parfois dans le même bâtiment : « *L'orientation va globalement dans le sens de l'abstinence, mais là où j'interviens, j'essaye simplement d'éviter que les personnes meurent. Tous mes collègues travaillent dans l'objectif de l'abstinence, dans le but de faire en sorte que les personnes puissent vivre une vie sans drogues. À mon niveau ici, la question de l'abstinence n'est pas au centre, il s'agit de survivre le plus sainement possible tout en consommant de la drogue* » (Entretien, centre de conseil en toxicomanie). Ce centre a enregistré un niveau élevé d'utilisation des services de conseil en

2019 avec un total de 416 mesures pour 364 personnes. Nous remarquons, à travers les tableaux n° 59 et n° 60, que la fréquentation de ce lieu est caractérisée par des usagers récurrents. Pour montrer le lien existant avec les autres services du regroupement, cette hausse a eu un impact sur le taux d'utilisation de leur centre de réadaptation avec 39 mesures.

**Tableau n° 59 : Nombre et sexe des usagers en fonction de la prise de contact en 2019 : régulier (plus d'un rendez-vous), un seul contact et contact par les proches**

|  | Femmes |      | Hommes |      | Total (nombre) |
|--|--------|------|--------|------|----------------|
|  | Nombre | %    | Nombre | %    |                |
| <b>Usagers avec plusieurs contacts</b> | 49     | 17,4 | 232    | 82,6 | 281            |
| <b>Usagers avec contact unique</b>     | 23     | 30,7 | 52     | 69,3 | 75             |
| <b>Contact par le biais de proches</b> | 46     | 76,7 | 14     | 23,3 | 60             |
| <b>Total</b>                           | 92     | 28,4 | 298    | 71,6 | 416            |

Source : JAHRES BERICHT (2019), *Beratungs- und Behandlungsstelle Göttingen Drogenberatungszentrum (DROBZ) Göttingen Beratungs- und Behandlungsstelle Hann. Münden Fachstelle für Sucht und Suchtprävention*, p. 42.

**Tableau n° 60 : Nombre de contact (individuel et par groupe)**

|  | Individuel (en nombre) | Groupe (en nombre) |
|--|------------------------|--------------------|
| <b>Client seul</b>                     | 2087                   | 442                |
| <b>Client + accompagnant</b>           | 106                    | -                  |
| <b>Partenaire/Famille</b>              | 55                     | -                  |
| <b>Autorités, médecins, employeurs</b> | 305                    | -                  |

|   |      |     |
|---|------|-----|
| <b>Groupe de supervision pour les volontaires</b> | -    | -   |
| <b>Groupe d'informations ouverts</b>              | -    | 452 |
| <b>Nombre total de contacts</b>                   | 2553 | 894 |

Source : JAHRES BERICHT (2019), *op. cit.*, p. 42.

**Tableau n° 61 : Principaux diagnostics pour les usagers de “longue durée” (plus de deux contacts)**

|                             | <b>Hommes (en %)</b> | <b>Femmes (en %)</b> |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Cannabinoïdes</b>        | 56,9                 | 54,2                 |
| <b>Opiïdes</b>              | 5,4                  | 4,1                  |
| <b>Cocaïne</b>              | 6,2                  | -                    |
| <b>Polytoxicomanie</b>      | 13,3                 | 10,4                 |
| <b>Stimulants</b>           | 14,7                 | 25                   |
| <b>Alcool</b>               | 2,2                  | 4,2                  |
| <b>Sédatifs/Hypnotiques</b> | -                    | 2,1                  |
| <b>Non spécifié</b>         | 1,3                  | -                    |

Source : JAHRES BERICHT (2019), *op. cit.*, p. 44.

Pour la majorité des usagers du conseil en toxicomanie, la substance principale consommée est le cannabis (tableau n° 61). Il y a également une augmentation des substances « *améliorant la performance* » telles que les amphétamines ou les nouvelles substances psychoactives. C'est d'ailleurs ce changement de produits consommés qui est à l'œuvre dans cette augmentation d'utilisation des offres. En raison du mode d'action de ces substances, qui sont au premier plan dans cette structure, les consommateurs ont pu mener une vie socialement discrète, et les charges pour la santé sont généralement plus faibles. Pour cette raison, le traitement ambulatoire a été souvent recommandé. Pour illustrer, les membres du centre ont accompagné de moins en moins d'usagers en thérapies hospitalières ces dernières années, mais

il y a une augmentation des thérapies ambulatoires. En 2019, la proportion de patients en réadaptation s'élevait à 15 %, dont environ 20 % de femmes. L'accent est donc mis, par l'ensemble des membres du regroupement, sur la réadaptation ambulatoire. Elle devient une composante importante (en plus de l'éducation et de la prévention) afin de répondre aux défis des nouvelles habitudes de consommation. Celle-ci engendre une amélioration des résultats de la structure (tableau n° 62).

À la lecture du tableau n° 63, les nouveaux arrivants, en 2019 sont généralement des personnes de tranches d'âge basses puisque le cannabis, qui est la substance la plus importante chez les bénéficiaires de cette structure, est très présente chez eux. Pour autant, nous savons que les individus plus âgés, qui ont tendance à consommer d'autres substances, sont toujours pris en charge par ce centre mais depuis un laps de temps plus élevé.

**Tableau n° 62 : Pourcentage d'évaluation des problèmes de dépendance (substance) à la fin des soins (usagers continus, plus de 2 contacts)**

|                             | <b>Amélioration</b><br>% | <b>Inchangé</b><br>% | <b>Aggravation</b><br>% | <b>Nouveaux problèmes</b><br>% |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------|
| <b>Cannabinoïdes</b>        | 76,4                     | 21,6                 | 1                       | 1                              |
| <b>Opiïdes</b>              | 77,8                     | 11,1                 | 11,1                    | -                              |
| <b>Cocaïne</b>              | 100                      | -                    | -                       | -                              |
| <b>Polytoxicomanie</b>      | 69,3                     | 26,9                 | 3,8                     | -                              |
| <b>Sédatifs/Hypnotiques</b> | 100                      | -                    | -                       | -                              |
| <b>Stimulants</b>           | 81,3                     | 12,5                 | 6,2                     | -                              |
| <b>Alcool</b>               | 100                      | -                    | -                       | -                              |

Source : JAHRES BERICHT (2019), *op. cit.*, p. 48.

**Tableau n° 63 : Distribution en pourcentage des principaux diagnostics selon les groupes d'âge (usagers réguliers, plus de deux contacts)**

| Tranches d'âge | Cannabinoïdes | Opioides | Cocaïne | Polytoxicomanie | Sédatifs | Stimulants | Alcool |
|----------------|---------------|----------|---------|-----------------|----------|------------|--------|
| 14-18          | 18,8          | -        | -       | 2,9             | -        | -          | -      |
| 19-25          | 42,3          | 7,1      | 14,3    | 34,2            | -        | 4,4        | 42,9   |
| 26-35          | 27,3          | 28,6     | 21,4    | 42,9            | 100,0    | 53,4       | 57,1   |
| 36-45          | 5,8           | 35,8     | 42,9    | 11,4            | -        | 31,1       | -      |
| 46-55          | 3,9           | 21,4     | 14,3    | 8,6             | -        | 11,1       | -      |
| 55 et plus     | 1,9           | 7,1      | 7,1     | -               | -        | -          | -      |

Source : JAHRES BERICHT (2019), op. cit.p. 47.

Pour synthétiser, Drobz est un centre de conseil qui propose du matériel de réduction des risques, des informations, des conseils et de l'accompagnement aux démarches quotidiennes et ponctuelles. Ce centre, à l'accompagnement social, fait partie d'un regroupement qui facilite les passerelles entre les différentes offres destinées aux consommateurs de drogues.

### C.3) Opentherapiezentrum

La dernière structure où nous avons enquêté est un centre de thérapie ouvert. Cet établissement, contrairement aux précédents, ne dépend pas de la *Diakonie*. L'*Opentherapiezentrum* est catholique mais avec un fonctionnement laïque. Il n'y a aucune pratique religieuse, toutefois le travail thérapeutique se base sur une vision chrétienne-humaniste. Au sein de ce centre, nous trouvons une indication : « *deutscher Orden* ». Il s'agit d'une confrérie issue d'un ancien ordre de chevaliers, qui s'est occupé des questions sociales dans les diverses campagnes. Le plus haut responsable est un théologien. Les membres de l'ordre ont souvent une formation en théologie et une formation laïque. La direction de cet ordre chrétien se trouve effectivement dans un monastère près de Munich, mais cet établissement n'y

est plus relié. Il y a un lien avec l'Église catholique et Caritas, mais les personnes qui sont embauchées au centre n'ont pas l'obligation d'appartenir à l'église.

En Allemagne, il y a des fonctionnements très variés. La Diaconie, l'œuvre sociale reliée à l'église protestante, n'a que très peu d'influence, alors que dans certains établissements, directement liés à la Caritas, donc à l'église catholique, une personne qui a quitté officiellement l'église ne peut pas être embauchée. Dans cet établissement, ce n'est pas le cas. En Allemagne, il existe un groupement d'institutions chrétiennes qui s'occupent de personnes dépendantes de drogues sur la base d'un travail biblique : « *Ils obtiennent beaucoup de résultats positifs* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Après leur thérapie, les personnes sont intégrées dans les paroisses. Mais si les conditions médicales sont remplies, c'est souvent aussi la caisse de retraite qui assure le côté financier. La plupart des organes responsables ont un fonctionnement laïque, mais qui se base sur les valeurs chrétiennes : « *l'amour du prochain, la compassion, le soutien et la disponibilité, le respect de la personne, l'absence d'injustice, et un traitement égal quel que soit la personne* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

Avant 2006, ce centre existait sous forme de “communauté thérapeutique” et se trouvait à la campagne, près de la forêt, dans une ancienne auberge. L'objectif de ramener les personnes dans le monde du travail a eu comme conséquence que ces établissements thérapeutiques s'installent en ville, et s'agrandissent. Avant, il y avait des établissements pour hommes et des établissements pour femmes ; aujourd'hui, les deux sont regroupés. La difficulté évoquée par les professionnels est liée à l'emplacement. Il serait difficile de trouver un lieu adéquat où le voisinage ne réagit pas de façon négative à ce type de projet ; la population exprime souvent des inquiétudes et ne souhaite pas de personnes “droguées” dans son environnement proche, et se rassemble en initiative citoyenne pour empêcher ces installations. Ces explications illustrent bien l'emplacement actuel. Ce centre est actuellement implanté dans une zone industrielle où l'on trouve très peu d'habitations. Cela paraît, au premier abord, inadapté pour un lieu de guérison puisque que cela ne donne pas une très bonne impression. Cependant, les professionnels interrogés disent qu'ils sont proches de la ville, et que, dans cet environnement, il y a beaucoup d'offres d'emploi diversifiées. Ces déménagements sont une tendance générale actuelle ; les communautés qui existaient à la campagne disparaissent petit à petit. Ces localisations sont souvent demandées par les financeurs.

Ce centre est d'ailleurs financé par plusieurs organismes : la caisse de retraite de la région, d'autres provenant du niveau fédéral, l'assurance maladie, des organismes sociaux

municipaux. Le plus important financeur est la caisse de retraite (90 % des bénéficiaires). Si un individu n'a pas cotisé à cette caisse, c'est l'assurance maladie qui règle la thérapie. S'il s'agit d'une personne étrangère, sans droit à la retraite ni à l'assurance maladie, c'est parfois la sécurité sociale qui paie le traitement. Cet établissement est une institution publique à but non lucratif.

Pour ces thérapies, le centre met à disposition des bénéficiaires une équipe multifonctionnelle avec des pédagogues sociaux et des psychologues. Tous les individus peuvent y être accueillis : *« À partir du moment où une personne a fait une demande et a trouvé, avec l'aide des institutions de conseil pour personnes dépendantes dans les hôpitaux et municipalités, un organisme qui finance son séjour chez nous, nous pouvons l'accueillir ; nous accueillons aussi des étrangers et des couples »* (Entretien, centre de thérapie ouvert). 90 % des accompagnés sont dépendants à des drogues illégales (dont polyconsommations), les 10 % restants sont en général des consommateurs de médicaments et d'alcool : *« De 18 à 80 ans, tous peuvent être accueillis, bien sûr avec un diagnostic de dépendance. Nous travaillons avec des personnes dépendantes aux médicaments, à l'alcool, aux drogues mais aussi de plus en plus la dépendance aux jeux ou aux médias, mais ça reste très mineur encore ; et nous sommes en train de monter des modules spéciaux concernant les médias ; ce n'est pas encore prioritaire, mais ça devient de plus en plus d'actualité. C'est un problème qui est maintenant connu, mais pas encore au centre de la dépendance »* (Entretien, centre de thérapie ouvert).

L'offre de traitement proposée dans ce centre, nous dit l'un de ses membres, suit une approche prudente et progressive de la réalité. Le module de clinique spécialisée se fait à travers quatre phases, constituées de droits, de tâches et d'objectifs différents selon le patient. Les buts principaux et généraux de ce centre sont les suivants : la prise de décision pour une vie sans drogues (au sens large), une volonté sociale et professionnelle, la réintégration, l'augmentation de responsabilité personnelle, la prise d'initiatives, la participation active à des groupes et le support mutuel. Les thématiques importantes des modules sont la gestion de la colère, la formation aux compétences sociales, la prévention des rechutes, les techniques d'autocontrôle et la formation aux technologies. Les professionnels utilisent la réinsertion d'une structure au quotidien pour prévenir les rechutes et engager une réinsertion sociale et professionnelle : *« Avec le lever du matin, le petit-déjeuner, le sport matinal, le rangement de leur chambre, l'entretien des pièces communes comme la salle de sport ou le sauna, puis ensuite, soit thérapie par le travail, soit thérapie de groupe, ensuite une demi-heure de pause, puis le repas de midi, puis encore une demi-heure de pause, puis à nouveau thérapie par le travail ou thérapie de*

*groupe, jusqu'à 15 h 30, où ceux qui veulent peuvent terminer le programme de la journée par un goûter en commun, et ensuite, jusqu'à 18 h ils ont du temps libre. Le dîner est à 18 h, et puis à nouveau il y a du temps libre jusqu'à 21 h 30, où on commence petit à petit à se mettre au repos. Vers 22 h 30 c'est l'extinction des feux »* (Entretien, centre de thérapie ouvert). Pour organiser et construire ces journées, un des membres du centre nous dit qu'ils entrent dans un concept de thérapie spécifique qui s'agence comme une école. Chaque professionnel guide un groupe de référence d'une dizaine de personnes. Il est responsable de l'ensemble du groupe et de leurs actes. Ces derniers se comparent à des professeurs principaux puisqu'ils sont les interlocuteurs centraux pour toutes les demandes, qu'il s'agisse de règlement de dettes, de démarches administratives, de la communication avec la famille ou encore de la prise de distance avec la drogue. Cette structuration des journées<sup>361</sup> est différente les mercredis et les vendredis qui sont caractérisés par des événements de groupe plus importants. Le week-end correspond aux temps libres avec quelques propositions d'activités.

Ce cadre est également structuré autour d'un règlement précis à propos des sorties, des contacts externes, des visites, des exercices matinaux, des téléphones portables, etc. Il comprend des droits et des devoirs. Les premières interdictions concernent la consommation et/ou la possession de drogues et d'alcool. D'ailleurs, l'autorisation de séjourner est conditionnée par des justificatifs liés à la désintoxication : *« La règle de base c'est d'être "clean", "détoxifié", nous pratiquons l'abstinence de drogues, et non pas une consommation contrôlée, donc ce qui est totalement proscrit est la consommation de drogues, la violence, l'apologie de la violence ou l'apologie des drogues, et tout le reste, on voit au cas par cas ; quand il y a une faute grave, il y a un avertissement, et ainsi on réagit en fonction de la gravité, ou non, et du comportement des patients »* (Entretien, centre de thérapie ouvert). Pour vérifier que les individus ne consomment plus de drogues, les nouveaux bénéficiaires doivent, avant l'admission, donner des preuves de désintoxication (document du centre précédent), voire même transmettre un contrôle d'urine négatif. En ce qui concerne l'admission, l'individu doit fournir un CV et une lettre de motivation pour voir sa candidature examinée et les procédures d'admissions au niveau médical, administratif et psychologique aboutir. La prise d'autres médicaments légaux est soumise à des consultations auprès de services médicaux extérieurs. La violence et la discrimination sont punies dans cet établissement ; tous les actes entrant dans ce cadre entraînent l'expulsion de l'individu de la thérapie. Une autre restriction concerne le téléphone portable. Il peut être utilisé pendant les loisirs, dès le début du traitement. Les lettres

---

<sup>361</sup> Voir annexe n° 6 : exemple de planning d'une semaine à l'*Opentherapiezentrum*.

et les colis peuvent être reçus. Enfin, les sorties sont possibles après deux semaines, au plus tôt, et les visites peuvent être reçues le week-end à partir de la troisième semaine, après concertation avec le thérapeute de référence.

Comme vu plus haut, la thérapie stationnaire, durant en moyenne vingt-deux semaines, est construite autour de quatre phases que nous allons détailler ci-dessous. Toutefois, la durée et l'entrée dans ces phases sont également conditionnées aux drogues consommées auparavant : « Si quelqu'un a indiqué avoir consommé seulement du haschisch et de l'alcool, en règle générale, il a droit qu'à douze semaines. Ces cas sont plutôt rares ici. Dans tous les autres cas, on a droit au séjour de dix-huit à vingt-quatre semaines. Dans tous les cas, on peut, si besoin, faire une demande de prolongation » (Centre de thérapie ouvert).

### **LA PHASE 1**

Début : jour d'admission

Durée : un mois

#### **Exigences pour la phase 1 (passage en phase 2)**

##### **Tâches / objectifs**

- > Comprendre et respecter le règlement intérieur
- > Détermination des objectifs thérapeutiques avec la référence et les ergothérapeutes
  - > 8 unités d'exercices matinaux
  - > Participation au sport d'admission trois fois
- > Participation six fois au groupe d'indication "admission"
- > Gestion complète du Pass patient

#### **Règlement pour la phase 1 / 1+**

##### **Sorties**

- > Ne séjournez que dans le bâtiment et sur le site du centre
  - > Sortir du centre thérapeutique uniquement pour des activités de groupe (de référence), qui doivent être accompagnées par le personnel en semaine, et par des patients d'adaptation le week-end
  - > Les visites nécessaires chez le médecin ou les autorités ont lieu avec le soutien du personnel
    - > Pas de sortie avec visiteurs, pas de salle de fitness
  - > Après 2 semaines de bonne progression ==> phase 1+ (après consultation d'un thérapeute de référence et du groupe de référence)
    - ⇒ Phase 1+ : sortie 2 h max. avec au moins une personne en phase 2
- Contacts externes
- > Lettres et colis (sont contrôlés)

##### **Visites**

- > à partir de la troisième semaine le week-end en consultation avec un thérapeute de référence le samedi et le dimanche de 14 h à 18 h au plus tard (inscription sur la liste des visites)
- > Présenter d'abord le visiteur à l'employé lors de son arrivée, vérifier ce qui a été apporté et laissé

## **PHASE 2**

Début : un mois après l'admission

Durée : un mois

*Après le test dans le groupe de référence (valable de date à date)*

### **Exigences pour la phase 2 (passage vers la phase 3)**

#### **Tâches / objectifs**

- > Reprise d'un domaine de responsabilité pour la communauté de la maison
- > Prendre en charge au moins un parrainage de patients nouvellement arrivés
  - > Participation à des loisirs organisés (au moins 5 unités)
- > Détermination des objectifs thérapeutiques avec la référence et les ergothérapeutes
  - > Preuve de 8 autres unités d'exercices du matin
- > CV (biographie, histoire de l'addiction, histoire professionnelle)
  - > Tenue complète du Pass patient

#### **Règlements pour la phase 2**

##### **Sorties**

- > Une sortie par jour au moins en binôme, maximum 2 h après le programme de thérapie ou la fin de semaine, retour au dîner ou à 21 h 30.
  - > Effectuer et revenir au carnet de sortie (POI)
- > Se présenter à l'employé pour le test d'alcoolémie, contrôle des achats et des reçus et des contacts externes
  - > Lettres et colis (sont contrôlés)

##### **Visites**

- > Deux fois par week-end en consultation avec un thérapeute de référence, le samedi et le dimanche de 14 h 00 à 18 h 00 (inscription dans la liste des visites)
- > Présenter d'abord le visiteur avant son arrivée et vérifier ce qui a été apporté et laissé

#### **Revenu personnel (Hartz IV, allocation de transition, pension, etc.)**

- > Peut être géré par le bénéficiaire
- > S'il n'y a pas de compte, les prestations sociales peuvent être transférées au centre
- > Gestion des problèmes financiers (ex : dettes, allocation de l'argent disponible) avec le thérapeute de référence

##### **Divers**

- > À partir de la phase 2, un ordinateur portable / tablette peut être utilisé dans la chambre, il ne peut être utilisé qu'à l'extérieur pendant le temps structurel et avant le couché

### **PHASE 3**

Début : deux mois après l'admission

Durée : un mois

*Après test dans le groupe de référence  
(valable de date à date)*

### **Exigences pour la phase 3, exigences pour la phase 4**

#### **Tâches / objectifs**

- > Changement des anciennes structures et modèles de comportement
  - > Test de stress toute la journée tous les 2 mois dans l'AT
  - > Proposer une activité de loisirs
  - > Participation au groupe d'indication prévention des rechutes
- > Participation au groupe d'indication de formation à l'application (également possible en phase 4, au cas par cas)
  - > Reprise d'un autre domaine de responsabilité / *Funki-Amt* (min. 3 semaines)
    - > 8 autres unités d'exercices matinaux
  - > Perspective d'avenir (emploi, lieu de résidence, contacts sociaux, adaptation)
    - > Rendez-vous avec Pôle emploi (selon le cas)
- > Détermination des objectifs thérapeutiques avec la référence et les ergothérapeutes
  - > Stages (selon les cas)
  - > Préparation et présentation d'un sujet en grand groupe
  - > Tenue complète du passeport patient

### **Règlements pour la phase 3**

#### **Sorties**

- > Sortie quotidienne seule, max. 3 heures après le programme de thérapie ou le week-end retour pour le dîner ou à 21 h 30
  - > Effectuer et revenir au carnet de sortie (POI)
- > Signaler aux employés le test d'alcoolémie, y faire contrôler les achats et les reçus

#### **Thérapie à domicile**

- > Premier voyage après candidature et préparation écrite pour progresser en thérapie (zones à risques, faiblesses, forces, emploi du temps), max. une nuit
  - > Un voyage toutes les quatre semaines avec une nuitée possible, inscription en liste

#### **Contacts externes**

- > Lettres et colis (sont contrôlés)

#### **Visites**

- > Deux fois par week-end en consultation avec un thérapeute de référence samedi et dimanche de 14 h 00 à 18 h 00 au plus tard, sorties avec des membres de la famille proche ou des résidents permanents partenaires (max. 3 heures possible), sera inscrit dans la liste des visites par le thérapeute
- > Présentez d'abord le visiteur lors de son arrivée et vérifiez ce qui a été apporté et laissé
  - > Toute restriction sera discutée dans le groupe de référence

#### **Revenu personnel (Hartz IV, allocation de transition, pension, etc.)**

- > comme en phase 2

#### **PHASE 4**

Début : trois mois après l'admission  
Durée : un mois  
après test dans le groupe de référence  
(Valable de date à date)

#### **Exigences pour la phase 4**

##### **Tâches / objectifs**

- > planification concrète de la décharge
- > Clarification de l'adaptation (selon le cas individuel)
  - > Réflexion thérapeutique
- > Discussion de stage / test de stress professionnel
  - > Évaluation finale des objectifs thérapeutiques
  - > Tenue complète du Pass patient

#### **Règlements pour la phase 4**

##### **Sorties**

- > Sortie quotidienne seule, maximum 4 heures après le programme de thérapie ou le week-end (retour pour le dîner ou à 21 h 30)
  - > Effectuer et revenir au livre sortant
- > Se présenter aux employés pour un test d'alcoolémie, faire vérifier les achats et les reçus
- > un maximum d'une journée tous les 14 jours (uniquement avec des objectifs clairs et après l'accord du thérapeute référent), autofinancement, retour avant 21 h 30

##### **Thérapie à domicile**

- > tous les 14 jours un retour avec nuitée ou une fois par mois un retour avec deux nuitées possibles, discussion dans "Progrès de la thérapie", inscription sur une liste

##### **Contacts externes**

- > Lettres et colis (le contenu est vérifié)

##### **Visites**

- > Deux fois par week-end en consultation avec un thérapeute de référence samedi et dimanche de 14 h 00 à 18 h 00, inscription dans la liste des visites
- > Présenter le visiteur à l'employé lors de son arrivée, vérifier ce qui a été apporté et laissé
  - > Sortir avec des proches est possible pendant 4 heures maximum
  - > Toute restriction sera discutée dans le groupe de référence

#### **Revenu personnel (Hartz IV, allocation de transition, pension, etc.)**

- > comme en phase 3

#### **PHASE 4+ (« Goldcard »)**

Début : quatre mois après l'admission  
Durée : un mois

*Décision dans l'équipe à la demande du thérapeute de groupe*

#### **Conditions**

- > De bons résultats de travail, par exemple « *Duke of Work* »
- > Accompagnement réussi des autres patients en ergothérapie
  - > Réflexion sur la situation de vie actuelle terminée
- > Objectifs pour le temps après la phase 4 « *Goldcard* » clarifiés
  - > Dossier de candidature disponible
- > Bilan thérapeutique, revue critique avec *feedback* en groupe de référence

#### **Sorties**

- > En plus des 2 fois par semaine, maximum 6h de sortie seul après concertation avec le thérapeute de référence ; aucune participation au repas nécessaire
- > Sortir seul, 4 heures maximum après le programme de thérapie ou le week-end retour pour le dîner ou à 21 h 30
  - > Effectuer et revenir au carnet de sortie (POI)
  - > Se présenter à l'employé pour le test d'alcoolémie, contrôle des achats et des reçus
- > Maximum une journée de voyage tous les 14 jours (uniquement avec des objectifs clairs, par exemple un rendez-vous avec un avocat, après approbation écrite du thérapeute de référence), autofinancement, retour avant 21 h 30.

#### **Thérapie à domicile**

- > Tous les 14 jours, un voyage de retour avec deux nuitées possible, rendez-vous en “Progrès de la thérapie”, entrée dans la liste d’inscription

#### **Contacts externes**

- > Lettres et colis (le contenu est vérifié)

#### **Visites**

- > Deux fois par week-end en consultation avec un thérapeute de référence samedi et dimanche de 14 h 00 à 18 h 00 au plus tard, sera inscrit dans la liste des visites par le thérapeute
- > Présentez le visiteur à l'employé lors de son arrivée et vérifiez ce qui a été apporté et laissé

L'ensemble de ces phases est conditionné par des droits et des devoirs. Ceux-ci peuvent être discutés dans les groupes de référence selon les situations. Chaque nouveau patient est affecté à un groupe avant son admission. Celui-ci est déterminé par les thérapeutes. Pendant la thérapie, les patients passent d'un groupe à l'autre aux différents changements de phases. Ces groupes, ainsi que le thérapeute de référence, décident des transitions. À la demande du patient, ces personnes jugent les progrès de la thérapie pour autoriser, ou non, le passage à l'étape suivante. Cette demande entraîne une phase-test au sein du groupe où l'individu doit répondre à des questions en lien avec les objectifs de la phase en cours. La décision finale est donnée lors du groupe de référence suivant et revient au thérapeute de référence. Pour clore ces différentes phases, l'individu peut passer une dernière étape celle de l'adaptation : « *Le traitement peut se faire en deux phases. La première est le traitement de sevrage classique à long terme, qui dure entre 18 et 24 semaines. Et il y a ensuite une phase de 12 à 16 semaines, qui s'oriente plutôt*

vers l'extérieur, et qui concerne la réintégration, la recherche de travail et d'habitation, etc » (Entretien, centre de thérapie ouvert).

La phase d'adaptation a pour but de faciliter la transition entre le traitement hospitalier et le retour au milieu de vie ordinaire : « Les personnes restent 22 semaines, mais après, il y a aussi la possibilité de rester 3 mois pour se réadapter à une vie autonome et indépendante, à trouver un lieu de vie et un travail, pour ceux qui en ressentent le besoin » (Entretien, centre de thérapie ouvert). Elle dure jusqu'à 4 mois et fait suite à un traitement hospitalier et, même si le cadre protégé qu'apporte le centre n'est pas encore complètement effacé, l'adaptation est associée à une plus grande responsabilité personnelle du patient. Elle peut être utilisée par des patients internes et externes, c'est-à-dire des patients d'autres cliniques spécialisées. L'accent est mis sur l'orientation externe, notamment l'insertion professionnelle, la recherche d'un logement, les activités de loisirs significatives, la stabilisation des relations (familiales et pairs), le règlement des dettes ou encore la poursuite de la consolidation des capacités. Cette phase souhaite planifier, à long terme, la situation de vie ultérieure, organiser les activités quotidiennes en favorisant l'autonomie et faciliter la transition vers la vie active par des expérimentations (par exemple, les stages). Cette étape a été insérée plus tard au sein du centre, à la suite du constat suivant : les expériences antérieures ont montré que les défis importants à relever apparaissent 3 à 6 mois après la sortie du traitement. L'adaptation est définie comme une étape assez proche d'une vie normale et auto-responsable. Les patients en adaptation possèdent leur propre espace dans le centre avec des appartements en chambre individuelle. Cette étape allie un retour à la réalité quotidienne avec une possibilité de contact avec des ressources disponibles au centre.

### **PHASE D'ADAPTATION**

Début : 4 à 6 mois après l'admission en clinique spécialisée

- > Généralement inscription auprès du thérapeute de référence
- > Changements de patient à l'adaptation du thérapeute de référence, groupe d'adaptation les mardis et vendredis (au lieu de Groupe d'indication, avec thérapeute de l'adaptation)  
Début : candidature externe / entretien préalable avec le thérapeute de l'adaptation

#### **Tâches / objectifs**

- > Essai avec une structure externe réduite
- > Réinsertion dans la réalité professionnelle ou scolaire
- > Pendant le stage, temps libre pour participer à la formation professionnelle du lundi matin au mercredi après-midi (réflexion hebdomadaire)
- > Tester les candidatures préparées lors de la recherche d'un stage
- > Mise en place d'un stage externe (obligatoire)

- > Respect des règles de la maison, maintien d'un rôle de référence
  - > Ponctualité, engagement, responsabilité
- > Autonomie, pas de repas dans la salle à manger de la clinique spécialisée (exception : si vous vous inscrivez à l'avance)
  - > Participation active au nettoyage de la zone
    - > Réflexion sur la situation de vie actuelle
  - > Développer des objectifs d'intégration concrets pour la période suivant l'adaptation
- > Bilan thérapeutique, revue critique avec retour d'expérience dans le groupe d'adaptation

### **Sorties**

- > Heure de début selon le programme de thérapie et le week-end
  - > retour en semaine à 23 h 30, également possible jusqu'à 3 h du matin par mois
- > Signaler à l'employé le test d'alcoolémie, y vérifier les achats et les reçus si nécessaire

### **Thérapie à domicile**

- > Tous les 14 jours un voyage de retour avec deux nuitées, entrée dans la liste

### **Contacts externes**

- > Les courriers sont distribués sans contrôle par le service de nuit, les colis sont contrôlés aléatoirement

### **Visites**

- > Nuitée « *partenaire de visite* » dans votre propre chambre, du samedi 14 h au dimanche 14 h, après accord préalable avec les thérapeutes de l'adaptation et inscription sur la liste des visites
- > Visite sans nuitée deux fois par week-end en concertation avec un thérapeute de référence, inscription dans la liste des visites par le thérapeute d'adaptation
- > Présentez le visiteur à l'employé lors de son arrivée et vérifiez ce qui a été apporté et laissé

### **Musique, télévision, ordinateurs**

- > vos propres appareils de musique peuvent être utilisés dans la pièce. Les téléviseurs et les ordinateurs peuvent être utilisés, le week-end, pendant la journée
  - > Si le volume sonore autorisé est dépassé, l'appareil sera retiré pendant une semaine

En ce qui concerne les projets internes, il y a une recrudescence dans les propositions : « *Avant on faisait plus de projets, par exemple un camp d'une semaine dans la forêt, une sorte de "stage de survie". Ce genre de chose ne se fait plus, tout se passe plutôt dans la maison ici* » (Entretien, centre de thérapie ouvert). Toutefois, ce centre a des offres comme les "groupes indicateurs" autour de thèmes spécifiques comme la dépendance, l'arrêt du tabac, la performance sportive ou encore la candidature pour un poste. Il y a aussi des journées projets des différentes disciplines présentes au centre comme la thérapie par le travail où des travaux sont effectués dans la maison, ou en psychothérapie dans lesquels ils travaillent, par exemple, sur la découverte de soi-même : « *Ensuite nous avons différents projets de thérapie par le*

*travail dans nos lieux, par exemple des travaux de réparation, travail au jardin, rénovation du bâtiment, etc. Ce sont des projets à long terme, qui peuvent aussi exister sous forme de journées thérapeutiques, ce qui veut dire que ces jours-là sont entièrement consacrés au travail, et il n'y pas de thérapie par la parole ou autre. En règle générale, nos journées sont organisées avec différentes activités, dont au moins un moment de parole ou de groupe de paroles, etc., mais ces journées sont entièrement dédiées au travail pratique » (Entretien, centre de thérapie ouvert). Le dernier projet que nous pouvons évoquer est plus externe à la structure. Il s'agit d'un partenariat avec l'université d'*Holzminden*. Les étudiants de cette université viennent une à deux fois par an dans le centre. Ils organisent une journée entière d'actions thérapeutiques.*

Nous avons parlé de la phase d'adaptation qui est basée sur le volontariat. Cet aspect n'est pas forcément adapté à l'ensemble des individus. De ce fait, une fois par an, toujours au même moment, en septembre, le centre organise une rencontre des anciens patients. En général, la date est communiquée, et ceux qui sont encore en lien avec eux, participent. Les salariés du centre invitent tous ceux dont ils connaissent les adresses et les numéros de téléphone. Ce contact postcure est parfois difficile car les situations changent rapidement, ainsi les adresses et les numéros de téléphone ne sont souvent plus valides.

Cette partie nous a permis de décrire les trois structures principales enquêtées sur le terrain allemand. Parmi celles-ci, il y a un établissement social, un autre qui allie le social au médical par une coopération rapprochée, et un dernier qui est davantage médical. L'ensemble de ces structures est en lien étroit. À Göttingen, il existe des rencontres régulières de tous les établissements du secteur social.

S'ajoutent à cela des contacts hebdomadaires avec les hôpitaux. Les structures enquêtées organisent toutes des temps de rencontres où elles invitent les différents acteurs de terrain ainsi que des intervenants extérieurs et des conférenciers. D'un autre côté, les contacts et les partenariats sont plus fréquents entre les structures membres de la *Diakonie*. Si les professionnels orientent les individus en dehors des organismes de cette coopération, ils privilégient les établissements de cette institution. Le raisonnement n'est pas lié uniquement à la religion et aux valeurs prônées mais davantage aux facilités de passage entre ces structures dues à cette appartenance.

Généralement, les patients du centre de thérapie ouvert sont orientés par le centre de conseil en matière de drogues, les hôpitaux ou encore les organismes de financement (caisse de retraite, par exemple) : « *Nous sommes aussi en lien direct et régulier avec le centre d'aide et*

*de conseil en matière de drogues, qui vient souvent dans nos locaux pour présenter la structure et le travail de suivi en ambulatoire à nos patients. Nous organisons également des événements pour des groupes d'entraide, dont on ne doit pas sous-estimer l'importance » (Entretien, centre de thérapie ouvert). Ainsi, l'orientation reste variée, malgré certains cheminements privilégiés. En dehors des rapports entre nos structures d'enquête, les établissements ont un grand nombre de partenariats avec des instances moins spécifiques : « Je m'occupe dans notre établissement des tests de résistance au travail. Nos clients peuvent suivre des stages en entreprise, et je suis en contact avec les employeurs qui les embauchent. Dans ce cadre-là, je suis aussi régulièrement en lien avec les employeurs pour évaluer le travail de ces personnes. Et je suis en lien avec les entreprises qui embauchent nos clients dans un emploi permanent. En plus, je connais un certain nombre d'entreprises d'intérim à Göttingen, et si des patients sont intéressés, je peux les mettre en relation [...]. Nous sommes très proches des prisons, des centres d'information et des structures de détoxification. Nous nous rendons dans ces lieux pour rencontrer les personnes qui y travaillent et leurs clients pour les informer de notre proposition. Nous travaillons avec la psychiatrie à Moringen, où des personnes délinquantes, sur fond de problématique psychiatrique, font une sorte de thérapie forcée, suite à des délits graves dans le cadre de leur dépendance, et cette psychiatrie nous envoie des personnes qui vivent à l'essai dans notre structure. Nous organisons par ailleurs des événements pour des groupes d'entraide, dont on ne doit pas sous-estimer l'importance. Narcotics anonymes et le Cercle d'amis des personnes dépendantes, qui font un travail bénévole, et que nous faisons venir dans notre établissement pour les faire connaître auprès de nos patients » (Entretien, centre de thérapie ouvert).*

Les choix de ces structures enquêtées ont été façonnés par notre étude du terrain rochelais. Celles-ci possèdent des similarités dans les missions et domaines dans lesquels elles sont ancrées ; la *Straso* pourrait être comparée au Samu social dans son public-cible et dans les types d'intervention, *Drobz* serait davantage relié au CAARUD d'AIDES et l'*Opentherapiezentrum* au CSAPA associatif. Après avoir décrit les établissements sur lesquels nous avons focalisé notre attention, nous allons maintenant passer à une phase plus analytique.

## 2) La structure de l'accompagnement

Cette seconde section est davantage analytique. Elle se concentrera sur la structure de l'accompagnement des différents établissements enquêtés dans le cadre de l'aide aux usagers de drogues. Nous débuterons par l'analyse de la réception des différentes stratégies utilisées par

les structures à l'aide de profils extraits soit d'entretiens, soit de questionnaires. Ceux-ci nous permettront de comprendre une partie du fonctionnement de l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues tout en nous éclairant sur l'impact de celui-ci sur les bénéficiaires. En continuité, nous étudierons les différentes représentations de ce public précis à Göttingen tant pas les structures que par les habitants.

Ensuite, nous tâcherons de comprendre le fonctionnement de cet accompagnement à travers la mise en avant des processus d'autonomisation et des objectifs des différents acteurs. Nous verrons qu'il existe un objectif commun à l'ensemble des structures prodiguant cette aide, l'abstinence. Pour finir, nous justifierons ces diverses démarches avec l'approche globale choisie par le pays à propos de ces individus, à savoir un accompagnement différent selon l'âge du consommateur.

Pour clore ce chapitre, nous nous concentrerons sur les partenariats et les difficultés rencontrées par les structures de Göttingen. Pour cela, nous montrerons une particularité allemande, celle de la formation obligatoire dans le cadre d'un emploi auprès de publics dépendant aux drogues. Cette harmonisation des pratiques est visible également dans le cadre du travail en réseau et des partenariats. Une fois ces coopérations décrites, nous étudierons le rapport entre deux corps de métiers spécifiques : celui des professionnels de l'addiction avec celui de la police. Nous terminerons par la mise en lumière des difficultés locales qui nous aideront, par la suite, à la mise en perspective de nos deux terrains, allemand et français. Cette contextualisation à très petite échelle reste un élément à prendre en compte dans le cadre d'une comparaison.

#### A) Des usagers, des représentations

**Tableau n° 64 : Description de l'échantillon (Méthode quantitative)**

| <b>Informations</b> | <b>Drobz</b> |
|---------------------|--------------|
| <b>Sexe</b>         |              |
| Homme               | 16 (94,1 %)  |
| Femme               | 1 (5,9 %)    |
| <b>Âge</b>          |              |
| 18 à 30 ans         | 4 (23,5 %)   |

|                     |            |
|---------------------|------------|
| 30 à 40 ans         | 7 (41,2 %) |
| 40 à 50 ans         | 3 (17,6 %) |
| 50 à 60 ans         | 2 (11,8 %) |
| Plus de 60 ans      | 0 (0 %)    |
| <b>Vous habitez</b> |            |
| Amis                | 2 (11,8 %) |
| Chez vous           | 8 (47,1 %) |
| Famille             | 1 (5,9 %)  |
| Institution         | 1 (5,9 %)  |
| SDF                 | 2 (11,8 %) |
| Squat               | 3 (17,6 %) |

Pour cette partie, nous nous focaliserons uniquement sur les résultats des méthodes dont les destinataires étaient les usagers des structures. Nous mettons ainsi de côté les missions, les objectifs, les représentations et les volontés des professionnels qui les accompagnent dans un souci d'objectivité.

#### *A.1) Des profils d'usagers au sein de Drobz*

L'analyse des questionnaires du terrain allemand a mis en évidence des profils d'usagers accueillis au sein de *Drobz*. Notre objectif est la description de ces profils à partir des variables ayant donné lieu à des résultats pertinents. Cependant, les diverses difficultés rencontrées pour notre enquête en Allemagne ont modifié notre stratégie méthodologique. Ainsi, nous n'avons pas pu transmettre le questionnaire aux usagers de l'*Opentherapiezentrum*. Pour la *Straso*, c'est un choix de notre part que de ne pas avoir transmis ce questionnaire ; effectivement, cette structure intervient, comme le Samu social, auprès de publics larges qui ne sont pas tous consommateurs de drogues. En cela, nous avons préféré nous concentrer sur les structures spécifiques à ces usages pour comprendre les réceptions de la politique de RDR.

Les méthodes d'extraction des profils ont été différentes. Pour *Drobz*, nos profils seront extraits de nos questionnaires. Pour l'autre structure, nous nous sommes appuyée sur les

entretiens que nous avons pu effectuer sur le terrain avec des usagers. L'échantillon est ainsi moins large, mais la trame des questions reste relativement similaire. Dans tous les cas, notre objectif n'est pas de recueillir en tant que tel des profils mais davantage de comprendre la réception des processus de RDR dans les différentes structures.

**Tableau n° 65 : Profils différents : les questions utilisées pour la détermination des profils de la structure *Drobz***

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Depuis quand fréquentez-vous ce lieu ?

Votre implication : [Je participe aux actions]

Quand vous venez chercher du matériel : [Je viens juste me fournir en matériel]

Quand vous venez chercher du matériel : [Le professionnel me laisse me servir]

Vous participez aux actions :

Pour vous, quels sont les objectifs de ces salles ? [Cacher les usagers]

Qu'est-ce que cela m'a apporté(e) : [L'impression d'être surveillé(e)]

Vous venez dans cette structure :

Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [L'autonomie]

Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [De la souplesse]

Les valeurs que vous cherchez dans une structure sont : [De la rigueur]

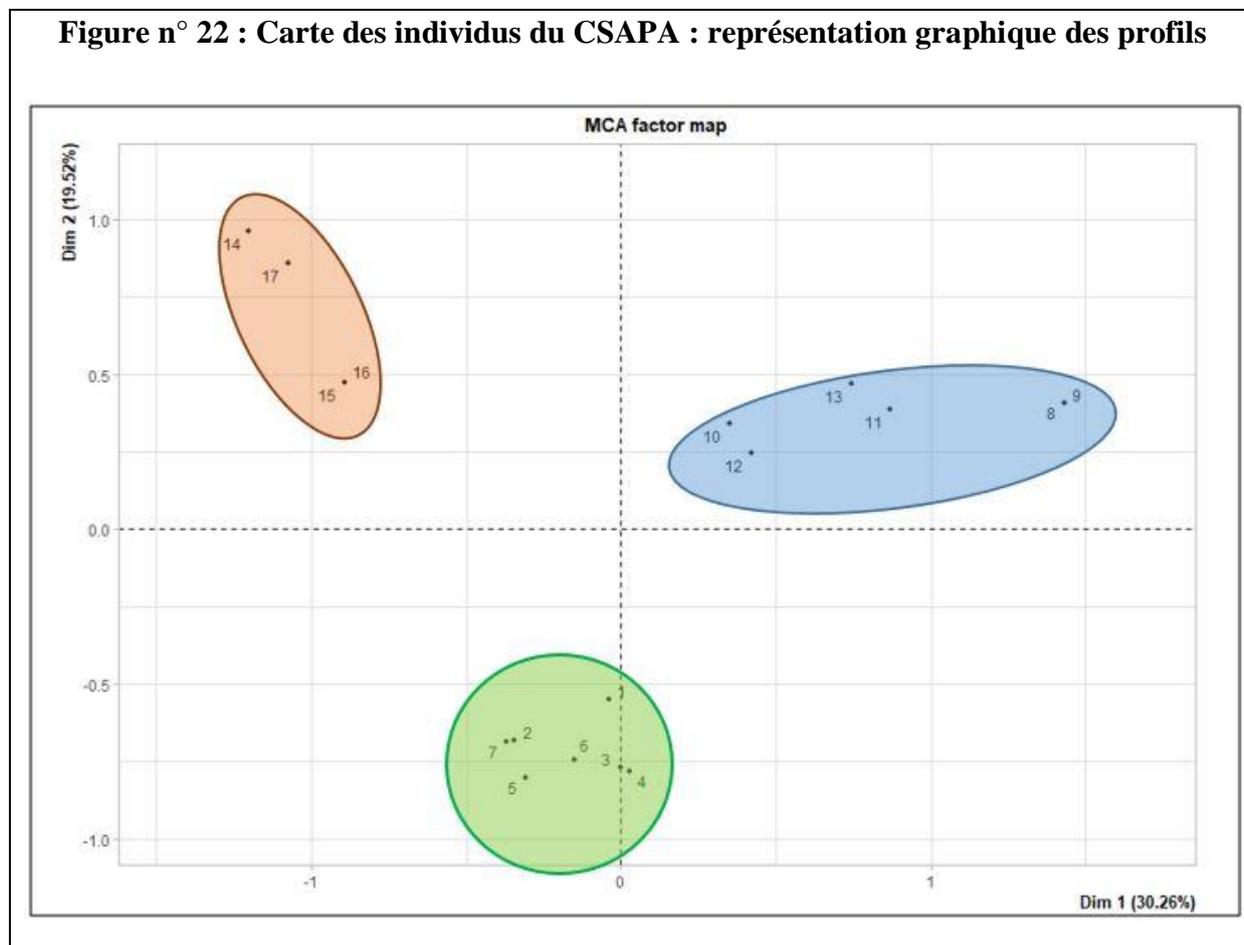
Quel est votre objectif final ?

Tout d'abord, nous avons pu mettre en exergue un profil commun des personnes accueillies et accompagnées au sein de *Drobz*. L'ensemble des usagers de cette structure est venu dans le but de chercher des informations et des conseils.

Toutefois, l'implication globale des individus est assez faible. Ceux-ci mettent en évidence un manque de proposition d'activités et d'ateliers. La plupart des participants souhaitent une orientation vers des structures médicales. Ce constat montre la connaissance assez importante des usagers à propos de cette structure, laquelle fait partie d'un ensemble qui touche plusieurs domaines dont le social, avec « *Drobz* », et le médical, avec d'autres services. Les autres variables ouvrent des perspectives différentes selon le répondant.

Grâce à l'analyse des concordances multiples (figure n° 22), trois profils, plus précis, ressortaient du traitement statistique pour cette structure. Comme pour notre partie sur l'enquête relative à La Rochelle, nous listerons ces profils de façon hiérarchisée à partir du degré d'autonomie ; des profils les plus dépendants vers ceux comprenant des individus plus indépendants. L'ensemble des éléments précédents sont communs aux répondants. Au sein de ces variables, certaines singularités subsistent et forment trois groupes dissociables.

**Figure n° 22 : Carte des individus du CSAPA : représentation graphique des profils**

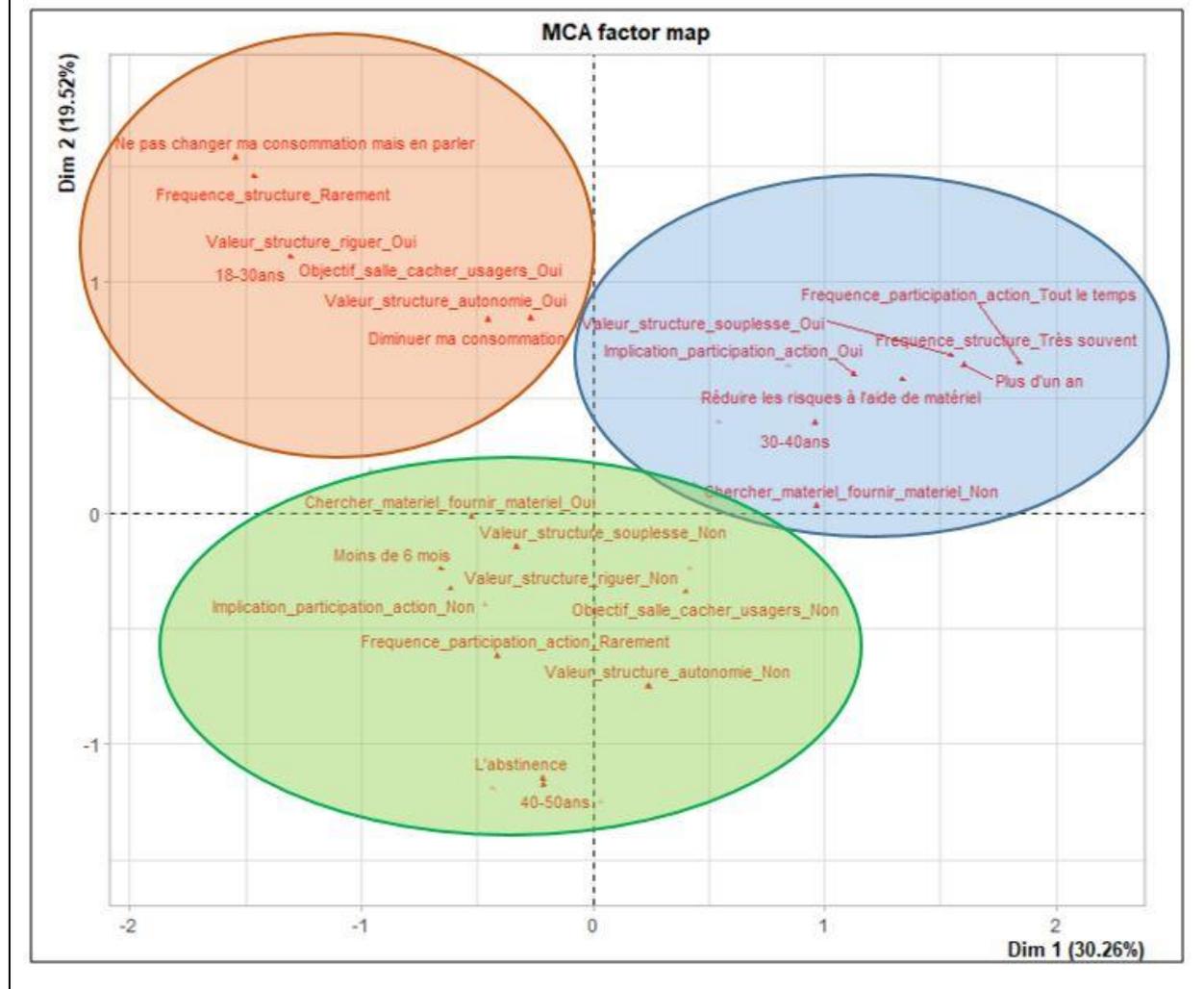


Sur la carte des individus ci-dessus, nous observons trois groupes de personnes :

- premier groupe (Les participants 14 15 16 17) ;
- deuxième groupe (Les participants 8 9 10 11 12 13) ;
- troisième groupe (Les participants 1 2 3 4 5 6 7).

La carte de profils (figure n° 23) nous permet de savoir plus sur les caractéristiques de ces trois profils :

**Figure n° 23 : Caractéristiques des trois profils extraits du questionnaire destiné aux usagers de Drobz**



Le premier groupe, en vert sur la figure n° 23, est composé des individus les plus âgés de notre échantillon, les 40-50 ans. Ils viennent en priorité pour être orientés vers des structures plus médicales. Ils n'ont aucune attache envers la RDR. De ce fait, ils ne sont pas pour la mise à disposition d'un lieu de consommation dans la ville de Göttingen. Dans nos entretiens, les individus se rapprochant de ce groupe justifiaient cette opposition avec l'âge. Lorsqu'ils étaient plus jeunes, ils auraient apprécié avoir ce type d'espace mais, en avançant dans l'âge, ils disent que ces lieux ne sont que des "passades": « Bah, quand j'étais jeune oui, j'y serai aller mais bon, en y repensant, je pense pas que ça soit une solution d'avenir. J'aurai préféré arrêté il y a longtemps, et je ne pense pas que d'aller dans des salles comme ça, ça m'aurait plus motivé à arrêter » (Entretien, usager de Drobz). Ils ne souhaitent pas être perçus comme « drogués » et montrent des aspects pudiques face à ces dispositifs.

Par cette opposition, ils souhaitent l'abstinence et ainsi éviter les contacts avec les autres usagers. Pour cela, ils ne participent pas aux différentes activités proposées. Ces individus sont des personnes proches de l'église, laquelle prône ces valeurs au sein des structures médicales. S'ils ne participent que rarement aux activités, ne fréquentent la structure que de manière occasionnelle et ne sont présents que depuis moins de six mois, ils sont toutefois dépendants de cette dernière. Ils attendent des professionnels l'ensemble des conseils et des orientations et ne font que très peu de démarches seuls. Ils souhaitent entrer dans une structure médicale où il y aurait des règles et des conditions imposées afin de pouvoir s'en sortir. Ces individus attendent de se faire aider pour sortir de leur consommation.

Le deuxième groupe, en orange sur la figure n° 23, est constitué des individus les plus jeunes de notre échantillon, soit les 18-30 ans. Ce sont des personnes qui sont présentes au sein de la structure depuis moins de six mois. Ce faible ancrage est également visible dans la participation aux activités et aux ateliers. Ces individus viennent occasionnellement. Leur objectif est de se fournir en matériel de réduction des risques. En cela, ils sont pour l'ouverture d'un lieu de consommation dans la ville de Göttingen et cherchent à la fois de la rigueur et de l'autonomie.

Le dernier groupe, en bleu sur la figure n° 23, se compose d'individus plus âgés, dans la tranche d'âge des 30-40 ans ; ils correspondent aux individus avec un âge intermédiaire dans notre échantillon et fréquentent la structure depuis plus d'un an et de manière régulière. Ils viennent se fournir en matériel de réduction des risques mais surtout pour participer aux différentes activités et ateliers proposés. Ils sont donc actifs et ancrés au sein de la structure. Ils recherchent davantage la présence d'autres personnes que la réduction des risques. Toutefois, la régularité de fréquentation montre une importance accordée à la RDR. De plus, ce groupe évoque le fait qu'il s'approvisionne en matériel de plusieurs manières : au centre de conseil en toxicomanie mais également dans les distributeurs et les pharmacies.

Néanmoins, s'ils ont un ancrage très important, ces individus semblent assez indépendants de ce lieu. Ils n'ont pas réellement une attache au lieu ou aux professionnels mais plus à ce que ceux-ci apportent, comme les rencontres, les sorties ou encore les outils proposés. Ils apprécient la souplesse de ces professionnels quant aux interventions et à la fréquentation du lieu. Il n'y a pas d'obligation de rendez-vous, l'utilisateur peut donc venir quand il le souhaite. La priorité des membres de ce groupe est de s'en sortir seul.

En ce qui concerne les salles de consommation, ces individus ne sont pas contre. Néanmoins, lors des entretiens, ceux se rapprochant de ce profil disent que ces lieux sont importants mais qu'ils ne les utiliseraient pas personnellement.

**Tableau n° 66 : Trois profils d'usagers de Drobz**

|                                       | <b>Profil n° 1</b> | <b>Profil n° 2</b> | <b>Profil n° 3</b> |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Tranche d'âge</b>                  | 40-50 ans          | 18-30 ans          | 30-40 ans          |
| <b>Ancrage (ancienneté)</b>           | Faible             | Faible             | Fort               |
| <b>Ancrage (fréquence de contact)</b> | Moyen              | Faible             | Fort               |
| <b>Participation aux activités</b>    | Non                | Non                | Oui                |
| <b>Souplesse/Rigueur</b>              | Rigueur            | Rigueur            | Souplesse          |
| <b>Dépendance à la structure</b>      | Oui                | Oui/Non            | Non                |

La figure n° 23 nous permet d'avancer quelques constats. Les individus qui ne font pas partie des tranches d'âge "extrêmes" de notre échantillon, c'est-à-dire les 18-25 ans et les 45 ans et plus, se démarquent de nos deux autres profils.

Les deux premiers profils recherchent davantage de rigueur dans une structure que le troisième. Les membres du dernier profil cherchent plus de souplesse. *A contrario*, les deux premiers semblent avoir plus besoin de soutien et de l'appui des professionnels. Cette caractéristique est plus présente chez les 40-50 ans.

Ainsi, le degré de dépendance à cette structure pour ces différents profils pourrait être résumé comme suit : plus les individus souhaitent de la rigueur, plus ils seraient dépendants. La participation aux activités ne montre pas une attache plus forte à la structure ou aux professionnels. L'adhésion à ces activités attesterait davantage un attachement au collectif qu'aux professionnels de santé. À l'inverse, une relation plus individualisée avec les professionnels serait symbole d'une dépendance plus forte à la structure et aux services proposés.

#### *A.2) Des profils d'usagers de l'Opentherapiezentrum*

Comme dit précédemment, ces profils ont été extraits d'entretien contrairement aux profils du centre de conseil (*Drobz*). Le résultat de ce changement méthodologique s'observera dans le manque de précision par rapport aux analyses précédentes. Nous n'avons pas de réponses précises sur les variables que nous avons utilisées pour les profils antérieurs : âge, ancrage dans la structure ou encore lieu d'habitation.

À la différence de *Drobz*, l'*Opentherapiezentrum* est un centre de thérapie qui impose aux individus de vivre dans la structure un certain temps. Ici, nous n'avons que très peu d'informations sur la réduction des risques puisque l'établissement est dédié aux individus abstinents. Toutefois, le traitement de substitution est un type d'abstinence accepté. Nous aurons donc des informations sur ce dernier. Même si les objectifs des professionnels sont assez différents de ceux de *Drobz*, nous pouvons analyser le processus d'autonomisation mis en place pour des personnes dépendantes.

Nous nous sommes aperçu que l'âge était une variable très importante dans les différentes réceptions du processus d'autonomisation. Dans cet échantillon au sein de l'*Opentherapiezentrum*, celui-ci nous sert de base. Nous avons donc deux profils qui correspondent à un groupe d'une tranche d'âge assez jeune, les moins de 35 ans, et un groupe avec les plus de 35 ans<sup>362</sup>. Néanmoins, dans cet établissement, les individus passent par différentes phases. Celles-ci sont également des variables internes aux groupes d'âge dans la réception des processus mis en place.

La structure est caractérisée par le passage d'étapes. Elles sont liées au processus d'autonomisation puisque chacune d'entre elles permet l'acquisition de libertés. En ce sens, nous pourrions penser que le ressenti des contraintes est de moins en moins présent plus

---

<sup>362</sup> Cette catégorie générationnelle est davantage composée d'individus ayant plus de 45 ans.

l'individu s'approche de l'adaptation. Par les entretiens avec les usagers, nous avons remarqué que ce n'était pas le cas. Les individus inscrits dans les premières phases perçoivent moins les contraintes que ceux des phases suivantes. De même, ceux qui en sont à plusieurs thérapies ressentent davantage ces impositions. En fait, cette impression de discipline est plus en lien avec l'ancienneté que les phases. Celles-ci sont davantage ressenties par les plus jeunes enquêtés, même s'ils montrent qu'elles permettent d'éviter les rechutes. Les plus âgés, quant à eux, apprécient justement ce type d'établissement par le cadre imposé et le retour à un quotidien planifié. C'est d'ailleurs ce cadre qui explique le taux de répétition de thérapie. Il permet d'éviter les rechutes lors des thérapies mais, pour les plus âgés d'entre eux, l'arrêt de l'institutionnalisation entraîne parfois la rechute. De plus, ces personnes ont souvent des périodes d'addiction et de précarité plus longues. Le retour à la réalité est alors plus compliqué. Toutefois, ce retour est également compliqué pour les moins de 25 ans qui retournent dans leurs groupes d'influence à la sortie ; ces pairs, parfois dans l'addiction, entraînent certaines rechutes.

En dehors de cette variable, c'est l'âge qui modifie certains éléments de la réception. Il semble que les plus jeunes soient en thérapie par orientation et les plus âgés par volontariat. Même s'il n'y a pas d'outils de réduction de risques liés à la consommation dans ce centre où le sevrage est une condition d'entrée, les individus possèdent un avis sur ces stratégies. Les plus jeunes ont davantage tendance à montrer l'importance de ces dispositifs et comprennent les enjeux de ceux-ci, surtout dans le cadre de rechutes. Les plus âgés mettent de côté ces outils puisqu'ils sont entrés dans une démarche d'abstinence. C'est l'importance donnée au collectif qui modifie le degré d'acceptation de ces outils ici. Plus les individus donnent la primauté au collectif, plus ils énoncent les valeurs des stratégies de RDR. À l'inverse, le repli sur soi engendre des représentations négatives de ces outils.

Les bénéficiaires de cette thérapie ne sont pas tous sous traitement de substitution. Dans notre échantillon, nous avons 90 % des enquêtés qui le sont. Les plus âgés pensent cette médication comme une passerelle vers l'abstinence ; ils la caractérisent ainsi comme une solution à court terme. Les plus jeunes ont un avis qui diffère. Pour eux, cette solution peut être conservée à long terme puisqu'elle permet de réduire les risques. Elle ne correspond pas à une solution vers l'abstinence mais plus à un outil de réduction à long terme. Cette différenciation quant au traitement est visible lorsque nous regardons le rapport médecin/usager. Pour les bénéficiaires des tranches d'âges les plus élevées, le médecin est perçu comme un confident et un soutien essentiel. Comme nous l'avons vu précédemment, ce rapport dual caractérise l'un des besoins de ce type d'utilisateur. De ce fait, ces travaux de groupe sont moins importants pour

eux et pour leur guérison. Au contraire, les plus jeunes apprécient ce type d'activités. Ainsi, ils priorisent ces travaux pour la rencontre avec d'autres personnes plus que leurs objectifs individuels des rendez-vous avec un professionnel de santé ; ceux-ci sont plus perçus comme des informateurs que comme des confidents.

### A.3) Mise en perspective des profils

Par les profils mis en avant, nous pouvons mettre en évidence plusieurs liens de causalité entre les variables que nous avons choisies. Grâce à cette catégorisation, nous avons fait ressortir les éléments qui modifient l'appréhension de la réduction des risques et ses représentations pour comprendre sa réception.

**Tableau n° 67 : Récapitulatifs des profils**

|   | Profils <i>Drobz</i> |             |                    | Profils <i>Opentherapiezentrum</i> |                               |
|---|----------------------|-------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------|
|   | Profil n° 1          | Profil n° 2 | Profil n° 3        | Profil n° 1 (les plus âgés)        | Profil n° 2 (les plus jeunes) |
| <b>Degré d'attachement à la structure (dont professionnels)</b> | Fort                 | Moyen       | Faible             | Fort                               | Moyen                         |
| <b>Degré d'attachement au collectif (hors professionnels)</b>   | Faible               | Moyen       | Fort               | Faible                             | Fort                          |
| <b>Représentations de <i>Drobz</i></b>                          | Moyennes             | Positives   | Positives          | Négatives                          | Positives                     |
| <b>Représentations de l'<i>Opentherapiezentrum</i></b>          | Positives            | Moyennes    | Négatives          | Positives                          | Moyennes                      |
| <b>Degré d'autonomie étudié</b>                                 | Faible               | Moyen       | Moyen<br>/<br>Fort | Faible                             | Moyen                         |

À partir du tableau n° 67, nous commençons à analyser de ces liens de causalités. Tout d'abord, les degrés d'attachement à la structure et au collectif sont souvent disjoints. Plus un individu sera attaché à la structure, plus son niveau d'intérêt pour le collectif sera faible ; réciproquement, plus l'individu aura un niveau d'attache fort au collectif, plus son degré d'attachement à la structure sera faible. Par exemple, les deux premiers profils des structures enquêtées ont un niveau d'attache fort à la structure mais faible par rapport au collectif.

Ces degrés pourraient aussi être liés à l'âge des individus. Les plus âgés possèdent un degré d'attache à la structure fort et se replient sur eux dans le cadre de relations collectives ; hypothétiquement, l'ancrage dans la précarité, dans l'addiction ainsi que les volontés d'abstinence sont des facteurs d'isolement par rapport aux groupes d'utilisateurs. Néanmoins, les plus jeunes ne sont pas dans le rapport extrême inverse en comparaison des profils précédents. Leurs degrés sont plus souvent modérés. C'est davantage le groupe avec une tranche d'âge intermédiaire qui se trouve en contradiction avec les profils les plus âgés ; il montre un degré d'attache à la structure faible, tandis que l'attache au collectif est plus importante.

La recherche de la rencontre n'est pas un symbole de dépendance à une personne ou un lieu en particulier. À l'inverse, l'attachement à la structure atteste un lien de dépendance élevé, qui ne peut être remplacé.

Pour ce qui est des représentations des structures, il n'y a pas de corrélation positive entre le fait d'être attaché à une structure et celui d'avoir des perceptions positives à son égard. Ici, les plus jeunes ont également une vision assez modérée des différentes structures, qu'ils y soient inscrits ou non. Les profils n° 2 sont caractérisés par cette tranche d'âge. Ils possèdent, tous deux, des représentations positives à l'égard du centre de conseil et des perceptions plus modérées vis-à-vis de l'*Opentherapiezentrum*. Les plus âgés, les profils n° 1 des deux structures, ont des avis assez similaires ; ils se représentent de manière très positive le centre de thérapie. *Drobz* est moins bien perçu avec des avis soit négatifs, soit modérés, lorsqu'ils y sont inscrits. Les utilisateurs du profil n° 3 ont une opinion contraire ; ils ont des perceptions positives du centre de conseil et plutôt négatives face à l'*Opentherapiezentrum*. Ces constats peuvent être corrélés aux volontés de ces individus. Effectivement, les plus âgés ont plus de ressentis positifs vers le centre de thérapie car ils souhaitent s'engager vers l'abstinence. Les plus jeunes ont des démarches moins fixes et les objectifs sont moins figés. Ainsi, leurs avis sont plus mesurés. Les individus de tranches d'âge intermédiaire se dirigent plus vers la réduction des risques et le

plaisir. Nous pourrions imaginer qu'ils sont encore dans l'équilibre du coût et des avantages de la drogue.

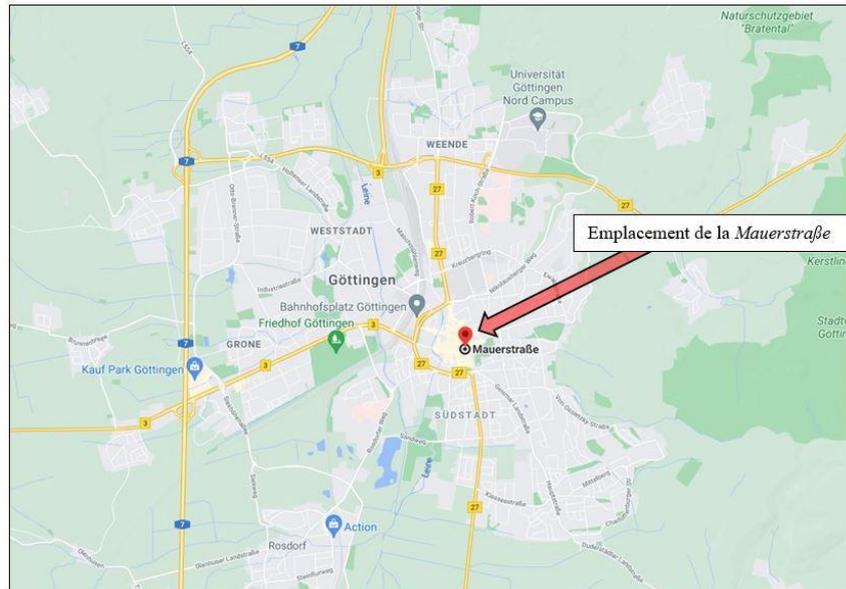
La dernière ligne du tableau analyse les degrés d'autonomie. Ceux-ci sont reliés à l'attachement à la structure ; plus l'individu y est attaché, plus il aura un degré d'autonomie faible. L'attachement à la structure, entre autres, laisse transparaître un degré de dépendance à une personne et aux services que procurent les lieux. Cet attachement ne possède pas que des points négatifs mais il est en lien avec le niveau de difficulté de retour à la réalité. Ici, c'est l'institutionnalisation des individus qui joue un rôle dans le degré d'autonomie étudié.

#### A.4) La représentations des usagers de drogues à Göttingen

Nous allons maintenant évoquer l'accueil des personnes consommatrices de drogues au sein de notre ville d'enquête. À travers nos observations ainsi que nos entretiens avec les professionnels et les usagers, nous avons pu extraire certaines représentations des consommateurs.

Tout d'abord, nous allons parler de la localisation de ces personnes dans la ville pour comprendre ensuite les perceptions des habitants sur cette population spécifique.

**Carte n° 24 : Emplacement de la *Mauerstraße* de Göttingen**



Source : Extraction GoogleMaps, 04/2020.

L'ensemble de ce public se réunit sur la *Mauerstraße*, dans le centre de Göttingen, comme nous pouvons le constater sur la carte n° 24 : « *Cela ne se remarque pas tellement dans la ville; il y a une rue à Göttingen, qui est plus fréquenté par ces personnes, c'est là qu'on trouve aussi des centres de conseils en matière de drogues, des lieux de rencontres mis à disposition,*

*ou des établissements religieux qui proposent aux personnes dépendantes des repas ou la possibilité de laver leur linge, etc. mais sinon, on ne voit pas grand-chose dans la ville »* (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Cette place possède d'ailleurs des bancs et des toilettes autour, par rapport à cet aspect.

Cette caractéristique est assez rare en Allemagne comme dans d'autres pays. Le fait d'installer les différentes structures qui viennent en aide à cette population à cet endroit, en centre-ville, n'est pas anodin. En effet, les usagers se sont placés à proximité d'une institution qui fait la distribution de repas, « *Die Tafel* ». D'autre part, nos enquêtés confirment que « *ce n'est pas courant que les personnes dépendantes se rassemblent dans le centre d'une ville, mais ce lieu de distribution de repas se trouve dans le centre* » (Entretien, *Straso*). Une grande partie des institutions destinés aux individus précaires et/ou usagers de drogues sont réunies sur cette place : « *Ces structures se trouvent en ville. En ce qui concerne notre institution, nous sommes un peu à l'écart du centre-ville, mais facilement accessible à pied. Il existe la possibilité de prendre un repas à midi, organisé par l'église catholique en plein centre-ville, et c'est là où la plupart des personnes dépendantes se rendent, parce qu'elles peuvent y manger très peu cher et elles s'y sentent acceptées telles qu'elles sont. Puis le centre d'aide en matière de drogues, dont les locaux sont malheureusement assez petits actuellement, et donc pas très fréquenté, se trouve également dans le centre-ville. Puis, le centre de migrants, qui n'est pas directement concerné par la consommation de drogues, mais leurs médecins soignent gratuitement des personnes n'ayant pas la sécu, et c'est souvent important pour les personnes dépendantes, de pouvoir y avoir accès. Donc, la grande majorité des structures se trouve dans le centre-ville, ou à proximité ; il y a peu de choses qui se passent en périphérie puisque les consommateurs n'y sont pas* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Si cette place est, de ce fait, surveillée constamment par la police, sans forcément intervenir, il y a eu quelques problèmes d'imbrication entre les différents groupes attirés par ces institutions.

À la base, il n'y avait que la distribution de repas qui entraînait la présence de groupes divers en situation de précarité. À la suite de l'installation de structures qui viennent en aide aux consommateurs de drogues, des problèmes de cohésion sont apparus : « *Nous avons déjà tenté de casser un peu le fonctionnement, pour que de nouvelles personnes, qui ont aussi besoin d'avoir accès à ces repas, puissent y venir, mais cela a fait se constituer de petits groupes, qui se sont installés dans les "beaux quartiers" de la ville, et cela a dérangé la population*

*concernée, donc tout le monde a été à nouveau rassemblé autour du lieu de distribution des repas, ce qui permet aussi de mieux gérer cette population » (Entretien, Straso).*

Mis à part cette rue, à côté de l'église catholique distribuant les repas, nous voyons très peu d'individus consommant des drogues en pleine rue : *« Nous voyons bien sûr des personnes droguées dans la ville, mais je pense qu'on ne les remarque pas tellement, parce qu'elles n'apparaissent de façon concentrée que dans l'espace qui est connu pour ça » (Entretien, Drobz).* Cette rue est ainsi évitée par les habitants sauf par ceux qui dépendent également de cette distribution de repas, *« socialement démunis et âgés, qui peuvent profiter pour 10 € par mois d'un repas et de boissons tous les jours, sept jours sur sept » (Entretien, Drobz).*

En dehors de ce lieu, il existe deux immeubles près de la gare où habitent un ensemble de personnes dépendantes. Deux discothèques sont également connues pour la consommation de drogues. Néanmoins, les enquêtés s'accordent sur le fait qu'il n'y a plus vraiment de rassemblement de personnes dépendantes à l'héroïne comme il pouvait y en avoir il y a 20 ou 30 ans ; ces groupes seraient plus diversifiés : *« Tout le reste ne se passe pas vraiment publiquement. Un "milieu de la drogue", comme on le connaissait à une époque, cela existe toujours, mais ce ne sont pas que des personnes dépendantes aux drogues, mais aussi des personnes alcooliques, des chômeurs, etc., et il y a quelques lieux spécifiques où ces personnes se rassemblent. Et les autres, nos patients par exemple, quand je leur pose la question de leur "quartier", ou du milieu qu'ils fréquentaient avant, ils me disent que ce n'est plus comme ça que ça se passe, qu'ils restent plutôt chez eux, et consomment plus entre amis » (Entretien, Drobz).* Les consommations se passent davantage chez les individus, dans des voitures, de façon plus discrète, voire invisible, pour la population : *« Ce n'est pas un problème très présent ici. À Göttingen, l'héroïne ne joue plus un rôle très important, ce sont aujourd'hui des médicaments et le THC qui sont les plus consommés, des médicaments sur ordonnance, qui sont prescrits aux personnes dépendantes. En troisième position, viennent les amphétamines, donc du "speed", et les opiacés. Mais les opiacés sont rares à Göttingen [...] en tous cas, il n'y a pas vraiment ce problème ici à Göttingen » (Entretien, Opentherapiezentrum).*

Les habitants de Göttingen seraient dans une forme d'acceptation de ce public mais uniquement s'il ne crée aucune perturbation : *« J'ai moi-même vécu dans plusieurs villes, et je peux dire que des personnes qui salissent des lieux, qui sont bruyantes, qui vendent de la drogue dans la rue, etc. ne sont jamais les bienvenus. Il peut y avoir plus ou moins de compassion pour ces personnes, mais cela ne change rien au fait que leur présence n'est pas vraiment appréciée.*

*Ici, c'est pareil, quand ils sont discrets c'est bon, sinon on ne les apprécie pas* ». Globalement, il n'y aurait pas de vrai problème entre ces publics. Toutefois, à certains endroits, les habitants se sentent dérangés par la présence de cette population. Il y a d'ailleurs une partie d'entre eux favorables à la mise en place de moyens pour éviter les rassemblements comme les barres métalliques sur les bancs dans les parcs. Cette demande se transforme parfois par des appels à plus de présence policière compte tenu de la peur de la criminalité. Un des enquêtés nous dit à ce propos que cette peur est différente de la réalité : « *Ce qui ne correspond souvent pas à la réalité des rapports de la police, qui ne constatent pas d'augmentation de la criminalité dans ces lieux. Pour certaines personnes, dès qu'il y a un peu plus de bruit et de mouvement sur une place dans la ville, il y a rapidement une peur que la criminalité augmente* » (Entretien, Drobz).

Précédemment, nous avons évoqué une caractéristique de Göttingen, la consommation d'une drogue nommée « *flex* », un composé chimique qui mélange des drogues hallucinogènes, des amphétamines et des antidouleurs. La prise de cette drogue provoque une importante sensibilité, des angoisses, des états psychotiques ou encore de l'agressivité. Cette nouveauté entraîne de nombreux conflits entre les personnes consommatrices et les autres habitants : « *D'une manière générale, on n'aime pas voir des personnes droguées dans les centres-villes. Même s'il y a une volonté de les aider, si elles se font remarquer par des comportements ostentatoires sous influence de drogues, personne ne les accueille avec bienveillance. Avec cette drogue, on a plus de problèmes qu'avant* » (Entretien, Drobz). Néanmoins, ces considérations sont très variables puisque d'autres habitants pensent que les places publiques doivent être accessibles à tous et que chacun peut en profiter à sa guise.

Les employeurs de l'*Opentherapiezentrum*, quant à eux, ne rencontreraient aucun problème, que cela soit sous forme de préjugés ou de discriminations. Ils seraient assez ouverts tant que des problèmes ne surviennent pas comme pour n'importe quelle situation.

Ces mêmes professionnels nous ont fait part d'une difficulté à laquelle ils ont dû faire face lors du déménagement de la structure (de la campagne vers le centre-ville). En 2006, quand leur établissement a été construit, le maire (Union chrétienne-démocrate) a cherché à empêcher la venue de cette institution en centre-ville. Ce phénomène ne serait pas spécifique à Göttingen mais à l'ensemble des petites villes pour les professionnels. Ceux-ci comparent d'ailleurs cet exemple à celui de l'installation d'éoliennes, « *où les gens disent souvent, d'accord, c'est une bonne idée, mais pas près de chez moi* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

Il y a toujours plusieurs images de consommateurs de drogues qui existent, cela dépend également de la médiatisation dans la presse, et du grand public. Ici, à Göttingen, il y a surtout deux quartiers où la consommation publique est plus importante, où des personnes “consomment” et vivent en bas de l'échelle sociale : « *Je sais simplement qu'il y a des quartiers où la police intervient souvent, et où le voisinage n'est pas content, il y a des choses qui sont jetées par la fenêtre, et parfois il peut y avoir même un corps humain qui tombe, mais voilà* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Dans ces espaces, les professionnels remarquent la méfiance et le rejet de ces pratiques : « *Mais d'un autre côté, nous avons ici des patients pour lesquels nous trouvons un stage ou un travail, cela fait partie de nos tâches, et dans ce domaine, c'est différent avec les personnes qui embauchent ou proposent un stage, les patients ne sont pas stigmatisés, et ne sont pas tout de suite perçus uniquement comme des personnes en thérapie, avec des problèmes de drogues, etc.* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

L'image du consommateur a beaucoup changé. Au début du traitement thérapeutique de la dépendance aux drogues, vers la fin des années 1970, il y avait ce qu'on appelait le *junkie* “classique”, dépendant à l'héroïne, et qui n'existerait plus aujourd'hui : « *Il y a évidemment à Göttingen des personnes en détresse et des personnes dépendantes. Avant, il y avait beaucoup de problèmes avec l'héroïne, et beaucoup de morts aussi dus à cela. Mais la police a pu faire sauter ce réseau d'héroïne, et maintenant, il n'y a que très peu d'héroïne qui circule, mais il y a les drogues synthétiques qui l'ont remplacée, comme par exemple le flex/mdpv, qui n'est pas anodin non plus. Les consommateurs se sont orientés dans ce sens maintenant, et aujourd'hui, c'est au premier plan* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). De nos jours, les professionnels ont affaire à des polyconsommateurs « *qui prennent tout ce qu'il y a sur le marché. En tous cas, beaucoup d'entre eux, et ceux qui arrivent ici, n'ont pas du tout l'allure, ou ne donnent pas cette impression. Ce sont des jeunes sympas et charmants, et on est vraiment surpris d'apprendre, qu'ils consomment des drogues* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

## B) Un accompagnement différencié

### B.1) Des processus d'autonomisation et des objectifs communs

Les consommateurs de drogues ont souvent un “éventail” de problèmes plus large que l'addiction. En plus de celle originelle, il s'agit notamment de la délinquance, des dettes, de la désintégration sociale. Selon les enquêtés, ces aspects aident à déterminer le cours de la thérapie

et le soutien à l'élimination de ces problèmes. Ce seraient des facteurs stabilisants pour la motivation et le succès de la thérapie.

Dans la partie concernant le terrain français, nous avons séparé les différentes approches des acteurs du territoire concernant le processus d'autonomisation. Du fait de similarités plus avancées sur le terrain allemand, nous présenterons ce processus pour chacun des établissements. À l'inverse, les structures présentes à Göttingen proposent des accompagnements plus différenciés que sur le terrain français. Il était alors difficile de croiser les données des processus d'autonomisation sachant, par exemple, que l'une des structures enquêtée est un centre de thérapie dans lequel il y a une hospitalisation de plusieurs mois ; le support était alors trop différent pour pouvoir mettre en relief ces processus indépendamment de l'établissement.

Nous avons choisi de débiter avec la structure la plus éloignée de l'addiction, la *Straso*. Comme nous l'avons vu, ses membres interviennent auprès d'une population plus large que les consommateurs de drogues, à savoir les personnes en situation de précarité. Ils accordent une grande importance aux demandes et aux besoins de l'individu : « *Les drogues ne sont donc pas vraiment un sujet à ce niveau-là, lorsqu'on les aborde. Après ça revient tellement souvent* » (Entretien, *Straso*). Pour cela, ils ne partent pas de leurs impressions mais des volontés de l'utilisateur. En ce sens, ils peuvent s'adresser « *à eux pour leur proposer de l'aide, ou tout simplement un échange [...] mais c'est vrai que parfois c'est tout simplement un échange de paroles, un besoin de raconter leurs histoires du moment, et souvent ils sont reconnaissants de l'écoute qu'on peut leur offrir* » (Entretien, *Straso*). Ils s'adaptent à chaque personne et font du "cas par cas". Ils peuvent leur indiquer un endroit où aller prendre une douche, manger ou encore échanger. En ce sens, ils ont un rôle de conseiller et d'écoute.

Cette manière d'agir, disent-ils, entre dans des pratiques de non-jugement et d'acceptation des volontés des individus. Ainsi, les individus font leurs propres choix et les professionnels sont mis à disposition selon les demandes et les situations : « *Avant tout, c'est d'accepter ces personnes telles qu'elles sont, même si elles consomment de la drogue, et de leur faire ressentir que je les accepte ainsi. Souvent, les consommateurs ont un passé destructeur, ont subi des traumatismes, des violences sexuelles, et sont atteints, dans les profondeurs de leur psyché. D'autres ont simplement voulu essayer la drogue, et sont "tombés" dedans, alors qu'ils ont pu faire des études, etc. Mais pour tous, il est important de se sentir acceptés et non pas jugés, pour leur permettre d'accepter l'aide qu'on leur propose. Mais je dois aussi accepter*

*qu'ils refusent mon aide, et n'en veulent pas. Cela ne m'empêche pas de les écouter, et d'écouter attentivement leurs récits. Je me comporte avec eux comme avec toute autre personne, et je pense que c'est très souvent cela qui manque. Les personnes dans la rue, tout comme les consommateurs de drogues, sont souvent fortement stigmatisées, et elles le ressentent au quotidien, ce qui les tire émotionnellement toujours plus vers le bas. Et elles consomment de la drogue pour affronter ce mal-être émotionnel, ce qui les fait entrer dans un cercle vicieux. Pour casser ce cercle, le plus important est alors d'accepter ces personnes telles qu'elles sont »* (Entretien, *Straso*).

Parfois, les demandes sont plus approfondies et peuvent concerner le courrier, c'est-à-dire lire les lettres avec eux ou, pour aller plus loin, les conseiller pour régler certaines affaires liées à ces courriers.

Concernant la consommation de drogues, ces acteurs ne se sentent pas les plus aptes pour parler de cette problématique. Ainsi, ils ont davantage un rôle de conseiller d'orientation : *« Nous savons que beaucoup d'entre elles prennent des drogues, un certain nombre est déjà très abimé psychologiquement par cette consommation, et notre rôle serait plutôt d'envoyer les personnes vers des établissements spécialisés, avec lesquels nous sommes reliés, s'il y a de la demande. Nous pouvons aussi les envoyer vers le centre de conseil et d'aide en matière de drogues »* (Entretien, *Straso*), ces orientations étant facilitées par les connexions existant entre les membres de l'organisation de la *Diakonie*.

Si les travailleurs sociaux partent des volontés des personnes, ils partent également de leur milieu. En effet, ils vont à la rencontre de ce public. Le constat fait par ces professionnels est qu'ils sont souvent éloignés des structures d'assistance. De ce fait, il faudrait appliquer une démarche d'« *aller-vers* ». Cette stratégie n'est peut-être pas la technique la plus intéressante au niveau de l'autonomisation des publics cibles. Toutefois, aller dans l'environnement de l'individu ne veut pas dire l'obliger à entrer dans des démarches. Les professionnels proposent leurs services, comme le conseil et l'écoute, afin d'informer au mieux selon les demandes : *« Nous agissons directement dans la rue, là où les personnes se trouvent. Cela est particulièrement important pour des gens qui ont du mal à se rendre dans des structures d'aide, à aller seuls dans un lieu public pour des démarches administratives, etc. C'est un peu comme si on venait les chercher dans le monde dans lequel ils vivent en ce moment. Et ça nous permet aussi de voir, s'il y a une demande d'aller plus loin, ou si on reste au stade d'un échange ponctuel, ce qui est souvent le cas. Donc, on peut leur conseiller des choses à ce moment-là, et*

*ce sont les personnes elles-mêmes qui voient si elles veulent aller plus loin, changer quelque chose. Nous sommes là pour proposer notre soutien. Le plus important pour nous, c'est d'aller à la rencontre des gens, à l'endroit où ils se trouvent » (Entretien, Straso).*

L'intégration et la réintégration, en Allemagne, se font sur le principe de l'aide à l'auto-assistance. Celui-ci se base sur le soutien et l'exigence. Comme pour le fonctionnement politique, il suit le principe de subsidiarité : le choix de mode de vie est libre ; en revanche, l'individu doit, en échange, assumer ses responsabilités en devenant un membre actif de la collectivité. De ce fait, l'acceptation allemande s'appuie sur la mise à disposition d'outils (ici, les centres de thérapie, les centres de conseils et toutes les autres structures pour l'aide et la réinsertion) mais, parallèlement, l'individu doit respecter la loi et s'intégrer économiquement.

À plus petite échelle, ce principe se remarque au sein des différentes structures. Ce principe d'aide à l'auto-assistance n'est pas mis en application de manière identique entre les établissements. Pour la *Straso*, il est compris comme un accompagnement selon les choix des individus en concomitance avec une proposition plus avancée : *« Toujours le principe de l'aide à l'auto-assistance. Nous donnons aux gens des informations, puis s'ils sont en capacité de gérer seuls la situation, nous les laissons faire, mais s'ils ont besoin de soutien, nous sommes aussi prêts à les accompagner. Nous essayons d'être présents quand il y a vraiment besoin, mais aussi de nous mettre à la bonne distance, pour qu'ils fassent le plus de choses possibles eux-mêmes »* (Entretien, *Straso*). En cela, les professionnels priorisent un fonctionnement sans assistantat même s'ils peuvent proposer un accompagnement plus participatif selon les situations : *« Nos outils sont la parole, l'écoute active, la diffusion d'informations pour gérer une situation donnée, de préférence de façon autonome, ou bien pour faire une demande de soutien pour une démarche »* (Entretien, *Straso*).

Pour enclencher le processus d'autonomisation, les membres de la *Straso* utilisent la parole échangée et le partage de connaissance. Ils peuvent simplement conseiller pour des démarches auprès des autorités ou trouver un lieu de vie. L'autonomie de l'individu est travaillée par le "laisser-faire" ou l'accompagnement dégressif, c'est-à-dire un assistantat dans les démarches de moins en moins présent selon les situations.

Le travail de cette structure, s'il était déjà individualisé, l'est davantage avec l'apparition d'un nouveau type d'intervention : le travail en ambulatoire<sup>363</sup>. Dans ce cadre-là, les salariés

---

<sup>363</sup> Pour rappel, cette intervention consiste en des entretiens en face à face avec des personnes de manière individuelle.

ont un contrat avec le patient ; il y est spécifié le nombre d'heures ainsi que les accords entre les différents partenaires que sont la municipalités et d'autres organismes selon la situation. Le processus d'autonomisation change alors de forme. Si l'individu n'a pas l'obligation d'entrer dans ce travail en ambulatoire, une fois qu'il l'accepte, il est soumis à quelques conditions. Ce sont ces dernières qui cadrent ce processus. Il prend ainsi la forme d'une injonction plus que d'une volonté personnelle.

Cette innovation porte d'ailleurs préjudice au travail de rue : « *Cela crée forcément des conflits dans le sens où le travail dans la rue et le travail ici en accueil du jour, peuvent être difficilement compatibles* » (Entretien, *Straso*). Effectivement, c'est l'ensemble des intervenants qui s'occupent de ce travail en ambulatoire. De fait, lorsqu'un souci apparaît dans les locaux avec un individu qui a accepté ce contrat, il est ensuite difficile de s'en rapprocher à nouveau dans la rue. Cette injonction, liée aux conditions du contrat de cette intervention, entraîne parfois l'effet inverse de celui escompté et éloigne davantage l'individu des structures.

Les membres de *Drobz* engagent le processus d'autonomisation d'une autre manière. La population qu'ils rencontrent est composée à 90 % de personnes qui consomment encore des drogues. Les professionnels de cette structure sont plus dans l'accompagnement à la dépendance que dans le domaine du conseil. Ce "plan de contact" s'appuie sur la distribution de matériel et l'accompagnement dans les démarches administratives, la reconnaissance d'un handicap ou encore d'autres demandes d'aides sociales : « *Oui, c'est exactement ce que je fais ici, de la réduction des risques, éviter que les personnes attrapent une hépatite ou le sida, et c'est pour cela que nous proposons gratuitement l'échange du matériel d'injection ; je donne aussi des petits tubes à ceux qui consomment de la cocaïne, parce que c'est le même problème de transmission des maladies; il y a plusieurs couleurs pour qu'ils puissent les reconnaître, et ne pas les échanger entre eux* » (Entretien, *Drobz*).

Pour cela, les professionnels travaillent autour de l'estime de soi. L'échange est leur outil principal. En se démarquant des préjugés, ils laissent une place importante à chaque individu et à chaque histoire. À partir du constat que ces individus ont des comportements inadaptés en société et qu'ils sont, de fait, rejetés, ils accueillent ces personnes de manière différente.

Pour les aider à retrouver une autonomie spécifique au retour à la vie en société, les professionnels passent par des étapes. À l'arrivée d'un usager, ils s'accordent sur le manque d'autonomie de ces individus dans les démarches liées au quotidien. La plupart du temps, les

débuts de l'accompagnement sont synonymes d'assistance. Ils les conseillent et agissent dans leurs démarches. Plus tard, ils commencent à laisser plus de place à l'utilisateur afin qu'il puisse essayer de se prendre en charge seul. Ces passages sont différents selon l'individu par rapport au temps de réapprentissage. Certains passent par l'intégralité de ce parcours tandis que d'autres vont sauter des phases ou revenir à certaines précédentes : « *Aider pour leur apprendre à s'aider soi-même. Je les laisse d'abord faire tout seul ce qui est à faire. Puis, si je vois que ça se passe bien à l'intérieur de notre cadre protégé, je les laisse toujours gérer seuls, et ne fais que vérifier [...]. En règle générale, je les encourage à gérer eux-mêmes les démarches qu'ils ont à faire, mais je leur propose de vérifier ce qu'ils ont fait, ou d'ajouter éventuellement quelque chose* » (Entretien, Drobz).

Pour les faire entrer à nouveau dans le quotidien, les professionnels mettent en place des projets à plus ou moins long terme. Par les sorties, ils veulent leur permettre de mieux organiser leur temps libre et ainsi diminuer les consommations. En proposant des activités, ils souhaitent éviter aux personnes de penser à leurs problématiques. En interne, ils leur montrent les possibilités d'activités à proximité de leur lieu de vie.

S'ils interviennent à la base des consommations, lorsque l'individu est encore consommateur de drogues, ils peuvent malgré tout les orienter. Le groupement auquel appartient ce centre facilite les passages entre les structures. Ainsi, si un usager souhaite intégrer un espace plus médicalisé, dans un but d'abstinence, il peut être conseillé et accompagné : « *Si quelqu'un veut vraiment s'en détacher, je peux l'envoyer directement à l'étage au-dessus et l'y accompagner* » (Entretien, Drobz).

Toutefois, nous remarquons l'apparition, imposée au niveau national, d'accompagnateurs extérieurs à la structure. Le travail individuel qu'ils fournissent serait très régulier. Ainsi, pour les professionnels de Drobz, cette insistance ne permettrait pas aux usagers d'entretenir ou de redévelopper leur autonomie. L'aspect médicalisé fait alors son apparition dans les structures sociales. Ces accompagnements ne sont pas obligatoires. Les individus font une demande et celle-ci est acceptée ou non par les accompagnateurs qui privilégient un certain type d'utilisateur : les plus jeunes d'entre eux<sup>364</sup>.

Ce centre possède également un bureau, dans un lieu différent, spécialisé dans la prévention. Cette division n'est pas dédiée au même public. Sur demande, ses membres

---

<sup>364</sup> Nous verrons plus en détail cette priorisation dans la partie dédiée à l'accompagnement différencié selon l'âge.

interviennent dans des entreprises, des écoles et dans d'autres structures. Ici, c'est davantage l'éducation par l'information qui est utilisée.

Les objectifs des professionnels du centre sont que les usagers n'aient plus besoin d'eux : « *Notre objectif est de me rendre moi-même inutile, et de les aider à pouvoir tenir debout tout seul. Les amener à revenir sur le marché du travail, et de réaliser qu'ils ont des ressources* » (Entretien, Drobz). Pour mettre en marche ce processus, les professionnels montrent l'importance de la conservation du lieu d'habitation. Si ce lieu se trouve dans des immeubles éloignés du centre-ville ou dans des endroits qu'ils caractérisent comme "difficiles", ils tentent, avec l'utilisateur, d'engager des démarches pour un déménagement.

Ces processus d'autonomisation possèdent des limites, évoquées par les professionnels du centre. D'une part, s'ils pensent que les usagers souhaitent se libérer des drogues, le détachement à leur structure est difficile : « *Nous sommes souvent la seule structure sécurisante dans leur vie. Je ne sais pas s'ils désirent vraiment se détacher de nous. Je crois qu'ils aimeraient bien pouvoir gérer leur vie sans avoir besoin d'aide, mais pour beaucoup, il leur manque le lien avec les autres, ce qui fait qu'ils aiment bien venir ici, puisqu'ils peuvent trouver l'écoute qui leur manque dans leur vie* » (Entretien, Drobz). D'autre part, ils connaissent l'importante probabilité d'aller en prison pour ces usagers. Leur objectif est d'éviter ce passage. Pour cela, ils les accompagnent et les soutiennent au tribunal. Cette démarche s'appuie sur deux volontés : le soutien de l'utilisateur et la présence d'un professionnel. Ce dernier est présent pour soutenir et conseiller à partir du lien de confiance établi. Toutefois, sa présence n'est pas uniquement pour l'utilisateur. Les administrations auraient un comportement différent envers l'utilisateur s'il est accompagné ou non : « *Toutes les personnes que j'accompagne chez l'avocat ou dans une administration, sont des personnes où j'ai l'impression qu'elles feraient plus de mal que de bien en y allant seuls, et la plupart du temps, la présence auprès d'elles d'un travailleur social change aussi l'attitude de la personne qui les accueille dans les administrations* » (Entretien, Drobz). Dans les obstacles de mise en application des processus d'autonomisation, on trouve des problèmes liés à l'individu et des facteurs externes.

Cette structure utilise plusieurs outils. Pour les usagers de drogues, ce sont les dispositifs comme les activités autour de l'estime de soi, de retour au quotidien et la réduction des risques les plus utilisés. Pour ce qui est de la population des « *non-consommateurs* » ou du moins avec un usage perçu comme non problématique (par eux-mêmes ou par la société), les outils utilisés sont plus liés à l'éducation par la transmission d'informations.

La dernière structure enquêtée est le centre de thérapie ouvert. L'objectif principal dans le travail avec les personnes dépendantes, pour les professionnels de ce lieu, est d'aider les usagers à pouvoir gérer leur vie quotidienne. À la différence des établissements précédents, ils accueillent des individus qui viennent de manière volontaire ou par injonction. Ils accompagnent des patients traités d'après ce qui est stipulé dans l'article 35 : « *Remplacer la punition par la thérapie* ». De fait, il y a une partie obligation et une partie motivation personnelle.

Pour cela, il faut faire en sorte d'éviter les dettes, les replis sur soi, « *de redonner aux personnes les bases d'une vie saine dans l'idée de vivre dans l'abstinence* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Dès lors, les professionnels leur donnent « *les moyens de vivre une vie responsable et de pouvoir subvenir eux-mêmes à leurs besoins matériels. Le but est que chacun puisse avoir un travail et un lieu de vie, et des contacts sociaux sains. Et ce qui est important chez nous aussi, c'est que les personnes doivent régler leurs dettes. Pour cela, nous avons un conseiller qui vient une fois par mois dans notre établissement, pour travailler avec les patients concernés à régler leurs problèmes financiers. Les dettes sont un problème dans la vie de la plupart des personnes dépendantes* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). En dehors de cette quotidienneté, leur travail « *consiste à essayer de faire le pas du détachement de la drogue avec eux, et de rattraper un peu le temps qui a été perdu* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

Dans cette optique, les salariés mettent en place des règles comme l'heure du lever, du petit-déjeuner, le sport matinal, le rangement de la chambre, l'entretien des pièces communes comme la salle de sport ou le sauna. Ensuite, sur le temps restant, les usagers doivent participer aux thérapies de groupe et à celles par le travail. Les journées sont conditionnées par un rythme et un agenda. Ce sont les occupations et la quotidienneté qui permettraient de trouver d'autres récompenses que la drogue : « *L'idée est d'avoir une sorte de quotidien normal, à peu près comme la vie "dehors", en essayant de ne pas être trop exigeant, pour ne pas perdre les personnes les plus faibles en route. Il est évident que certaines ne se sentent pas assez sollicitées au début, mais du coup, on a quelques travaux supplémentaires pour les solliciter un peu plus. Et, bien sûr, il y a aussi un temps important de loisir, comme pour tous ceux qui sont dans la vie active* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). C'est d'ailleurs ce temps de loisir qui semble difficile pour les usagers. Il faut réussir à donner un sens positif à ce temps, l'organiser soi-même.

Les professionnels du centre de thérapie ouvert partent du constat que la société impose aux individus de subvenir eux-mêmes à leurs besoins. Pour cela, il est nécessaire d'avoir un travail, un logement et des relations sociales : « *Si nous le pouvons, nous les soutenons volontiers en les aidant par exemple à trouver une formation, un stage, qu'ils puissent avoir un diplôme d'études, s'ils le souhaitent ; pour cela, nous sommes reliés à des institutions qui proposent des cours pour obtenir ces diplômes, etc.* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Dans ce centre, les usagers apprennent à faire l'ensemble des tâches quotidiennes ainsi qu'à maintenir un travail. Ils peuvent également acquérir des aptitudes manuelles, apprendre à se débrouiller seul pour se nourrir, gérer l'argent et les dettes.

À la fin d'une thérapie, les professionnels mettent en place un suivi. Cette catamnèse n'est pas systématique puisqu'elle dépend des ressentis des professionnels à l'égard de l'utilisateur mais également des demandes de ceux-ci. Ces professionnels restent souvent en contact téléphonique pendant quelques semaines avec l'utilisateur pour savoir où ils en sont. Parfois, au bout de six mois, ils reprennent contact pour comprendre le parcours de ces derniers. De plus, une fois par an, en septembre, ils organisent une rencontre des anciens patients avec les nouveaux : « *En général, la date est communiquée, et ceux qui sont encore en lien avec nous, viennent* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Toutefois, ces contacts réguliers et durables sont très rares : « *Ils veulent bien garder des contacts, mais petit à petit, ça se perd quand même. Il n'y en a pas beaucoup qui reviennent à nos rencontres, certains viennent une fois ou deux, mais ne reviennent pas après. Mais c'est bien comme ça, si quelqu'un a réussi à trouver son chemin et à se détacher des drogues, c'est bien aussi de vraiment terminer ce chapitre, et de ne pas le rouvrir tout le temps* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Contrairement aux structures précédentes, les liens pourtant forts pendant le séjour, du fait de contacts très fréquents entre les professionnels et les usagers, sont moins solides dans le temps. Néanmoins, cette indépendance serait assez bénéfique pour les individus lors de la sortie de l'institution.

Pour développer les objectifs prônés par la structure, les salariés mettent en place un certain nombre de projets. La thérapie est en train de changer en Allemagne. Les intérêts des financeurs se modifient et entraînent des changements dans le déroulement des thérapies. Les caisses de retraite priorisent dorénavant la réinsertion par le travail ; elles souhaitent que les personnes reprennent un travail et cotisent à nouveau. Les autres problématiques comme les perturbations psychiques ou personnelles ne sont pas importantes pour ces financeurs. Avant, il y avait un grand nombre de projets à l'extérieur du centre comme des camps d'une semaine dans la forêt. Maintenant, tout est focalisé sur la prévention de la rechute et la réinsertion par

le travail. Par exemple, il existe un programme de seize modules sur la prévention des récidives. Les patients y apprennent à reconnaître les situations à risque et voient comment réagir autrement à celles-ci.

Les professionnels savent que les retours des individus chez eux lors de la thérapie sont de véritables parcours du combattant : « *On se rend compte quand les personnes reviennent parfois d'un week-end ou d'un séjour dans leur cadre de vie habituel, elles peuvent être confrontées à de nouvelles découvertes choquantes, ou redeviennent dépendantes, parce qu'elles retombent dans de vieilles habitudes, et c'est ce que nous désirons éviter* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Pour cela, les bénéficiaires ont à disposition des entraînements spécifiques qui portent sur des animations et des mises en situation.

Pour structurer au maximum le quotidien de ces personnes, les professionnels utilisent différentes étapes de progression au sein de la thérapie. Le traitement peut se faire en plusieurs phases qui comportent différentes étapes. La première phase est le traitement de sevrage classique à long terme, qui dure entre dix-huit et vingt-quatre semaines. Ensuite, une phase de douze à seize semaines s'appuie davantage sur l'orientation vers l'extérieur, qui concerne la réintégration, la recherche de travail ou encore du logement. Ces structures sont modulables dans certains cas : si un usager a indiqué avoir consommé seulement du cannabis et de l'alcool, en règle générale, il a la possibilité d'écourter son séjour, qui ne durera que douze semaines. Dans tous les cas, il n'y a que les demandes de prolongation qui sont réellement acceptées.

Pour ces phases, le centre a un programme standard que tous les usagers doivent suivre. Comme en milieu scolaire, chaque personne est rattachée à un groupe avec lequel elle suit les différentes activités pendant l'intégralité de son séjour. Il y a toujours les mêmes personnes dans ce groupe, accompagnées par le même thérapeute. Des changements sont visibles seulement dans les cas de départ ou d'arrivée d'un patient. Ensuite il y a des groupes à thèmes, comme par exemple la prophylaxie, la prévention de la rechute, l'entraînement aux démarches de recherche de travail, les cours de cuisine ou encore pour apprendre à gérer ses dettes, en fonction des besoins de chaque patient. Dans ces groupes-là, les patients et les thérapeutes changent. Un cours dure généralement entre deux et quatre semaines, deux fois par semaine, parfois plus.

Pour les changements de phases, comme nous l'avons vu précédemment, ce sont les thérapeutes qui décident de ces passages : « *La décision est prise par nous, mais si le patient*

*demande à suivre la deuxième phase, nous thérapeutes, ainsi que les assurances de retraite, l'approuvent dans la quasi-totalité des cas » (Entretien, Opentherapiezentrum).*

La dernière phase proposée est celle de l'adaptation. Les personnes restent 22 semaines mais il y a également la possibilité de rester trois mois de plus pour se réadapter à une vie autonome et indépendante, à trouver un lieu de vie et un travail. C'est le patient qui décide mais, si les professionnels considèrent qu'il serait bien pour l'individu de ne pas être tout de suite en contact avec l'entourage parce qu'il y aurait un risque accru de retomber dans leurs modes de fonctionnement anciens, ils peuvent alors conseiller aux usagers de faire trois mois supplémentaires. Toutefois, il n'y a aucune obligation. Au cours de la période de préparation et de la demande de réadaptation, la décision d'indiquer si une réadaptation en hospitalisation ou en ambulatoire est prise. La situation personnelle initiale du client joue un rôle central.

Nous remarquons un certain nombre d'injonctions au sein de ce centre. Tout d'abord, il y a une charge importante de documents à remplir lors de l'inscription au centre. Cette charge peut être un frein dans la démarche d'un individu. Ensuite, lorsqu'il entre au centre, la journée est très structurée. La journée type commence à 7 heures par le sport, le petit-déjeuner à 7 heures 30, puis le rangement de la chambre. Ensuite, il se retrouve en groupe thérapeutique puis déjeune. L'après-midi est consacrée souvent à la thérapie par le travail. À 16 heures, la journée se termine. Il y a un certain nombre de règles pour les sorties en dehors de ce cadre. Un patient qui arrive au centre n'a pas le droit de sortir la première semaine. Pendant huit semaines, il peut ensuite sortir avec une autre personne de l'établissement. Le centre est défini par les professionnels comme un mélange entre la compréhension et l'encadrement : *« On est professeur principal, nous sommes des interlocuteurs pour toutes les demandes du patient, qu'il s'agisse de règlement de dettes, de démarches administratives, la communication avec la famille, la prise de distance avec la drogue, etc. » (Entretien, Opentherapiezentrum).* Les usagers sont cadrés par des règles et des conditions qui les maintiennent dans une structure sans marge de manœuvre : *« Ce sont les thérapeutes responsables de la thérapie par le travail, ce sont eux qui s'occupent du matériel nécessaire, et qui organisent les différents postes de travail pour toutes les personnes qui participent. Et ce sont eux aussi qui supervisent les patients pendant les travaux » (Entretien, Opentherapiezentrum)*

L'infraction est alors sanctionnée. Les raisons les plus fréquentes sont des rechutes multiples, mais aussi une réflexion insuffisante après une rechute, qui donne l'impression aux professionnels que les personnes ne cherchent pas à l'éviter. Les professionnels nous disent que

ces règles sont importantes par rapport à la population qu'ils accueillent : « *Pour comprendre cela, il faut savoir que nous avons des patients qui ont eu des problèmes avec la justice, et qui, au lieu d'aller en prison, ont obtenu un séjour thérapeutique dans notre clinique. Cela correspond au paragraphe 35 BtMG. Et, bien sûr, certains de ces patients sont venus chez nous, parce que c'est plus agréable que d'être emprisonnés. Ils prétendent participer à la thérapie, mais en réalité, ils ne font que passer le temps jusqu'à leur sortie, et tous les autres s'en rendent bien compte* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

L'exclusion est également menée lorsque les individus apportent des drogues dans l'établissement. Les autres motifs sont la violence, la menace de violence, le vol, ou une conduite inappropriée de façon permanente, ou encore lorsqu'ils n'écoutent pas ce que disent les thérapeutes. Il y a d'ailleurs une règle concernant les personnes qui ont été exclues pour une des raisons citées plus haut : elles doivent attendre trois mois, et peuvent, à la suite de ces trois mois, refaire une demande. L'exclusion est alors partielle, mais le financement de ce type de thérapie peut être refusé à la suite de telles sanctions.

Malgré ce cadre strict et les injonctions liées au séjour, le programme standard peut être individualisé : « *C'est un peu la difficulté dans un tel établissement, que d'un côté on doit et on veut traiter tout le monde de la même manière, pour éviter l'insatisfaction et les sentiments d'injustice. Ça, c'est un peu la règle générale, mais au-delà de ça nous avons aussi la possibilité, en tant que thérapeute de référence, de mettre en place des accords individuels avec nos patients* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Cette demande est ensuite transmise à l'équipe qui décide si cela peut être accepté ou non. La demande la plus courante concerne les ordinateurs : l'ordinateur portable individuel n'est pas admis au centre parce qu'il y a eu des abus ; les usagers ont une salle d'ordinateur accessible à tous, mais certains patients viennent demander l'accès à l'ordinateur personnel pour faire une lettre de candidature : « *Ce sont des petites choses individuelles que nous pouvons gérer avec un peu de souplesse, par exemple aussi pour les sorties et les visites, mais globalement, les règles sont les mêmes pour tout le monde* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). La maladie de la dépendance est un problème personnel et individuel, et, en cela, les professionnels disent qu'ils ne peuvent pas donner les mêmes règles à tous sans souplesse. Pour eux, il est important de pouvoir traiter les personnes aussi comme des individus avec des besoins différents.

Nous terminons l'analyse de cette structure avec les difficultés ressenties par les professionnels. Ceux-ci remarquent la présence de plus en plus importante de la documentation.

Ils sont dans l'obligation de détailler beaucoup de points au sein des rapports, à chaque fois qu'un entretien est passé, même s'il ne dure que très peu de temps. Il faut y inscrire s'ils ont parlé de drogues, de familles et de démarches. Ce fait est présent lorsqu'ils visitent le rangement des chambres puisqu'ils doivent les vérifier en détail pour les droits aux prestations. Mais, la plus grande pression qui pèse sur l'établissement depuis quelques années concerne le chemin vers l'emploi. Dorénavant, le processus de séjour considère que la thérapie doit mener à un retour au travail, et pas seulement à un traitement et à une libération des traumatismes familiaux ou des histoires individuelles.

L'aspect intergénérationnel est un atout perçu par les professionnels. S'il permet aux plus jeunes d'être conseillés et aux personnes plus âgées de développer l'estime de soi, ces liens créés, qu'ils soient d'amitié ou de travail, sont rapidement perdus lorsque les individus quittent la structure.

Le processus d'autonomisation pour ce dernier établissement s'appuie sur l'éducation et la structure. Contrairement aux autres, il est caractérisé par un accompagnement continu qui justifie l'ensemble de cette réglementation.

Le tableau n° 68 fait valoir les méthodes d'accompagnement possèdent des effets sur l'intensité des liens à long terme entre l'individu et les professionnels. Ce n'est pas tant la proximité très régulière qui entraîne des liens intenses. Le champ d'action sanitaire et le niveau de réglementation ne feraient pas naître des liens étroits. Nous aurions pu penser que les individus suivant une thérapie sur du long terme et vivant ainsi au quotidien avec les thérapeutes auraient des liens plus importants avec ces professionnels du fait de cette proximité durable.

Toutefois, les travailleurs sociaux sont davantage perçus comme accessibles par les usagers ; des liens plus intenses se créeraient. De plus, à travers nos entretiens, nous remarquons que les usagers perçoivent davantage le centre de thérapie comme une étape éphémère, contrairement aux usagers des autres structures. Nous savons également que le public accueilli par *Drobz* et la *Straso* est caractérisé par une plus grande précarité que ceux présents à l'*Opentherapiezentrum*. Étant donné qu'il est prouvé que la situation de précarité entraîne des replis sur soi, des pertes de relations et d'autres aspects sociaux, nous pourrions émettre l'hypothèse que les liens des usagers des deux premières structures avec les professionnels sont plus ancrés par rapport à ces situations précaires, plus que par rapport au travail et aux méthodes utilisées.

**Tableau n° 68 : Récapitulatif des processus d'autonomisation et de leurs effets**

| Structures                  | Bases du processus d'autonomisation  | Champ d'action | Fréquence de contact | Réglementation | Intensité des liens à long terme |
|-----------------------------|--|----------------|----------------------|----------------|----------------------------------|
| <i>Straso</i>               | Travail sur l'estime de soi<br>Diminution progressive du système d'assistanat  | Social         | +/-                  | -              | +++                              |
| <i>Drobz</i>                | Travail sur l'estime de soi<br>Diminution progressive du système d'assistanat<br>Individualisation des accompagnements | Social         | +/-                  | -              | +++                              |
| <i>Opentherapie zentrum</i> | Échanges multigénérationnels<br>Travail de groupe<br>Planification stricte du quotidien                                | Sanitaire      | +++                  | +++            | +/-                              |

Nous avons mis en évidence plusieurs types de processus d'autonomisation. Ceux-ci ne diffèrent pas de manière importante, sauf pour le centre de thérapie puisqu'il offre un accompagnement très différent. Il faut que les usagers soient abstinents et qu'ils séjournent au sein du centre. Néanmoins, cet objectif d'abstinence n'est pas spécifique à ce centre. Nous allons voir que ce but est général à l'ensemble des structures étudiées.

### *B.2) Différents types de dépendances*

Avant d'analyser l'objectif commun à l'ensemble des professionnels de l'addiction, nous allons consacrer une section aux différents types de dépendance. Ceux-ci sont évoqués par ces professionnels. Ils leurs permettent de comprendre comment travailler selon les situations.

Des spécialistes ont mis en évidence une liste de symptômes, lors de l'enfance, qui montrent une probabilité plus importante qu'à l'âge adulte, l'individu pourra être dépendant aux drogues. Il y a tout d'abord le fait, qu'en tant qu'enfant, ces personnes ne supportent pas la frustration, pour diverses raisons. Ensuite, il y a les enfants hyperactifs. Puis il y a ceux qui sont sujets aux dépression dès leur jeune âge ; ce n'est pas une dépression qui les empêche, par exemple, d'aller à l'école, mais ils ne parviennent pas à se lâcher et se sentir joyeux, ils sont toujours freinés dans l'expression de leur joie. Enfin, il y a ceux qui sont dans une démarche de « *sensation seeking* », qui ont besoin de se divertir et sont constamment en train de chercher des sensations fortes. Pour eux, les drogues servent à donner un élan "extraordinaire" à leur vie.

Chez une grande partie des patients du centre de thérapie, l'anamnèse permet de voir que le passé familial a souvent été difficile. Pour autant, il ne faut pas généraliser puisque les professionnels ont également des patients qui viennent de familles sans problèmes particuliers où les autres enfants de la fratrie n'ont aucun problème de ce type. Toutefois, l'abandon et l'abus sont assez récurrents, que cela soit dans la famille ou dans l'entourage. À cela s'ajoutent des difficultés scolaires et des relations sociales plus difficiles qui facilitent l'entrée dans des consommations problématiques.

Le récit d'expérience montre que la prise de drogue a facilité le contact et la communication avec d'autres personnes et, plus particulièrement, avec d'autres consommateurs de drogues. Mais le fait de prendre des drogues pendant un certain temps enferme les usagers dans ces mêmes groupes au sein desquels les thèmes de la drogue, de l'illégalité et de la criminalité sont présents ; ces thématiques représentent en réalité une fuite de la réalité. Les usagers chercheraient à se donner une apparence de "fêtard", de personnes "hors du commun". Ce statut n'est pourtant valable que dans le groupe dont ils font partis. Ainsi, ils perdraient facilement leur individualité même avant d'entrer réellement dans la dépendance. En cela, le groupe thérapeutique leur donne une forme de valorisation et d'attention qu'ils recherchaient dès le début de la consommation mais dans une dynamique différente.

L'ensemble des enquêtes s'accordent sur le fait que les individus sont théoriquement indépendants puisqu'ils sont libres de faire leurs choix. Néanmoins, leurs discours glissent ensuite vers la société. Nous vivons dans un système dans lequel ils dépendent de certaines choses comme l'aide sociale ou encore de la manche dans le cadre de la précarité. La dépendance aux drogues est également une dépendance à l'argent puisqu'il faut pouvoir les payer. Cette dépendance serait davantage économique. Ces usagers ont une dépendance aux

propositions d'aide de la ville dans laquelle ils s'inscrivent. Pour eux, ils sont indépendants dans leurs choix mais, par la précarité dans laquelle ils se trouvent, dépendants aux aides financières et à celles répondant aux besoins primaires.

Le travail de ces professionnels s'appuie sur la modification des dépendances. Pour eux, quelqu'un qui a un travail et un logement mais qui ne consomme pas de drogues de manière addictive, possède d'autres dépendances : *« Il doit aller au travail tous les jours pour gagner sa vie, entretenir la famille, les enfants, etc., en fonction du niveau de vie. Ce sont des responsabilités, mais nous en sommes dépendants »* (Entretien, Drobz).

En ce qui concerne le public, il s'agit de l'aider à faire des choix de manière plus éclairée. En cela, les professionnels apportent des informations sur le fonctionnement de certains processus, notamment en ce qui concerne les agences de prestations sociales, et les accompagnent dans ce domaine. Une fois ces conseils donnés, ils espèrent que ces choix, en plus d'être conscients, seront plus autonomes : *« Mon objectif à moi, c'est de les informer suffisamment pour que ces personnes puissent décider de façon éclairée, d'accepter ou non l'aide des institutions. Et si la décision est prise pour demander cette aide, je suis là pour les soutenir et pour qu'elles ne soient pas seules dans leur démarches »* (Entretien, Drobz).

Pour beaucoup d'usagers, la drogue représente un poids important, et ils s'en servent comme d'un médicament pour pouvoir tenir au quotidien. Pour certains, c'est un moyen de s'amuser, notamment au début, mais, quand ils se rendent compte qu'ils ne peuvent plus faire sans, quand la pression intérieure, le besoin de se fournir de la drogue deviennent tellement forts, ou encore, quand les symptômes de sevrage se font sentir, cette addiction devient un stress et une charge importante. Tout dépend de la manière de consommer. Ceux qui prennent des drogues pour faire la fête, dans des festivals ou dans une discothèque, le font pour la sensation d'ivresse ou d'euphorie que leur procurent ces substances. Ceux-là ne sont pas encore tous touchés par la dépendance. Un des autres facteurs est celui de la fréquence à laquelle ils recherchent ce type de sensations, et *« si ça se produit une ou deux fois par an dans un festival, où on consomme de l'ecstasy, on ne peut pas encore parler de risque de dépendance. C'est la sensation momentanée d'euphorie qui compte, et c'est tout. Mais si on recherche cette sensation de plus en plus, et qu'on n'a pas envie de quitter cet état, il faut commencer à réfléchir et demander de l'aide. Mais quand on arrive au point où on ne peut vraiment plus faire autrement que de consommer des drogues, je pense que c'est très lourd et difficile à vivre pour les consommateurs »* (Entretien, Drobz).

Les degrés de dépendance se rattachent à la fréquence, au contexte, à l'environnement, ou encore à l'ancienneté de consommation. Tous ces points sont très importants pour nos enquêtés. Ils modifient la manière, la méthode d'accompagnement ainsi que la durée de celui-ci. Ces différents procédés ont tous le même objectif final : l'abstinence.

### *B.3) Un objectif généralisé d'abstinence*

Dans le cadre de l'aide professionnelle aux usagers de drogues et dans celui de l'auto-assistance, l'objectif d'une abstinence totale des substances addictives n'est plus valable. Les approches sont de plus en plus orientées vers les besoins individuels. Ce débat n'est pas tout à fait nouveau. Depuis un certain temps déjà, les experts discutent de l'orientation vers l'abstinence comme objectif thérapeutique de premier choix dans le conseil et le traitement des personnes souffrant de problèmes de dépendance : « *Mais l'objectif principal est quand même l'abstinence, et de pouvoir organiser sa vie le plus possible de façon responsable et financièrement indépendante* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). En outre, dans certains contextes d'aide aux toxicomanes, par exemple dans la réhabilitation médicale (traitement de sevrage) et dans l'auto-assistance, l'orientation vers l'abstinence est toujours considérée comme l'objectif primordial : « *La plupart des établissements aujourd'hui exigent l'abstinence, et il n'en existe pas où des personnes âgées et dépendantes peuvent vivre et être soignées* » (Entretien, *Drobz*).

Cependant, les objectifs axés sur l'abstinence se sont clairement différenciés et ont acquis une nouvelle importance. Depuis 2001, les professionnels de l'aide aux usagers travaillent selon le système d'objectifs du Centre allemand pour les questions de toxicomanie (*Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS*), qui connaît différents objectifs, partiels jusqu'à l'abstinence permanente<sup>365</sup>. Dans la pratique, d'autres options ont été établies en plus de celle de l'abstinence comme premier choix. Ce qui est nouveau, c'est qu'elles ne sont pas fondamentalement basées sur un objectif à long terme d'abstinence totale. La pratique du travail sur les addictions s'oriente plutôt vers des objectifs tels que :

- l'abstinence partielle (liée à certaines substances addictives) ;

- l'abstinence ponctuelle (orientée vers une occasion situationnelle de consommation), comme pour le centre de thérapie ouvert qui comptabilise « 30 à 40 % [d'usagers qui] *ne vivent*

---

<sup>365</sup> Rapport de synthèse du Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2001), « Ziele und Aufgaben der Suchtkrankenhilfe », *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe*, Hamm, pp. 14-16.

*plus comme avant. Ce qui ne veut pas forcément dire qu'ils sont complètement abstinentes, mais qu'ils ont un travail et s'investissent dans une nouvelle vie après la thérapie* » (entretien, *Opentherapiezentrum*) ;

- l'abstinence contrôlée, qui vise à obtenir une réduction des quantités, ou l'abstinence dans le cadre d'une médication permanente continue (par exemple, en cas de substitution, de diagnostics psychiatriques supplémentaires ainsi que de cannabis thérapeutique ou l'accompagnement de la consommation dans le cadre de la réduction des risques).

La directive de traitement « *Troubles liés à l'alcool* » (AWMF 2015) a également réagi à ces évolutions et continue de recommander l'abstinence comme objectif thérapeutique de premier choix pour les personnes dépendantes de l'alcool. Elle met également l'accent sur les mesures de réduction de la consommation et des risques en cas d'usage nocive d'alcool<sup>366</sup>.

Les contextes de ces débats et les développements dans le domaine de l'aide professionnelle aux usagers et de l'auto-assistance sont aussi complexes que leurs manifestations et leurs courants.

Les approches de réduction des risques ont conduit, par le passé, à diverses mesures qui ne visent pas, en premier lieu, l'abstinence. Les mesures, telles que la création de salles de consommation, visent à réduire les conséquences sanitaires et sociales néfastes de la consommation de drogues pour les personnes concernées et pour la société dans son ensemble. Les mesures de réduction ne sont pas principalement dirigées contre la consommation mais contre ses conséquences négatives, telles que l'infection par des maladies transmissibles ou même le rejet social.

Le traitement assisté par substitution, dans lequel un médicament doit remplacer la drogue, fait partie intégrante de la thérapie médicamenteuse et a pour objectif l'abstinence (au terme de la substitution). Dans la pratique, l'élargissement du traitement, axé sur l'abstinence, à un traitement de substitution en continu et régulier (sans arrêt potentiel) est discuté et souhaité par certains experts, dont les professionnels de *Drobz*.

---

<sup>366</sup> Ligne directrice S3 (2020), « Dépistage, diagnostic et traitement les troubles liés à l'alcool », n° de registre AWMF 076-001, Société allemande de psychiatrie et Psychothérapie, psychosomatique et Neurologie (DGPPN), Société allemande de recherche sur les addictions et les thérapies (DG-SUCHT).

Les besoins de traitement des personnes souffrant de problèmes de dépendance sont devenus plus individuels et différenciés. Par conséquent, les approches de conseil et de traitement ainsi que les offres pour les problèmes de dépendance sont également plus larges et plus individuelles. L'élaboration des objectifs est déterminée par les aspects diagnostiques et par les conditions des établissements, par exemple celles fixées par les prestataires de services qui définissent l'abstinence comme l'objectif du traitement.

La question des objectifs est également liée à la discussion sur le « *travail sur les dépendances axées sur les objectifs* », en rapport avec l'approche de Joachim Körkel : « *Le travail sur les addictions à cible ouverte consiste à travailler avec les personnes pour modifier leur consommation problématique de substances vers l'objectif qu'elles se sont fixé* » (Körkel, 2014, p. 167). Cette approche combine les deux options : l'abstinence et la réduction de la consommation. Elle se fonde systématiquement sur les objectifs et les décisions des usagers et prévoit des traitements d'abstinence et de réduction pour toutes les substances concernées. Depuis, les offres de « *consommation contrôlée* »<sup>367</sup> ou de réduction de la quantité d'alcool ont fait leur apparition dans le domaine de l'aide aux sans domicile fixe ainsi que dans les mesures d'intervention précoce.

La tentative d'élargir l'éventail des services de conseil et de traitement dans le domaine de l'aide aux toxicomanes a également conduit à l'expansion des services de détection et d'intervention précoces tels que le programme SKOLL (entraînement à la maîtrise de soi), FreD (intervention précoce auprès des primo-consommateurs de drogues) ou HaLT (*Hart am Limit*) ainsi que des interventions à court terme. Ces différentes mesures visent à atteindre les personnes concernées à un stade plus précoce. Ici, il s'agit également de les atteindre et de les accompagner à un stade de consommation à risque ou «abusif» qui ne nécessite pas un objectif d'abstinence. Les mesures commencent par une tentative de réduction de la consommation, mais comprennent également des aides à la motivation pour l'abstinence.

Ces dernières années, une attention croissante a été accordée au phénomène d'auto-guérison dans la dépendance à l'alcool. L'auto-guérison correspond à une personne qui ne

---

<sup>367</sup> Le programme allemand kT a été lancé par le professeur Dr. Joachim Körkel. Cette approche ne vise pas à créer une alternative à l'abstinence mais il s'agit de prendre les usagers là où ils sont et de les accompagner vers un changement. Dans ce modèle, l'apprentissage de la consommation contrôlée s'effectue par le biais d'un programme en 10 étapes (bilan de sa consommation d'alcool, stratégies pour atteindre les buts fixés, etc.). Il existe des programmes ambulatoires individuels ou en groupe, ainsi qu'un programme d'auto-apprentissage en 10 étapes. Pour plus d'informations, voir [www.kontrolliertestrinken.de](http://www.kontrolliertestrinken.de).

présente plus les critères de dépendance pendant douze mois sans aide professionnelle. Pour autant, elle ne signifie pas l'abstinence. Seule une partie opte pour l'abstinence, les autres trouvent un rythme de consommation cliniquement "acceptable". Selon les études de Rumpf *et al.*, le taux d'auto-guérison de la dépendance à l'alcool en Allemagne est de 53 %<sup>368</sup>

Ces volontés, comme l'auto-assistance à « *bas seuil* », ne dévalorisent pas le chemin personnel vers l'abstinence, qui est soutenu avec beaucoup de conviction par la majorité des membres de l'auto-assistance. Cette coexistence entre deux modèles est visible au sein du centre Drobz : « *L'orientation va globalement dans le sens de l'abstinence, mais là où j'interviens, j'essaie simplement d'éviter que les personnes ne meurent. Tous mes collègues travaillent dans l'objectif de l'abstinence, dans le but de faire en sorte que les personnes puissent vivre une vie sans drogues. À mon niveau, la question de l'abstinence n'est pas au centre, il s'agit de survivre le plus sainement possible tout en consommant de la drogue mais après c'est toujours l'abstinence pour plus tard, c'est ce que l'on souhaite* » (Entretien, Drobz).

Les questions actuelles autour de l'abstinence en Allemagne concernent les différentes accentuations de l'abstinence, à savoir si elle doit être un objectif ou un processus.

#### *B.4) Un accompagnement différent selon l'âge*

À partir de nos analyses, nous nous sommes aperçue que l'Allemagne mettait en place une coexistence de deux modèles, celui sanitaire avec l'abstinence et celui de la réduction des risques. Au sein des structures du social comme la *Straso* et *Drobz*, ces deux approches sont visibles puisqu'elles concernent, de prime abord, la réduction des risques mais sont liées à des établissements médicaux au sein de leur organisme d'appartenance. À l'inverse, les structures plus sanitaires se basent davantage sur une seule de ces stratégies, le traitement menant à l'abstinence.

Celles sociales sont accessibles librement, gratuitement, sans rendez-vous ni inscription. Celles sanitaires possèdent des conditions d'entrée plus strictes avec un accès payant. De fait, des démarches sont à entamer afin de pouvoir financer la thérapie. Synthétiquement, nous pourrions dire que l'approche de réduction des risques est gratuite et celle de l'abstinence payante (même si elle est très souvent financée par des organismes). Ce constat peut être justifié par le fait que l'approche sanitaire est caractérisé par un accompagnement à long terme et

---

<sup>368</sup> RUMPF Hans Jürgen (2010), « Selbstheilung bei Abhängigkeitserkrankungen: Was kann man von ihnen lernen? », *Conférence scientifique annuelle* [Online], et RUMPF Hans Jürgen (2000), « Fachzeitschrift Sucht », *Hogrefe*, vol. 46, n° 2, avril, pp. 9-17.

quotidien (séjour), contrairement à l'accompagnement plus ponctuel de l'approche de réduction.

La prévention, et plus précisément celle précoce, est un point primordial de la politique de lutte contre les drogues en Allemagne. La priorité est envers les populations les plus jeunes. C'est en cela que l'accompagnement dans ce cadre est différent selon l'âge des consommateurs. Nous n'avons pas défini de tranches d'âge précises. Nous nous arrêtons à un découpage entre les plus jeunes et les plus âgés. D'après les discours des enquêtés, les plus jeunes seraient les moins de 30 ans, et les plus de 45 ans. Pour les 30-45 ans, ce sont davantage les parcours de vie qui permettront au professionnel de les "classer" dans l'une ou l'autre des catégories.

Pour les personnes les plus âgées, les professionnels privilégient l'approche de réduction des risques plutôt que celle de l'abstinence à travers les établissements sanitaires. L'ancienneté dans la consommation et la précarité seraient des freins au sevrage. Le retour au quotidien normé ainsi qu'à une autonomie complète serait compliqué : *« Non, pas tout le monde, il y en a qui sont trop abimés par les drogues, et ne peuvent plus s'en sortir seuls. Beaucoup d'entre eux vieillissent plus rapidement, c'est-à-dire que le corps d'une personne de 30 ans qui dépend de drogues ressemble plutôt à un corps de 50 ans. La consommation amène un vieillissement beaucoup plus rapide, et si certaines régions du cerveau ont été touchées, la personne peut ne plus être en mesure de devenir autonome. On ne peut à ce moment-là que la rediriger vers des institutions qui seront mieux à même de s'occuper d'elle »* (Entretien, Drobz).

Ainsi, pour les 30-45 ans, les éléments comme l'ancienneté et la fréquence de consommation, le parcours de vie, les troubles psychiatriques et les volontés de l'individu seront les déterminants de leur classification dans cette catégorie. Par exemple, une personne ayant 35 ans, polyconsommateur depuis 15 ans, vivant à la rue depuis le même temps sera affecté au groupe des personnes les plus âgées du fait de l'ancrage dans une situation de consommation et de précarité ; cet ancrage est considéré comme un frein au retour à l'autonomie et à la vie quotidienne normée : *« Les personnes avec lesquelles je travaille ont en moyenne 45 ans, et je pense que ça joue aussi. Du coup, ceux-là, on les garde sur le long terme. On sait qu'ils sont à la marge et, souvent qu'ils y resteront, c'est devenu une partie d'eux »* (Entretien, Drobz). À l'inverse, une personne du même âge qui est entrée dans une trajectoire de consommation récemment, précaire ou non depuis peu de temps, se verra affectée au groupe des plus jeunes.

**Tableau n° 69 : Récapitulatif des types d'accompagnement selon l'âge**

|                                       | <b>Accompagnement des plus jeunes</b>       | <b>Accompagnement des plus âgés</b>     |
|---------------------------------------|---|---|
| <b>Orientation des professionnels</b> | Vers les structures médicalisées            | Vers les structures sociales            |
| <b>Volontés des usagers</b>           | Accès aux structures sanitaires et sociales | Accès aux structures sanitaires         |
| <b>Volontés politiques</b>            | Approche sanitaire, Abstinence              | Approche sociale, Réduction des risques |

Ainsi, les objectifs des professionnels pour ces populations plus âgées seraient axés sur la réduction des risques et des consommations sans, pour autant, espérer l'abstinence. Toutefois, si l'individu demande à emprunter ce chemin, le professionnel ne lui refuse pas cet accompagnement. Comme nous l'avons dit plus haut, il n'y a aucune structure pour les personnes âgées et dépendantes.

Même si les centres de thérapie acceptent ces individus, il faut que les organismes de financement acceptent de payer cette thérapie. Cependant, la caisse des retraites, l'un des plus grands financeurs de ce type d'accompagnement, a moins d'intérêt à financer ces personnes plus âgées ; le retour à l'emploi est plus difficile et les chiffres montreraient un taux de rechute très élevé. Pourtant, ceux-ci sont les plus volontaires pour entrer dans ce parcours sanitaire vers l'abstinence.

Pour les plus jeunes, l'accompagnement des professionnels se focalise sur le retour à une vie sans drogue. Le moindre ancrage entraîne une espérance plus grande de la part des professionnels au retour à une vie "stable". Ainsi, lorsque des individus assez jeunes entrent dans des structures sociales de réduction des risques comme le centre *Drobz*, les professionnels les orientent assez rapidement vers des établissements sanitaires : « *Il y en a qui ont une vingtaine d'années, mais en règle générale j'essaie de rediriger ceux-là dans des établissements plus adaptés, pour éviter qu'ils restent ici, dans ce milieu* » (Entretien, *Drobz*). Chez les personnes plus âgées, nous avons montré qu'elles peuvent s'ancrer dans un parcours de réduction des risques et demander à suivre un accompagnement plus sanitaire vers l'abstinence.

À l'inverse ici, les plus jeunes n'ont pas ce choix. Lorsqu'ils entrent dans une structure de réduction des risques<sup>369</sup>, ils sont rapidement réorientés vers des structures sanitaires. L'objectif national est de les "récupérer" avant qu'il ne soit trop tard, avant que l'ancrage dans la consommation et/ou la précarité soit trop important. Ils ne peuvent donc pas intégrer ce type de structure à long terme.

Cet accompagnement différencié montre ainsi que la réduction des risques est utilisée pour les individus "sans espoir", tandis que l'approche sanitaire, avec l'objectif d'abstinence, serait pour les individus jeunes pour lesquels la société a l'espoir de les voir se réintégrer.

## C) Partenariats et difficultés locales

### C.1) Une formation obligatoire

En Allemagne, l'accès aux emplois concernant l'aide aux personnes dépendantes aux drogues est conditionné par des formations : « *Un autre changement concerne la formation des thérapeutes, qui doivent aujourd'hui être spécialisés, alors qu'avant, il suffisait d'être travailleur social, et on apprenait ensuite sur le tas le travail spécifique avec des personnes dépendantes aux drogues. Maintenant, tout le monde est obligé d'avoir une formation complémentaire de trois ans, ou de faire directement des études de psychothérapeute psychologique. Et là aussi, la caisse de retraite a beaucoup poussé pour que tout le monde ait une formation adaptée* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

L'enseignement et la formation complémentaires en matière de prise en charge des usagers de drogues sont basés sur la compréhension bio-psycho-sociale d'une maladie de dépendance et de ses conséquences.

Dans le système d'aide, très développé, différencié et en même temps en réseau en Allemagne, la formation avancée est élémentaire : « *En Allemagne, quand on travaille en tant que conseiller avec des personnes dépendantes, on a besoin d'avoir une formation complémentaire autour de la dépendance, pour pouvoir avoir des entretiens individuels avec les personnes, ou bien une autre formation complémentaire reconnue, comme par exemple la thérapie comportementale ou thérapie par la parole, ce sont les conditions, ou bien on doit être psychologue* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Les employés ont besoin de connaître les

---

<sup>369</sup> Nous n'incluons pas les salles de consommation à moindre risque. Nous n'avons pas pu étudier ce phénomène dans ce type de dispositif, à savoir si les individus les plus jeunes sont réorientés vers des structures sanitaires (pour aller vers l'abstinence), ou s'ils ont le choix.

bases de la toxicomanie et de l'abus de substances addictives. Il existe différentes organisations et institutions en Allemagne qui proposent des formations et des cours de perfectionnement pour les emplois autour de cette thématique. Ces cours sont présentés par les associations membres du DHS et, dans certains cas, par les bureaux de l'État.

Il existe trois types de formations pour travailler avec ce public : la formation continue la formation de perfectionnement et la formation liée à la pratique. La première dure trois ans et permet l'acquisition d'un diplôme de thérapeute. La seconde est davantage complémentaire lorsque l'individu est, par exemple, travailleur social, et qu'il souhaite travailler auprès de ce public spécifique.

La formation continue élargit les connaissances spécialisées et la capacité d'action des personnes qui conseillent, soignent ou accompagnent les personnes dépendantes. On veille à la qualité du travail dans les centres d'aide à la recherche. Le perfectionnement extra-professionnel de trois ans pour devenir thérapeute auprès des usagers de drogues s'appuie sur des cursus orientés vers la « *psychologie des profondeurs* » ou la thérapie comportementale selon les critères de sélection pour l'examen de la formation continue des thérapeutes de groupe et individuels dans le domaine de la rééducation médicale des toxicomanes (conformément aux annexes 1 et 2 de l'accord « *Maladies de dépendance* » du 4 mai 200, dans sa version du 23 septembre 2011).

Des assistants et pédagogues sociaux, des psychologues ou des médecins acquièrent des compétences thérapeutiques dans 600 unités d'enseignement présentiel. Une formation complémentaire complète est nécessaire afin de pouvoir répondre de manière adéquate aux exigences professionnelles et personnelles qui leur sont imposées lors de la réadaptation médicale ambulatoire, à temps plein ou hospitalière des personnes usagères de drogues.

Les formations de perfectionnement intègrent les évolutions du cadre juridique. Elles véhiculent l'expertise scientifique actuelle et les tendances sociales dans le comportement des consommateurs. Ces fonctions sont obligatoires, même pour les personnes ayant suivi le cursus de trois ans. Elles ont pour objectif de ne pas créer d'écarts entre les accompagnements selon les générations. Elles permettent l'harmonisation des pratiques dans un contexte spatio-temporel spécifique.

**Tableau n° 70 : Exemple d'un tableau clinique pour le cannabis, les opiacés et la cocaïne**

|  Hôpital universitaire<br>Hamburg-Eppendorf<br>Clinique et polyclinique de psychiatrie et de psychothérapie |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Aperçu du tableau clinique   |   |  |  |
|  | Dépendance au cannabis  | Dépendance aux opiacés   | Dépendance à la cocaïne  |
| Prévalence au cours de la vie  | ▪ 25,6 %  | ▪ 1,9 %  | ▪ 3,3 %  |
|  | ▪ 0,4 % (Dépendance selon le DSM-IV)  |  |  |
| Prévalence sur 12 mois   | ▪ 4,6 %   | ▪ 0,3 %  | ▪ 0,7 %  |
| Ratio Hommes/Femmes  | ▪ 2 / 1   | ▪ 2,8 / 1  | ▪ 2,5 / 1  |
| Âge de l'apparition  | ▪ Dès l'âge de 11 ans, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes, le plus souvent entre 15 et 16 ans.  | ▪ Dès l'âge de 12 ans, mais surtout entre 15 et 25 ans.                                  | ▪ Dès l'âge de 11 ans, mais surtout entre 21 et 25 ans.  |
| Comorbidités importantes   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres dépendances</li> <li>▪ Risque de troubles affectifs 2,9</li> <li>▪ Risque de schizophrénie multiplié par 6</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cannabis 47 %</li> <li>▪ Alcool 24 %</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cannabis 40 %</li> <li>▪ Alcool 37 %</li> <li>▪ Troubles bipolaires 20 %</li> <li>▪ Troubles de la personnalité 47 %</li> </ul> |

Source : GOUZOU LIS-MAYFRANK Euphrosyne et SCHERBAUM Norbert (2013), « Kapitel 3: Drogenabhängigkeit », in VODERHOLZER Ulrich et HOHAGEN Fritz (sous la dir. de), *Therapie Psychischer Erkrankungen*, Urban & Fischer, Munich, p. 50.

Les formations liées à la pratique sont proposées en grand nombre et à des degrés divers. Par rapport aux formations continues, elles se limitent à certains aspects de la prise en charge des usagers de drogues et/ou de sa prévention, par exemple le tableau clinique de la toxicomanie (tableau n° 70), la communication avec les toxicomanes ou les conseils et l'atteinte de divers groupes cibles. Les associations professionnelles d'aide à la toxicomanie, les associations d'aide sociale gratuite et diverses institutions de formation continue élaborent, à cet effet, des offres de formation continue.

L'association fédérale AWO propose des formations pour l'engagement volontaire dans l'accompagnement des dépendances. Un bloc thématique sur « *l'accompagnement des dépendances sur le lieu de travail* » est intégré. La formation est reconnue comme un congé éducatif.

Depuis de nombreuses années, le *Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.* (association d'aide aux toxicomanes) apporte une formation complémentaire pour aider les usagers de drogues sur le lieu de travail. Le programme de formation comprend trois semaines de cours (90 unités d'enseignement) et un stage d'une semaine dans une structure d'accompagnement aux usagers.

Sous l'égide du *Gesamtverband für Suchthilfe* (GVS Association générale d'aide aux toxicomanes), 25 organisations des Groupes de travail des États protestants pour l'aide aux toxicomanes (ELAS), des Églises membre l'œuvre diaconale et des associations d'entraide affiliées proposent la formation : « *Travail bénévole dans le domaine de l'aide aux toxicomanes - selon les normes du GVS* ».

L'aide aux usagers de drogues en entreprise est une nouvelle focale en Allemagne. En fonction de la taille, de l'utilisation des ressources et du besoin opérationnel de conseil et d'aide, des assistants en addiction à temps plein, à temps partiel ou bénévoles peuvent être chargés de cette tâche. Alors que les assistants en toxicomanie à temps plein ont généralement leur propre formation (par exemple, travailleurs sociaux, avec une formation liée à la pratique, psychothérapeutes, professionnels de la santé), les bénévoles sont généralement des employés de l'entreprise qui doivent fournir la preuve d'une formation supplémentaire dans le domaine de l'aide aux dépendances.

### *C.2) Des partenariats pluriels*

L'ensemble de ces structures est en lien étroit. À Göttingen, il existe des rencontres régulières de tous les établissements du secteur social. S'ajoutent à cela des contacts hebdomadaires avec les hôpitaux. Les structures enquêtées organisent, toutes, des temps de rencontres où elles invitent les différents acteurs de terrain ainsi que des intervenants extérieurs et des conférenciers. D'un autre côté, les contacts et les partenariats sont plus fréquents entre les structures membres de la *Diakonie*. Généralement, les patients du centre de thérapie ouvert sont orientés par le centre de conseil en matière de drogues, les hôpitaux ou encore les organismes de financement (caisse de retraite, par exemple). Si ce sont les travailleurs sociaux des centres d'aide et de conseil en matière de drogue, des prisons et des hôpitaux qui leur indiquent les établissements sanitaires lorsqu'ils considèrent qu'il est adapté à la demande ainsi qu'à la personne, il y a également des personnes qui cherchent directement par elles-mêmes les établissements qui proposent des thérapies aux personnes dépendantes

Ainsi, l'orientation reste variée malgré certains cheminements privilégiés. En dehors des rapports entre nos structures d'enquête, les établissements ont un grand nombre de partenariats comme des structures moins spécifiques aux consommateurs de drogues, les lieux de formation ou les entreprises.

Il y a un centre d'aide et de conseil en matière de drogues dans le centre-ville de Göttingen, qui existe depuis de nombreuses années, avec une « *boutique de contact* »,

où des personnes qui ne sont pas encore prêtes à sortir de la drogue, peuvent venir manger, boire un café, chercher des seringues propres, être orientées vers l'ensemble des partenaires. Au même endroit, il y a aussi un lieu de thérapie en ambulatoire. Ensuite, un certain nombre d'institutions font un travail social d'aide et de soutien. Par exemple, « *Nouveaux Chemins, Nouvelles Chances* », est une organisation à but non lucratif pour aider les personnes qui n'arrivent pas à gérer leur vie de façon indépendante, en les accompagnant chez le médecin, en les aidant à trouver un logement, ou toute autre démarche qu'elles ne peuvent pas faire seules. Un autre organisme, nommé « *Une nouvelle chance* », accueille des personnes dépendantes qui ont eu des problèmes de délinquance et qui peuvent bénéficier de conseils pour se loger.

Göttingen est très équipé à ce niveau-là, avec au moins quatre ou cinq établissements d'aide à ce public. En ce qui concerne la cure de désintoxication, c'est la clinique « *Asklepios* », puis celle universitaire. « *Asklepios* » propose de la désintoxication qualifiée, puis une thérapie spécialement pour des personnes dépendantes avec des traumatismes. Il y a aussi un grand nombre de propositions d'aide, même s'il n'y a pas de lieux officiels de consommation.

Il existe, de plus, des partenariats avec le centre de migrants, des organismes qui soignent les personnes sans sécurité sociale, la mission de la gare et d'autres. En dehors des partenariats, il y a un vrai réseau local entre les différentes structures. Cet aspect n'est pas une particularité de Göttingen et serait général au pays.

### *C.3) Les relations Polices/Professionnels de l'addiction*

Le réseau dont nous avons parlé précédemment est également visible entre les professionnels de l'addiction et ceux de la police. Néanmoins, il n'est pas aussi présent en fonction des structures. Les échanges sont plus fréquents avec certaines d'entre elles par rapport à des éléments que nous allons développer.

Tout d'abord, les relations les plus installées entre ces deux corps de métiers sont avec l'*Opentherapiezentrum*. En plus d'échanges réguliers, certains membres de la police rencontrent régulièrement les professionnels de ce centre pour échanger sur des usagers. Ces dialogues ne sont pas centrés sur les faits de délinquance de l'individu mais davantage sur son histoire lors de cas particuliers. Les policiers viendraient discuter pour donner des conseils sur les comportements de l'utilisateur, à savoir comment sont ses réactions ou encore les différentes étapes par lesquels il a pu passer : « *L'échange avec la police se passe bien. Celle-ci est venue dans notre établissement pour informer les patients ou nous informer sur un patient. Un des commissaires vient assez souvent chez nous, pour nous conseiller dans certains cas*

*spécifiques* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Cette relation n'est pas unilatérale puisque les membres du centre répondent également à des demandes de la police, lorsque, par exemple, ils sont à la recherche d'une personne ou d'informations : « *Quand la police cherche une personne, elle peut aussi s'adresser à nous, et demander si cette personne se trouve chez nous, et, dans ce cas, nous sommes évidemment obligés de coopérer, même si nous sommes soumis au secret professionnel* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*). Toutefois, cet équilibre serait moins visible depuis le départ en retraite d'un des commissaires de police. Il était en charge de cette relation par volontariat. Ainsi, son remplacement n'a pas donné lieu à la continuité de ces échanges puisqu'aucun membre de la police ne viendrait informer les patients ni les professionnels. Dorénavant, ce rapport serait moins réciproque.

Pour faciliter ces échanges, c'est le chef du centre qui s'occupe de cette relation. Il répond ainsi aux demandes de la police afin de ne pas mettre en porte-à-faux les professionnels du centre par rapport aux patients. L'*Opentherapiezentrum*, malgré la diminution des échanges de la police vers le centre, continue d'entretenir le rapport inverse : « *C'est l'affaire du chef. Elle a un bon contact avec la police des stupéfiants, et il y a des échanges. Je donne un exemple : il y a quelques années en arrière, il y avait fréquemment des cambriolages de voitures dans le quartier ici, et à ce moment-là, la police vient d'abord chez nous et demande si cela peut concerner des personnes du centre. De notre côté, nous réfléchissons aux personnes qui sont dehors le soir, et c'est comme ça que la collaboration se fait* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

Ces demandes, de la part de la police, reste cependant assez rares. En effet, lorsqu'un individu souhaite faire une thérapie dans un centre, il est inhabituel que les professionnels conseillent à l'utilisateur d'aller dans un centre de sa ville. L'objectif de cet éloignement géographique est d'éviter le rapprochement avec le milieu dans lequel l'individu vivait, souvent avec des implications dans le milieu de la drogue : « *La coopération avec la police est bonne. Il faut dire aussi que les personnes qui viennent chez nous ne sont généralement pas des habitants de Göttingen, puisqu'il n'est pas vraiment conseillé de faire une thérapie dans la ville, dans laquelle on vit habituellement, et où on a été impliqué dans le milieu de la drogue. Cela ne sert à rien. On conseille toujours de faire la thérapie ailleurs que dans le lieu de vie. C'est d'ailleurs le même problème quand une personne de Hanovre vient faire sa thérapie chez nous à Göttingen, et retourne ensuite à Hanovre. Ça n'a pas de sens. Nous avons 45 places dans notre établissement, et nous avons rarement des personnes qui viennent de Göttingen. Tous les autres viennent des environs* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

Quant aux relations entre les membres du centre *Drobz* et ceux de la police, elles restent plus discrètes. Un lien ancré est présent entre l'interlocuteur de la police et les professionnels du centre. Depuis quelque temps, ces salariés ont un accord avec la police qui stipule que celle-ci ne doit pas intervenir dans les lieux du centre sans préavis. Dans ces cas-là, la police intervient assez rapidement puisqu'elle sait que ces demandes sont assez urgentes. Effectivement, les membres de la police savent que ces professionnels appellent uniquement lorsque la situation dégénère et qu'ils n'arrivent plus à s'en sortir seuls ; ils savent qu'ils sont le dernier recours de ce type de structure.

Cet accord a été demandé par les membres du centre pour protéger les usagers. Ceux-ci sont conscients que ces individus, lorsqu'ils viennent dans leur structure, sont en possession de drogues. Néanmoins, l'objectif « *c'est qu'ils puissent prendre une pause, un temps en dehors de leur course permanente pour trouver de la drogue* » (Entretien, *Drobz*).

Pour la dernière structure, cette relation n'est pas visible, et cette invisibilité serait volontaire de la part des membres de la *Straso*. Ceux-ci n'ont que très peu de relations avec la police parce qu'ils souhaitent être solidaires avec leurs patients. Les relations de confiance établies avec les usagers seraient mises en danger s'ils avaient des liens plus étroits avec la police : « *S'il y avait plus de coopération avec la police, ce serait de toute façon néfaste pour notre relation de confiance avec nos patients* » (Entretien, *Straso*).

Les professionnels mettent à disposition des boîtes postales pour leurs patients, et il arrive que la police leur demande des renseignements sur une personne en particulier. Dans ce cas, ils sont dans l'obligation au moins de dire si la personne a un boîte postale ou non afin de prendre contact avec l'utilisateur : « *Mais comme je disais, nous sommes tout d'abord solidaires avec nos patients, et notre place est avant tout à leurs côtés, et ce n'est pas notre travail de soutenir la police et de lui fournir des renseignements* » (Entretien, *Straso*).

À côté de cela, la relation n'est pas mauvaise. Les professionnels peuvent échanger avec la police et, lorsqu'ils se croisent dans la rue, les professionnels de la *Straso* peuvent par exemple demander d'éviter d'intervenir dans certaines situations, quand ce n'est pas indispensable à leurs yeux.

#### *C.4) Les difficultés perçues*

Pour terminer ce chapitre, nous allons étudier les difficultés perçues par les professionnels et les usagers de drogues au niveau local. Tout d'abord, les enquêtés montrent que l'emplacement

géographique de la ville de Göttingen entraîne des difficultés. Pour les professionnels, les patients ne sont plus les mêmes. Cela dépendrait du marché de la drogue, et de ce que les usagers trouvent à un moment donné. Il y a environ cinq à six ans, beaucoup de Russes d'origine allemande se sont retrouvés dans leurs établissements ; ces personnes étaient arrivées dans les années 1990 en Allemagne. Ils se sont retrouvés entre eux, et l'héroïne était très présente. Göttingen est proche de la frontière avec l'État de la Thuringe, qui est lui-même proche de la Saxe et donc de la Tchéquie. Par ce biais-là, il y a une grosse quantité de drogues nouvelles. Ces arrivées prennent des proportions importantes, ce qui fait que les professionnels ont un grand nombre de patients avec des problèmes de ce type. Cet aspect géographique et les changements de drogues entraînent des modifications d'accompagnement qui doivent être faites de manière rapide : « *C'est changeant, ce qui nous oblige à adapter notre programme, à modifier les priorités en fonction des patients, etc.* » (Entretien, *Opentherapiezentrum*).

Plus précisément, nous avons parlé de la drogue « *flex* » qui se trouve à Göttingen et qui a entraîné beaucoup de décès. Cela était dû au fait que la police a réussi à démanteler un réseau. Elle a découvert une grande plantation d'herbe : « *Ils étaient très fiers d'avoir mis la main dessus, et ils ont perquisitionné tous ce qu'ils y ont trouvé, l'héroïne, l'herbe, le cannabis, etc.* » (Entretien, *Drobz*). Cette opération répressive, malgré son succès auprès de l'opinion publique, a eu pour effet la disparition de la fourniture de bases des consommateurs d'herbe ou de cannabis. Par conséquent, cela a permis à une nouvelle substance d'apparaître dans la ville, le MDCV (aussi appelé « *flex* »).

Au-delà de ces problèmes, les professionnels montrent que les exigences, les objectifs des financeurs et les consignes politiques se répercutent dans leurs structures de manière assez régulière. Tous s'accordent sur le fait que le temps passé devant un ordinateur pour les démarches administratives devient de plus en plus important. Celui-ci prendrait beaucoup plus de place dans le travail. Cette caractéristique n'est pas compatible avec les changements récents. Depuis cinq ans, les structures sociales doivent avoir un dispositif d'accompagnateurs en ambulatoire. Ce sont des personnes qui passent entre quatre et dix heures par semaine à s'occuper des usagers en individuel. Ces personnes extérieures ont des formations plus spécifiques et parfois très différentes de celles de travailleurs sociaux ayant fait des formations complémentaires. En plus d'ajouter des démarches administratives, de modifier le rapport de l'utilisateur à la structure, les membres de *Drobz* constatent une diminution de l'autonomie des usagers qu'ils suivent, liée à l'assistantat dû à l'insistance de ces accompagnateurs : « *Tous nos clients ont un accompagnateur personnel, ce qui ne permet pas toujours de rendre les*

*personnes plus autonomes, mais les rend parfois même plus dépendantes, puisque cela arrange les accompagnateurs, qui sont rémunérés, et très bien rémunérés à l'heure, et ont intérêt à en faire le plus possible avec un client » (Entretien, Drobz).*

En dehors de ces nouveaux emplois, le temps de travail devient de plus en plus important et les situations des usagers se dégradent. Dès lors, *« c'est un travail qui pèse sur l'état psychologique, puisqu'on a affaire à des personnes qui nous confrontent à leur autodestruction, et il faut pouvoir tenir. Il faut qu'il y ait une bonne structure de supervision, pour que les personnes qui travaillent dans ces milieux puissent aussi se décharger de leurs tensions, en parlant de ce qu'ils vivent » (Entretien, Drobz).*

Un autre problème local pèse sur cette ville et sur les usagers de drogues. L'accès au logement devient de plus en plus difficile. La municipalité ne possède aucun logement et il n'y a plus de réglementation concernant le prix des loyers ; ainsi, tous les propriétaires peuvent faire ce dont ils ont envie dans le domaine du logement : *« Ce qui veut dire que les propriétaires privés des grands immeubles vont toujours aller au maximum de ce qu'ils peuvent obtenir en fonction des aides de la municipalité, et partout ailleurs, les loyers sont de toutes les façons beaucoup trop élevés pour nos clients » (Entretien, Drobz).* Il existe très peu de logements accessibles, notamment pour les publics en situation de précarité et d'autant plus lorsqu'ils ont des problèmes de dépendances aux drogues : *« Et quand ils perdent leur logement, ils n'ont pas les moyens d'en payer un autre. En ce qui concerne des personnes qui consomment, elles risquent aussi de perdre leur logement, dès que leur loueur prend connaissance de cette consommation. Souvent, elles reçoivent d'autres consommateurs, puis à un certain moment, elles ne sont plus vraiment capables d'avoir un comportement social adéquat, et il peut y avoir du tapage ou des dérangements dans le voisinage » (Entretien, Straso).* Les loyers étant de plus en plus élevés, les logements sont au-dessus des moyens de ceux se retrouvant en bas de l'échelle sociale. Un individu qui reçoit une aide sociale n'a quasiment aucune chance de trouver un logement. Pourtant, l'ensemble des professionnels s'accordent sur le fait que trouver un logement décent à un prix raisonnable permettrait à ces consommateurs de se détacher plus facilement du milieu de la drogue qu'en étant dans la rue.

La dernière difficulté importante remarquée par les professionnels et les usagers de drogues est le manque d'un lieu de consommation dans la ville de Göttingen : *« Il serait vraiment souhaitable d'avoir une salle de consommation, parce qu'il y a toujours beaucoup de personnes qui meurent seules chez eux. Nous n'avons pas de distributeurs de seringues dans*

*notre structure. Le week-end, quand nos bureaux sont fermés, les personnes se partagent quand même leur matériel. Il serait incroyable d'avoir un distributeur pour cela. Il y en a à certains endroits mais ils ne sont pas toujours ravitaillés et ils sont loin de chez nous. Nous manquons aussi de propositions au quotidien » (Entretien, Drobz).* Tous demandent un lieu accessible pour la consommation de drogues dans toutes les villes de plus de 80 000 habitants, « *parce qu'il est prouvé, qu'il y a un tiers de décès en moins où cela existe » (Entretien, Drobz).* Dans cette même optique, il manquerait des dispositifs d'« *aller-vers* » en direction de bars et de discothèques. Il n'y aurait pas assez non plus de travail de sensibilisation dans les écoles.

Néanmoins, les professionnels trouvent des limites aux salles de consommation. Le gouvernement a mis en place quelques conditions comme pour les personnes de moins de 18 ans. Elles sont interdites d'accès ainsi que celles qui ont un traitement de substitution vu qu'elles ne sont pas en droit de consommer. D'autres limites sont mises en lumière comme les horaires d'ouvertures, « *qui sont absurdes, carque la consommation se passe en grande partie en dehors des horaires d'ouverture ; la plupart des lieux mis à disposition ferment, à ma connaissance, le soir, alors que la consommation continue évidemment de façon importante pendant la nuit. À mon avis, ces lieux devraient être accessibles aux consommateurs 24h/24, pour réduire le plus possible les risques de décès » (Entretien, Drobz).*

À plus petite échelle, les locaux des centres manqueraient d'espace par rapport à l'importance de la population. Les professionnels imagineraient un « *espace plus grand, avec par exemple la possibilité de prendre un repas, ou simplement de passer du temps » (Entretien, Straso).*



Cette seconde monographie a eu pour but de mettre en avant les singularités nationales et locales par rapport à la mise en place et à la réception de la politique en matière de drogues. Après avoir mis en lumière les caractéristiques de Göttingen pour appréhender le contexte local, l'environnement du public de l'enquête et le fonctionnement des structures accueillant les usagers de drogues, nous avons étudié les enjeux des professionnels de l'addiction.

À partir des descriptions, nous avons procédé à une investigation plus analytique sur l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues. Plusieurs profils d'utilisateurs ont

été extraits de nos questionnaires et de nos entretiens afin de comprendre la réception des accompagnements par les bénéficiaires. Grâce à cette extraction, nous avons pu mettre en évidence des liens de causalité entre plusieurs variables. L'appréhension de la stratégie de réduction des risques ainsi que ses représentations sont liées à l'âge de l'individu plus qu'à la structure dans laquelle il s'inscrit. Dans les tranches d'âges les plus faibles, c'est davantage le collectif qui prône sur la structure et, inversement, les plus âgés d'entre eux sont davantage attachés à la structure et aux professionnels. Ainsi, le degré d'autonomie est lié à cette même variable, étant donné que l'attachement aux professionnels et à la structure sont des vecteurs de dépendance. Toutefois, l'aspect quotidien et régulier de l'accompagnement n'engage pas forcément un lien plus fort entre l'utilisateur et les professionnels. Ce serait plus le champ d'action qui déterminerait le niveau d'attachement. Cette hypothèse est à relativiser puisque les publics fréquentant les structures médicales sont différents de ceux des structures sociales ; l'aspect financier ainsi que l'orientation des individus selon leur profil jouent également un rôle dans cette variabilité de l'attachement.

Indépendamment de ces processus, les structures de Göttingen ont un objectif commun, celui de l'abstinence. Même si ce type de traitement est encore discuté, il a aujourd'hui évolué. En effet, l'ensemble des structures souhaitent amener les individus vers ce but. Néanmoins, il apparaît que cela ne se restreint pas à l'arrêt total et durable de la consommation mais peut prendre des formes différentes comme celle partielle, complète ou contrôlée. Cette différenciation dans l'abstinence montre l'évolution du traitement ainsi que son individualisation. Celle-ci est régulée par rapport à une volonté nationale qu'est l'accompagnement différencié selon l'âge du consommateur. Les plus jeunes sont davantage orientés vers les structures sanitaires et donc vers l'objectif d'abstinence. À l'inverse, les plus âgés sont davantage dirigés vers les structures sociales qui s'engagent dans une approche de réduction des risques. Ces choix s'appuient sur le constat d'un ancrage trop important dans les consommations et la précarité des personnes plus âgées. Cet enracinement serait un frein omniprésent dans un processus de réinsertion et d'autonomisation.

Ensuite, nous nous sommes concentrée sur les partenariats et les difficultés locales. Nous avons souligné une caractéristique nationale importante, celle de la formation obligatoire pour accompagner les personnes dépendantes aux drogues. Dans un objectif d'harmonisation des pratiques, l'Allemagne impose une formation à l'ensemble des salariés souhaitant travailler avec ce public. En plus de celle-ci, les professionnels ont des perfectionnements obligatoires réguliers. Ces différentes formations évitent les écarts entre les représentations et les pratiques.

Ces rapprochements sont éventuellement un des facteurs de la formation des réseaux de professionnels de santé. Si les structures ont plus d'attaches lorsqu'elles font partie d'un même organisme, l'ensemble des professionnels, travaillant auprès de ce public ou non, a des connexions importantes qui facilitent l'individualisation et les réponses rapides aux demandes des individus. En ce qui concerne les rapports avec la police locale, les structures en lien étroit avec l'addiction ont plus de relations avec les membres de cette police, qu'elles soient positives ou négatives. Lorsque la structure travaille sur un public plus large, les relations sont moins établies. Ce type d'établissement ne souhaite pas avoir de rapport avec ces professionnels pour conserver un lien de confiance avec ses bénéficiaires. Lorsque la structure travaille auprès de ces usagers de drogues, elle est demandeuse de liens avec la police soit pour une coopération complète, soit par une volonté de protection de son public. D'ailleurs, les relations les plus positives sont avec les structures les plus médicalisées.

Enfin, nous avons choisi d'évoquer les difficultés locales des usagers de drogues et des professionnels. Nous avons montré que le positionnement géographique de Göttingen est un obstacle pour ces derniers. Son rapprochement avec les frontières de la Tchéquie entraîne des mouvements dans les consommations en matière de quantité et de nature. En cela, les accompagnements doivent être modifiés selon les consommateurs. Ce sont également les exigences des financeurs et des politiques qui bouleversent le fonctionnement de ces structures en réadaptation régulière. L'une des grandes problématiques à Göttingen est celle du logement. Si les loyers ne cessent d'augmenter, ce qui est déjà un obstacle à l'obtention d'un logement pour les personnes précaires, il ne faut pas que les propriétaires bailleurs soient au courant de la consommation d'un individu, ce qui peut être un motif d'exclusion par rapport aux problèmes qu'ils y associent tels que le tapage nocturne, l'état des individus et l'anxiété que cela peut créer au sein de l'immeuble. L'ensemble des enquêtés s'accorde sur un manque à Göttingen. Il n'existe pas de lieu de consommation dans cette ville. Pourtant, ils souhaitent tous que ce dispositif puisse être installé dans des villes similaires à la leur. S'ils remarquent certaines limites aux salles de consommation, ils perçoivent les bénéfices de celle-ci surtout par rapport au nombre encore important de décès liés à la drogue sur leur territoire.

Après avoir décrit et analysé ces deux monographies, nous allons à présent entrer dans une étude plus comparative et synthétique. Le prochain chapitre a pour objectif la mise en perspective de ces monographies afin de comprendre ces deux types d'accompagnement des publics. Cette mise en relief nous permettra d'appréhender les fonctionnements et les dysfonctionnements des deux modèles afin de pouvoir émettre des préconisations dans le cadre

général de l'accompagnement des personnes consommatrices de drogues, mais également, plus spécifique, du processus d'autonomisation.

## Chapitre 6

# "Délocalisation" de la recherche et pistes de réflexion

La première étape de notre travail consistait dans la réalisation d'une monographie pour chaque cas étudié, à savoir le terrain français, La Rochelle, et le terrain allemand, Göttingen. Il s'agissait de regrouper toutes les données portant sur un cas pour mettre en lumière ses principales caractéristiques. Ces phases essentielles mais provisoires seront les fondements de ce dernier chapitre, consacré à la comparaison et à l'élaboration progressive de généralisations. Le chercheur doit être en capacité de préserver l'altérité dans sa spécificité tout en se dégageant de la singularité. Nous ne pouvons pas considérer l'influence d'un contexte comme inexistante mais nous ne devons pas abandonner l'idée d'avancer des relations de causalité.

Pour cela, nous nous ancrerons dans les théorie « *intermédiaires* » de Robert Merton, « *situées entre les hypothèses de travail mineures, élaborées en abondance au fil des recherches quotidiennes, et ces spéculations globales, ces schémas conceptuels majeurs dont on attend qu'ils rendent compte du plus grand nombre de régularités empiriquement observées* » (Dogan et Pélassy, 1982, p. 23).

Le premier objectif de ce chapitre est de répondre à la question de la représentativité et de la transférabilité de nos résultats sur d'autres cas. Il aura pour but de découvrir l'intérêt de ce travail non pas par rapport à la connaissance de nos deux terrains, mais par référence à des mécanismes formulables sans se rapporter à ces terrains ; nous essaierons ainsi de « *délocaliser* » notre recherche.

Nous commencerons ce chapitre par la mise en évidence de schémas synthétiques issus de nos résultats des précédentes parties. Nous rendrons compte des données de nos deux terrains à travers des schémas qui indiquent les liens entre les facteurs étudiés ; nous en utiliserons plusieurs afin d'illustrer les modifications de configurations par rapport à des variables micro et macro. Cette contribution aura pour objectif de mettre en exergue les dissonances et les ressemblances entre les deux pays enquêtés. La première schématisation se concentrera sur une étude plus générale, à l'échelle nationale, des différentes approches suivies dans le cadre des politiques en matière de drogue. Dans une démarche en entonnoir, nous continuerons avec une description des similitudes et des différences entre les démarches des professionnels de nos

deux terrains. Pour finir cette contextualisation, nous mettrons en perspective les résultats obtenus à partir des usagers des structures, c'est-à-dire en matière de réception des accompagnements. Cette étape montrera les diversités sociétales. Néanmoins, elle n'exclut pas la possibilité d'entrer dans une généralisation puisqu'elle n'est qu'« *une étape intermédiaire mais indispensable [...] sur la voie d'une généralisation à construire et les différences nationales peuvent, par voie de conséquence, s'inscrire dans un espace théorique plus général* » (Maurice, 1989, pp. 186-189).

Après avoir défini l'ensemble de ces caractéristiques et analysé les points communs et les différences, l'analyse comparative se poursuit par le rassemblement des faits et des données. Nous savons que, dans un tel cadre, il faut faire face à quelques défis comme l'interprétation des ressemblances et des dissonances, la généralisation ou encore la modélisation. Ces enjeux sont présents dans toute recherche puisqu'ils correspondent aux tensions existant entre les généralités et les singularités. Nous allons ensuite présenter des typologies construites à partir de nos résultats tout en justifiant la manière dont ceux-ci sont transférables dans d'autres localisations que celles étudiées. Ces dernières n'ont pas pour objectif de s'ancrer dans une quelconque théorie sociologique, malgré une valeur heuristique, puisqu'elles seront à leur tour utilisables et confrontées dans d'autres recherches pour pouvoir les confirmer, les infirmer ou les rectifier.

À partir de ces typologies et de l'ensemble des données recueillies et analysées, nous mettrons en lumière des pistes mêlant des perspectives pratiques et théoriques. Notre objectif n'est pas de détailler des applications concrètes de préconisations mais plutôt de donner des débuts de réflexions théoriques et pratiques. Nous n'avons pas pour ambition de fournir des solutions miraculeuses qui "métamorphoseraient" l'intervention auprès de notre public d'enquête. Pour engager de futures discussions, nous avons choisi de débiter ces recommandations avec une réflexion autour de la réinsertion de la notion de plaisir dans les préventions primaire, secondaire et tertiaire. Pour cela, nous verrons comment la réintroduire au niveau général mais également à celui, plus particulier, de l'intervention à travers, par exemple, l'estime de soi ou le développement d'une « *culture de la drogue* ». Pour continuer cette réflexion, nous nous attacherons à comprendre les limites du concept de dépendance pour appréhender de futures pistes dans la prise en charge des usagers de drogues dans le contexte de responsabilisation du patient. Nous terminerons par des préconisations pratiques. Celles-ci se focaliseront sur la création d'un lieu "hybride", où complémentarité ne rime pas avec

concurrence, et sur l'insertion de services spécialisés dans la réinsertion socio-professionnelle au sein des structures existantes.



## **1) De la comparaison de monographies à la délocalisation de la recherche**

Pour notre analyse comparative, nous avons décidé de détailler deux monographies. Pour faciliter la lecture de cette comparaison, nous avons rassemblé les résultats sous la forme de tableaux synthétiques des dissonances et des ressemblances. Pour chaque tableau, nous avons mis en colonne les terrains et, en ligne, les différentes variables étudiées selon nos résultats pour les mettre en perspective. Cet aspect systématique permet la visualisation des différents éléments qui sont à approfondir pour construire des typologies. Les principaux éléments de nos monographies apparaîtront dans ces différents schémas. Après cette synthétisation, nous allons nous intéresser à la généralisation de ces données. Mais, peu importe la méthode utilisée, « *comment contrôler les incidences du contexte national sur le secteur analysé ?* » (Dogan et Pélassy, 1982, p. 118). Le premier possède des effets sur l'organisation et les activités du second, que cela soit par rapport à l'historicité, les circonstances économiques, sociales et politiques, ou encore aux lois inhérentes. Ainsi, pour éviter une « *surgénéralisation* » ou, à l'inverse, une « *surlocalisation* »<sup>370</sup>, nous avons essayé de rester dans un mouvement alternatif constant entre le terrain et la théorie mais aussi entre les régularités sociales et le contexte du terrain étudié : « *La généralisation serait en quelque sorte ici la capacité à rendre intelligible une situation locale à partir de critères qui ne lui sont pas réductibles, et donc à « faire sens » au-delà du terrain investigué* » (Desage, 2006, p. 7).

### A) Synthèse : analogies et disparités entre les terrains d'enquête

#### A.1) L'échelle nationale

À travers le tableau n° 71, nous récapitulons les approches allemandes et françaises. L'Allemagne et la France ont un fonctionnement gouvernemental assez différent, l'un national et l'autre fédéral. Nous n'allons pas revenir sur ces mécanismes en détail mais nous allons voir

---

<sup>370</sup> Celle-ci se rapporte au tropisme territorial qui consiste à territorialiser les modèles explicatifs, en considérant que l'explication est attachée à un territoire singulier.

que ces derniers possèdent des effets sur l'organisation de la prise en charge des consommateurs ainsi que sur la législation de ces pratiques.

**Tableau n° 71 : Récapitulatif, en moyenne<sup>371</sup>, des approches en matière de politiques des drogues en Allemagne et en France**

|   | <b>La Rochelle</b>  | <b>Göttingen</b>   |
|---|---|--|
| <b>Système d'organisation, d'administration et de gouvernement des pays</b>   | National  | Fédéral  |
| <b>Volontés nationales en matière de politiques liées aux drogues (Hiérarchisation)</b>                                     | 1) Répression<br>2) Approche sanitaire<br>3) Prévention<br>4) Réduction des risques                   | 1) Prévention<br>2) Abstinence<br>3) Répression<br>4) Réduction des risques                                  |
| <b>Volontés régionales (Hiérarchisation)</b>  | 1) Répression<br>2) Approche sanitaire<br>3) Prévention<br>4) Réduction des risques                   | 1) Abstinence<br>2) Prévention<br>3) Réduction des risques<br>4) Répression                                  |
| <b>Approches privilégiées (Top-Down)</b>  | Sanitaires/répressives  | Sanitaires   |
| <b>Approches privilégiées (Bottom-up)</b>   | Sanitaires/répressives/Rdr  | Sanitaires   |
| <b>Représentations :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanitaire</li> <li>• Rdr</li> <li>• Répressive</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positives</li> <li>• Moyennes</li> <li>• Moyennes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Très positives</li> <li>• Positives</li> <li>• Positives</li> </ul> |
| <b>Type de prévention</b>   | Prévention primaire   | Prévention primaire, secondaire et tertiaire   |

<sup>371</sup> Lorsque le représentant de la cellule n'est pas notifié, c'est que le résultat est une moyenne de l'ensemble des résultats concernant les usagers et les acteurs (structures, municipalité etc.).

Nous l'avons vu, la politique en matière de drogue en Allemagne possède un fil conducteur interprété et appliqué de manière différente selon les États. À l'inverse, en France, cette organisation est étatique et reste ainsi davantage harmonisée. À travers les cartes n° 25 et n° 26, nous remarquons les effets de ces fonctionnements sur la répartition des structures qui viennent en aide aux usagers de drogues<sup>372</sup>.

**Carte n° 25 : Répartition des principales structures d'aides aux personnes dépendantes aux drogues**



Source : Extraction, Google Maps, 2021.

L'ensemble du territoire français propose des lieux similaires pour tous les usagers. Les différences quantitatives sont liées à la proportion d'individus ainsi qu'à l'importance des villes en matière d'habitants et de problématiques. En Allemagne, cette répartition est plus inégale. Le fédéralisme permet aux différentes régions de proposer, ou non, une prise en charge pour ce public.

<sup>372</sup> Ces cartes ne sont pas exhaustives. Elles ne prennent pas en compte l'ensemble des structures existantes (comme les CT en France) mais mettent l'accent sur les structures majeures afin de comprendre la localisation différenciée entre les deux pays.

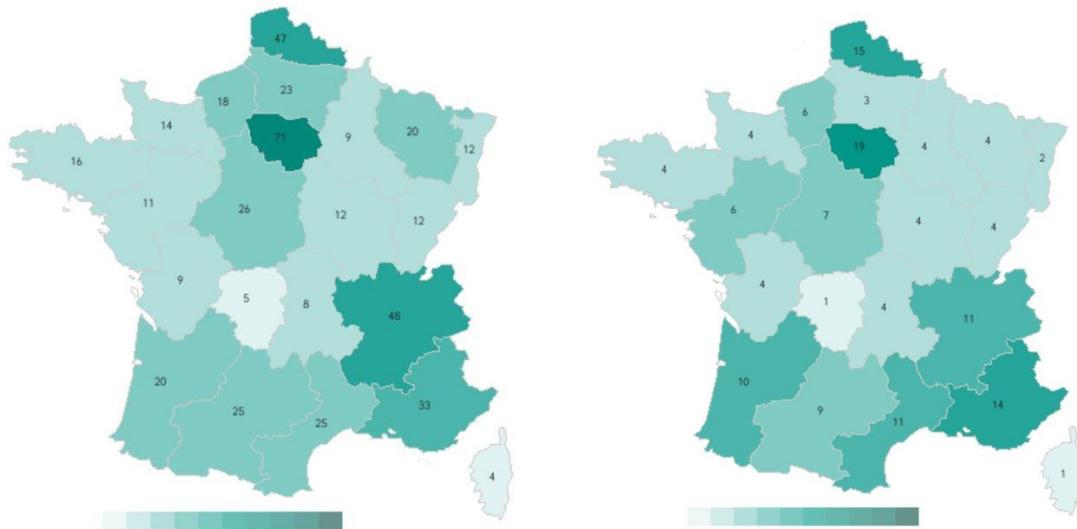
Dans l'ensemble de l'Allemagne, il existe 1 300 centres de conseil en toxicomanie dont environ 380 qui s'inscrivent dans la *Diakonie*. Ces derniers orientent ensuite les populations, selon les situations, vers des offres de soutien supplémentaires.

L'accompagnement de ces populations relève des services communaux d'intérêt général et est financé par les recettes fiscales. Toutefois, le montant ainsi que son utilisation s'appuient sur des choix politiques plus que sur des besoins identifiés. Le financement est alors instable. Par exemple, dans le Mecklembourg Poméranie Occidentale, il existe des municipalités qui disposent de ressources paraissant suffisantes dans ces structures puisqu'elles favorisent les frais de personnel dans les services spécialisés entre 60 et 70 %. Les centres de conseil sont financés en moyenne à 40 % par les communes et les districts et à environ 35 % par l'État ; cela représente environ 75 % des coûts totaux. En moyenne, 25 % de fonds propres doivent être levés, soit un total d'1,1 million d'euros, et une moyenne d'environ 50 000 euros par centre de conseil. Jusqu'en 2019, pendant plus de dix ans, les structures ont reçu un budget fixe, sans apport de l'État de Mecklembourg Poméranie occidentale. La contribution personnelle est ainsi de plus en plus élevée, ne serait-ce qu'en raison de l'augmentation des frais de personnel.

En Rhénanie-Palatinat, il existe un règlement administratif qui codifie le financement des centres de conseil en toxicomanie et les lie à certaines exigences. Un centre de conseil en toxicomanie doit être doté d'au moins deux employés à temps plein ; ce personnel est soutenu financièrement par l'État à hauteur de 25 %. En outre, l'État soutient divers programmes spécialisés affiliés aux centres de conseil. Ceux-ci sont subventionnés de différentes manières : 90 % du programme « *Addiction aux jeux* », contre 70 % pour les programmes de prévention et de travail social à « *bas seuil* ». Le reste est partagé par la commune et la structure. Cependant, dans certaines régions, les prestataires doivent contribuer de 30 à 50 % des frais de personnel. Il est ainsi difficile pour eux de combler la différence restante.

Ces différents budgets sont modifiés chaque année en fonction des rapports d'activités. Les départements régionaux doivent expliquer pourquoi les offres devraient être davantage financées à partir de ces rapports. Ces demandes sont vécues, par les professionnels, comme des justifications constantes de leur travail. Ces différences entre États sont également visibles sur l'aspect quantitatif du personnel. Le DHS exige qu'un spécialiste en toxicomanie soit embauché pour 10 000 habitants. Certaines régions, comme la Rhénanie-Palatinat, ont des employés qui sont responsables de 70 000 personnes.

**Carte n° 26 : Répartition par région des CSAPA et des CAARUD (nombre d'établissements par région)**



Source : [www.action-sociale.org](http://www.action-sociale.org)

En France, ces budgets sont harmonisés à l'ensemble des régions, même si ceux-ci sont différents selon les axes des projets. Toutefois, les structures sont également dans l'obligation de justifier leurs activités à travers de rapports annuels auprès des financeurs.

Cette harmonisation nationale apparaît également dans les types de structures et leurs missions. Par exemple, les CSAPA, anciennement les CSST et/ou les CCAA, ont été créés en 2002 mais n'ont vu le jour qu'à partir de 2007, durée des dispositions qui prévoient le financement de ces établissements ainsi que leurs missions. Le décret du 14 mai 2007 délimite les missions obligatoires ainsi que celles facultatives de ces structures. Par exemple, les missions obligatoires sont l'accueil inconditionnel (avec un accès facilité [implantation géographique et plages horaires], des locaux adaptés aux personnes handicapées, l'assurance de l'anonymat), l'information accompagnée et explicitée ou encore l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation. Ces missions obligatoires et facultatives permettent de conserver un fil directeur de l'action entre les différentes structures, même si chacune d'entre elles peut se spécialiser (sur une drogue en particulier ou sur un axe prévention ou Rdr par exemple).

Le national enveloppe l'ensemble des niveaux inférieurs, à savoir le local, l'étatique et le régional. Comme ce national est l'échelon le plus élevé, les actions et les organisations qui sont mises en place impactent directement l'ensemble des formes de gouvernement sous cette compétence.

Tableau n° 72 : Les types de politiques en matière de drogues, en Franc et en Allemagne

|                        | L'Allemagne  |  | La France  |
|------------------------|--|--|--|
|                        | Politique de <i>séparation des usagers</i>   | Politique de <i>réduction des risques</i>  | Politique des <i>nuisances*</i>  |
| PROBLÉMATISATION       | Réinsertion difficile pour les consommateurs ancrés dans la précarité et l'usage de drogues  | Centration sur les « <i>risques</i> »  | Les usagers « <i>visibles</i> »<br>Clivage entre consommateurs dépendants/non consommateurs  |
| <i>Problèmes</i>       | <i>Usagers en « mal » de réinsertion</i>   | <i>Épidémie du Sida</i>  | <i>Nuisances (visibles)</i>  |
| ADAPTATION             | Séparation des marchés   | Prise du problème à l'une des sources  | « <i>Réduction</i> » des nuisances   |
| <i>Objectifs</i>       | <i>Réinsertion des usagers</i>   | <i>Mobilisation contre l'épidémie</i>  | <i>Éviter visibilité des usagers/Tranquillité publique</i>   |
| ADÉQUATION             | Adapter la prise en charge en fonction des usagers   | Déconstruction du « <i>soin</i> » : non plus d'ordre clinique contre la toxicomanie mais d'ordre social contre l'exclusion ( <i>care</i> plutôt que <i>cure</i> )<br>Prendre le consommateur comme un expert | Séparation : Visible/Invisible<br>- Espace public<br>- Lieux accueillants les usagers consommateurs<br>- Sanitaire/Rdr<br>- Des usagers (curables/incurables)                      |
| <i>Moyens prévus</i>   | <i>Care/Cure selon les usagers</i><br><i>Enjeux différents selon les consommateurs</i><br><i>Orientations</i><br><i>Abstinence</i> | Mesures de réduction des risques<br>- Prévention tertiaire<br>- Pour les usagers les plus âgés   | <i>Intégration des « non-usagers » au cercle d'experts</i><br><i>Lieux de consommation</i><br><i>Traitement de substitution</i><br><i>Répression</i><br><i>Prévention primaire</i> |
| EFFICIENCE             |  |  |  |
| <i>Effets prévus</i>   | <i>Abstinence et Réinsertion des jeunes consommateurs</i><br><i>Réduire les risques pour les consommateurs ancrés</i>              | En matière de sida   | Baisse des plaintes liées au clivage consommateurs/non consommateurs<br>Diminution de la visibilité des usagers  |
| IMPACT                 |  |  |  |
|                        |  | Orientation des usagers les plus jeunes vers les structures sanitaires   | Multiplication des types de prise en charge  |
| <i>Effets imprévus</i> | <i>Discrimination des usagers les plus âgés</i><br><i>Classification généralisée</i>   |  | Association de plusieurs approches, sans approfondissement de chacune d'entre elles<br><br>Discrimination<br>Craintes<br>Augmentation du clivage                                   |
| EFFICACITÉ résultante  | « Pragmatisme »  |  |  |

Source : Tableau créé à partir de données tirées de NICOLAS François (2004), *Pour évaluer la politique de réduction des risques aux Pays-Bas. Discussion du rapport OFDT Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas* d'Hélène Martineau et Émilie Gomart, Groupe d'études des politiques publiques en matière de drogues, janvier, p. 23 [Online].

Dans la continuité de l'effet de cette divergence de gouvernement, nous remarquons que les volontés nationales et régionales diffèrent uniquement lorsqu'il est question de l'Allemagne. Ainsi, au niveau national, l'ordre de priorité est le suivant : la prévention, l'abstinence, la répression et enfin la réduction des risques. Cet ordre n'est pas lié aux représentations des différentes approches. Le fait que la réduction soit en dernière position ne signifie pas qu'elle soit perçue de manière négative mais davantage qu'elle concerne une moindre population par le biais d'une volonté nationale.

Au niveau de Göttingen, cet ordre est un peu différent ; les professionnels "priorisent" sur l'abstinence plutôt que sur la prévention qui ne vient qu'après. Ensuite, ils adoptent davantage une approche de réduction des risques avant celle plus répressive<sup>373</sup>. À l'inverse, la France, par son modèle national, reste dans un cheminement, au niveau local, similaire ; les acteurs locaux suivent les approches d'abord répressives puis sanitaires et de prévention pour terminer la réduction des risques<sup>374</sup>.

Pour ce qui est des représentations des différentes approches, les acteurs allemands acceptent autant celles de réduction que celles sanitaires et plus répressives. Pour eux, ces approches sont complémentaires lorsque leurs degrés sont ajustés selon les situations et les individus ; l'individualisation des parcours est un élément caractéristique de la politique en matière de drogue.

En France, ces représentations sont plus scindées du fait de la généralisation des différentes approches. Toutefois, l'approche sanitaire semble la plus acceptée dans les deux terrains d'enquête qui reçoivent les représentations les plus globalement positives. Ce modèle est le plus approuvé d'entre tous ; l'aspect scientifique et médical de ce type d'accompagnement serait irrévocable.

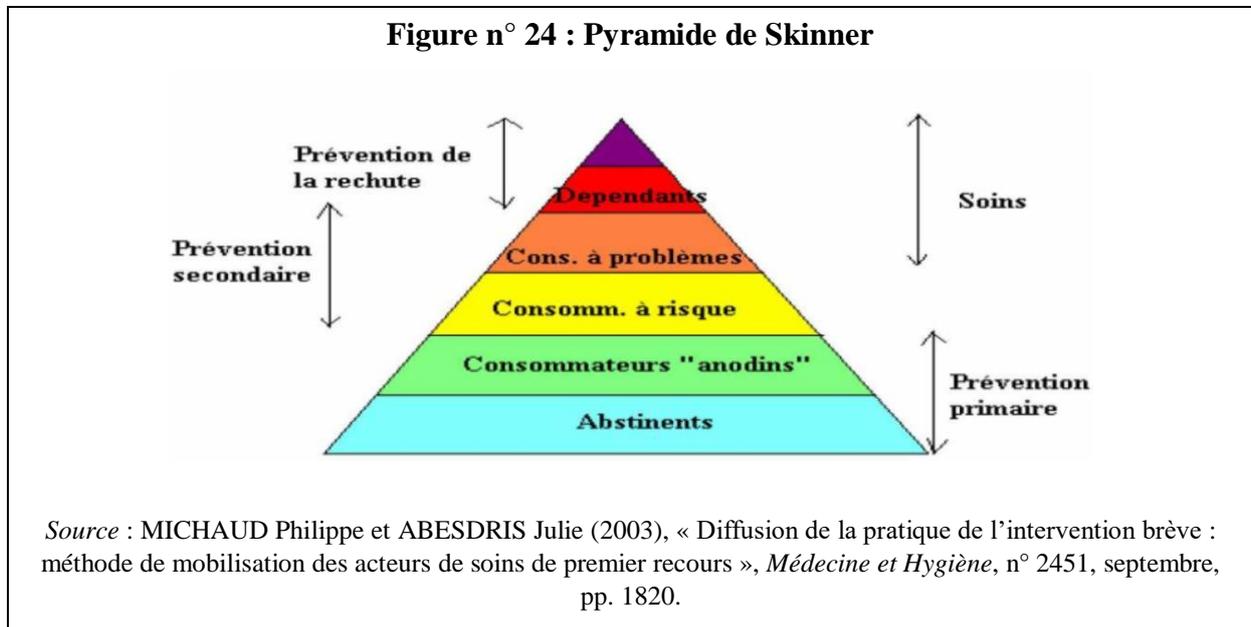
Les places accordées à la prévention et la répression sont celles qui diffèrent le plus entre nos deux terrains. Cette distinction est due à l'espace donné à la prévention. Celle-ci est un des piliers de la politique allemande contrairement à celle française. Si, en outre-Rhin, elle

---

<sup>373</sup> Nous verrons que cette caractéristique est liée à celles des relations entre le police et les professionnels. Toutefois, le placement de la répression à cette place hiérarchique devrait être étoffée avec des entretiens avec des acteurs de la municipalité ainsi que de la police. Même si nous avons remarqué que les relations police/professionnel, étaient plus apaisées que celles sur notre terrain français, il serait prudent de vérifier cette information avec une enquête, sur le terrain allemand, plus approfondie.

<sup>374</sup> Ces hiérarchisations sont issues de moyennes et non des approches de chaque acteur puisqu'une structure sociale comme le CAARUD aura une hiérarchisation différente.

est utilisée à plusieurs niveaux primaire, secondaire et tertiaire (figure n° 24), donc à l'ensemble de la population, du non-consommateur aux dépendants, elle est uniquement primaire en France. Dans notre pays, la prévention se concentre sur les individus jeunes et les non-consommateurs, pour prévenir les usages. C'est ainsi qu'il y a une cohérence dans l'utilisation prédominante de l'approche répressive.



### A.2) Le point de vue des professionnels

Cette section se concentre sur les résultats issus des recueils de données auprès des professionnels. Nous allons focaliser notre attention sur une synthèse de l'ensemble des résultats en ce qui concerne les pratiques et les représentations des structures sociales, sanitaires et institutionnelles.

Pour commencer, à travers le tableau n° 73, les publics diffèrent entre les structures mais également entre les deux terrains d'enquête. En France, les structures sociales et sanitaires interviennent auprès d'un public commun, les usagers de drogues sans autre condition. Il n'y a que les structures institutionnelles de notre pays qui ciblent un public selon une condition sociale qu'est l'âge (spécifiquement les jeunes, à travers la scolarité : collégiens, lycéens, étudiants).

En Allemagne, cette caractéristique se généralise. Ce sont, à l'inverse, les structures institutionnelles qui n'ont pas un public précis puisqu'elles s'attachent à la prévention globale et spécifique selon les demandes ; celles n'écartent donc aucune population et s'adressent à tous les âges. Ce sont les structures sociales et sanitaires qui s'accordent sur cette caractéristique

générationnelle. En effet, les structures sociales ciblent les publics assez âgés tandis que celles sanitaires se dirigent davantage vers les plus jeunes. Ces éléments sont liés à une volonté étatique de mener des actions de réduction des risques envers les publics les plus âgés et des actions donnant lieu à l'abstinence pour les plus jeunes (tableau n° 74). L'orientation des usagers de drogues par les professionnels est davantage conditionnée en Allemagne qu'en France.

**Tableau n° 73 : Processus d'autonomisation utilisés et publics ciblés selon le domaine d'inscription des structures**

|                            | La Rochelle                                     |   |  | Göttingen   |  |  |
|----------------------------|---|---|--|---|--|--|
| Type de structure          | <i>Structures sociales</i>                      | <i>Structures sanitaires</i>  | <i>Structures institutionnelles</i>          | <i>Structures sociales</i>  | <i>Structures sanitaires</i>   | <i>Structures institutionnelles</i>  |
| Processus d'autonomisation | Estime de soi                                   | Éducation<br>Injonction   | Prévention<br>primaire<br>Injonction         | Estime de soi<br>Prévention   | Estime de soi<br>Éducation/<br>Prévention<br>Injonction                                      | Prévention<br>primaire,<br>secondaire et<br>tertiaire  |
| Public ciblé               | Tous les publics usagers de drogues volontaires | Publics usagers de drogues (autres dépendances) volontaires<br>–<br>Injonction thérapeutique/<br>Obligation de soin | Publics jeunes<br>–<br>Publics « à risques » | Publics âgés, usagers de drogues<br>–<br>Tous publics (Prévention globale et spécifique (école, entreprise et autres établissements)) | Priorisation aux publics jeunes usagers de drogues<br>–<br>Autres publics usagers de drogues | Tous publics (Prévention globale et spécifique (écoles, entreprises et autres établissements)) |

**Tableau n° 74 : L'orientation des professionnels pour les usagers**

| La Rochelle   | Göttingen  |
|---|--|
| <p>Pas d'orientation spécifique</p> <p>–</p> <p>Choix des individus et des structures (acceptation ou refus selon la situation, l'individu et les places)</p> | <p>Orientation selon l'âge de l'utilisateur</p> <p>Personnes ayant moins de 30 ans : orientation vers des structures sanitaires</p> <p>Personnes ayant plus de 40 ans : orientation vers des structures de Rdr</p> |

Le tableau n° 74 montre le processus d'autonomisation utilisé par chaque type de structure à La Rochelle et à Göttingen. Nous avons mis en exergue quatre démarches : l'estime de soi, la prévention, l'éducation et l'injonction.

### *A.3) Le point de vue des usagers*

Après avoir mis en avant les similarités et les différences entre nos deux terrains à l'échelle nationale en ce qui concerne la politique en matière de drogues ainsi que du point de vue des professionnels, dans les types de prises en charge, nous allons maintenant analyser ces convergences et ces divergences sous l'angle des usagers des structures. Pour cette mise en perspective, nous choisissons de séparer ces individus en fonction de l'âge puisque cette variable semble la plus importante dans la réception de ces approches. Nous avons choisi les catégories suivantes : 18-29 ans, 30-39 ans et 40 ans et plus. Ces catégories ne sont pas immuables mais elles nous permettront une analyse générationnelle de l'accueil des différents accompagnements ; elles peuvent différer selon l'individu et la situation.

Dans le tableau n° 75, des similitudes apparaissent entre nos deux terrains dans le questionnement des représentations des types de structures selon l'âge. Les 40 ans et plus ont généralement des perceptions assez négatives des structures sociales tandis que celles des 18-29 ans sont positives. L'opinion des personnes les plus jeunes est plus modérée en ce qui concerne les structures sociales à La Rochelle comme à Göttingen.

Les personnes les plus âgées de notre échantillon, dans ces deux villes, ont les représentations les plus similaires, plutôt positives, des structures sanitaires. Pour les autres

tranches d'âge, les avis sont plus hétérogènes. Les 30-39 ans de La Rochelle ont des représentations négatives alors que cette même tranche d'âge, à Göttingen, a des perceptions positives de l'approche médicale. Les 18-29 des deux terrains ont également une vision différente de l'angle sanitaire : ceux rochelais ont un avis mesuré tandis que ceux de Göttingen ont un avis positif. Les usagers des structures de la ville allemande ont tous des représentations positives de l'approche sanitaire prônée au niveau national avec le traitement par l'abstinence. Ces avis sont plus variables en France avec des représentations selon l'âge de l'individu.

Pour ce qui est de la représentation des structures institutionnelles, les avis des différents publics sont les mêmes lorsqu'ils sont inscrits dans le même pays ; les usagers de La Rochelle ont des perceptions négatives, peu importe l'âge, et celles des usagers de Göttingen sont plus modérées.

Lorsque nous regardons l'approche la plus estimée par type de population, la plus présente est celle sanitaire. Si elle apparaît pour tous les âges chez les usagers de Göttingen, il n'y a que les 30-39 ans du terrain rochelais pour lesquels elle n'apparaît pas. C'est alors l'approche sociale qui est préférée. Pour cette même tranche d'âge, en Allemagne, cette prédilection est couplée à celle sanitaire comme pour les usagers rochelais les plus jeunes. Pour ce qui est de l'approche la moins estimée, c'est celle répressive qui ressort pour l'ensemble de la population de nos deux terrains, à l'exception des 40 ans et plus de Göttingen ; ces derniers rejettent davantage l'approche sociale. Celle-ci est d'ailleurs peu appréciée par les 18-29 ans de cette même ville.

**Tableau n° 75 : Représentations des structures selon l'âge**

|                            | La Rochelle |       |            | Göttingen |       |            |
|----------------------------|-------------|-------|------------|-----------|-------|------------|
|                            | 18-30       | 30-40 | 40 et plus | 18-30     | 30-40 | 40 et plus |
| <b>Structures sociales</b> | +/-         | +     | -          | +/-       | +     | -          |

| <b>Structures<br/>sanitaires</b>           | +/-                                   | -                        | +                        | +                                       | +                                      | +                       |
|--|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|-------------------------|
| <b>Structures<br/>institutionnelles</b>    | -                                     | -                        | -                        | +/-                                     | +/-                                    | +/-                     |
| <b>Représentation la plus<br/>positive</b> | Approches<br>sociales et<br>sanitaire | Approches<br>sociales    | Approches<br>sanitaires  | Approches<br>sanitaires                 | Approches<br>sociales et<br>sanitaires | Approches<br>sanitaires |
| <b>Représentation la plus<br/>négative</b> | Approches<br>répressives              | Approches<br>répressives | Approches<br>répressives | Approches<br>sociales et<br>répressives | Approches<br>répressives               | Approches<br>sociales   |

Le tableau n° 76 regroupe les résultats des degrés d'autonomie perçus dans chaque terrain. Ces données sont les mêmes, que cela soit à La Rochelle ou à Göttingen. Les usagers paraissant avoir le degré d'autonomie le plus élevé sont ceux âgés de 30 à 39 ans. Ce n'est pas la jeunesse de l'individu qui démontre un degré d'autonomie le plus faible puisqu'il n'est

finalement pas si faible chez les 18-29 ans. Ce sont les usagers les plus âgés qui ont le degré d'autonomie perçue le plus faible.

**Tableau n° 76 : Autonomie étudiée selon l'âge**

|                   | <b>La Rochelle</b> | <b>Göttingen</b> |
|-------------------|--------------------|------------------|
| <b>18-30</b>      | Moyen              | Moyen            |
| <b>30-40</b>      | Fort               | Fort             |
| <b>40 et plus</b> | Faible             | Faible           |

À la suite de cette synthèse qui avait pour objectif de montrer les points communs et les différences entre nos deux terrains concernant, à l'échelle nationale, la politique en matière de drogue, les types de processus d'autonomisation utilisés, et, la réception de ces accompagnements, nous allons maintenant mettre en lumière des typologies pour délocaliser les résultats des monographies.

### B) Typologie : une délocalisation de la recherche

Cette section a pour objectif de transposer nos résultats en dehors de nos terrains d'étude. Dans le cadre d'une recherche comparative, nous pouvons restituer les résultats de la recherche par un classement de ces données soit par modélisation, soit par typologies. Ces deux formes sont différentes puisque l'une constitue des catégories générales à partir de la réduction des variétés et l'autre les traduit sous la forme de relations générales.

À partir du tableau n° 77, nous constatons que ces deux types de classements n'ont pas les mêmes ambitions. Premièrement, ils ont un « *pouvoir explicatif inégal* » (Dogan et Pélassy, 1982, p. 185). Tandis que l'un ordonne, l'autre explique : la typologie veut « *construire des modèles idéaux, par développement unilatéral d'un ou de plusieurs traits pertinents. Une telle procédure n'explique jamais le pourquoi du phénomène ainsi dégagé. Elle se contente, et ce n'est pas peu, de présenter les objets à propos desquels on pourra ensuite s'interroger utilement* » (Baechler, 1970, p. 78). La modélisation s'engage davantage dans une compréhension dynamique et souvent historique par une analyse causale<sup>375</sup>. Ces formalisations représentent chacune une échelle, entre singularité et généralité.

<sup>375</sup> Pour aller plus loin sur ce type de classement, voir ROKKAN Stein (1966), « Norway: Numerical Democracy and Corporate Pluralism », in DAHL Robert (sous la dir. de), *Political Oppositions in Western Countries*, NewHaven, Yale University Press, pp. 89-135.

**Tableau n° 77 : Typologies et modélisation**

|                              | <b>Typologie</b>   | <b>Modèle</b>                                |
|------------------------------|--|--|
| <b>Objectif</b>              | Conclusion synthétique, capable d’inventorier, de clarifier, de systématiser les résultats de la comparaison |  |
| <b>Portée</b>                | Ordonne l’univers (analyse plutôt descriptive)   | Explique la réalité (analyse de type causal) |
| <b>Analyse du changement</b> | Perspective statique   | Perspective dynamique                        |
| <b>Niveau de généralité</b>  | Exhaustivité   | Plutôt sélectivité                           |

Source : VIGOUR Cécile (2005), *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte, p. 285.

Notre travail monographique a été complexifié par plusieurs éléments. Nous savons que notre enquête sur le terrain rochelais a été plus exhaustive que celle de Göttingen. L’affiliation à un projet français, le manque de temps et le contexte sanitaire actuel ne nous ont pas permis d’approfondir le recueil de données en Allemagne ; pour choisir la modélisation, il aurait fallu que cette enquête soit davantage multipliée en prenant, par exemple, un autre État allemand ainsi qu’une autre ville française. Par ailleurs, nous aurions apprécié pouvoir changer de caractéristique, en enquêtant sur des métropoles ou, à l’inverse, des villages.

À cet effet, nous avons décidé de nous ancrer dans une formalisation de type typologique afin de ne pas construire une modélisation scientifiquement infondée. Toutefois, nous allons aller un peu plus loin que la typologie en affinant par des explications causales qui ne seront pas, pour autant, exhaustives.

### *B.1) Typologies générales des politiques en matière de drogues*

Si, en règle générale, cette formalisation s’attache à un ordre spécifique, nous allons la modifier dans un objectif de clarification. En effet, la typologie devrait être fondée sur des classements aux niveaux micro puis macro pour finir sur l’influence des variables micro sur celles macro.

Cependant, notre volonté est ici d'amener celles macros en premier afin de comprendre leur impact sur celles micro ainsi que de contextualiser ces résultats. Notre étude se focalise sur l'analyse des processus d'autonomisation, sur leurs applications et leurs réceptions. Pour cela, nous avons choisi de faire une démarche inverse puisque nous analysons un micro processus interne aux structures qui viennent en aide aux usagers de drogues<sup>376</sup>.

La première étape de cette typologie commence dans la partie précédente, à savoir le remplacement des noms propres, tel le CSAPA associatif par un nom commun et des variables, c'est-à-dire dans ce cas les structures sociales. Ensuite, nous avons défini une langue commune, déjà préétablie dans les analyses monographiques. Pour cela, nous avons classé et groupé l'ensemble des phénomènes examinés dans des familles plus vastes de faits ; par exemple, nous avons répertorié différents types d'accompagnement vers l'autonomie que nous distinguerons à partir de plusieurs caractéristiques, que cela soit par rapport au destinataire ou la manière d'actionner ce processus.

Maintenant que nous avons expliqué notre réflexion méthodologique, nous allons commencer l'opération typologique. Il nous faut alors établir des homologues. Pour cela, nous formulerons des hypothèses que nous testerons pour savoir si la relation à vérifier pour une des composantes de la comparaison est effective pour les autres. C'est ainsi que nous mettrons en exergue des relations entre différentes caractéristiques du phénomène étudié, ici le processus d'autonomisation. L'objectif est alors d'expliquer le phénomène étudié en fonction d'autres variables qui peuvent provenir de l'utilisateur, du professionnel ou des volontés étatiques.

C'est sur les variables des volontés nationales que nous nous arrêterons en premier. Le tableau n° 77 montre que lorsqu'un pays se base uniquement sur la prévention tertiaire, celle des non-consommateurs souvent envers un public assez jeune, il accorde une grande importance à l'approche répressive. À l'inverse, si le pays s'appuie sur une approche plurielle de la prévention, du non-consommateurs au dépendant, l'approche répressive sera moins importante. Si la France possède le modèle le plus répressif d'Europe, l'Allemagne centre ses politiques pénales et répressives vers le gros trafic et la criminalité organisée dans certains États ; les consommateurs font l'objet d'une tolérance croissante (Tableau n° 78).

Le tableau n° 78 nous permet de voir les politiques principales et secondaires en matière de drogues. Il recense des éléments sur les représentations et les pratiques des pays selon

---

<sup>376</sup> Pour continuer sur cette boucle méthodologique, une étude pourra être portée sur l'effets des variables micro sur celles macro afin de transformer ces typologies en modélisations.

l'approche politique choisie. La France s'ancre dans une politique répressive ainsi que, de manière secondaire, dans des politiques publiques de soins. L'Allemagne, quant à elle, prend cette seconde approche comme principale, tandis que celle de réduction des risques représente sa politique secondaire. La place laissée à la prévention, aux savoirs des usagers ou encore à la prise en charge des usagers diffère en partie à partir de ces modèles. Le modèle répressif est compatible avec des approches préventives ; toutefois, cette perspective les cloisonne au seul niveau primaire.

S'il est décidé d'acter une prévention à la fois générale et spécifique, il y aurait alors moins de place pour des pratiques répressives, à l'exception de celles liées à la vente/trafic. L'appui sur une prévention uniquement primaire attesterait d'une focalisation sur le futur, laissant alors la population actuellement consommatrice de côté. Ainsi, pour réguler les pratiques, un pays se focalisant sur le public non consommateur appliquerait davantage un régime répressif en remplacement de la prévention tertiaire.

Ces choix de préoccupation ont des effets sur les représentations générales des différentes approches existant en matière de politique des drogues. Plus un pays se focalise sur une prévention uniquement primaire, plus les perceptions des approches sociales, sanitaires ou encore répressive vont être négatives. Les approches sociales et sanitaires sont perçues de manière modérée mais, celles répressives, malgré une grande importance accordée à celles-ci, sont connotées négativement. Ainsi, plus le pays se consacre à une seule prévention, moins les différents modèles seront acceptés, quels qu'ils soient.

Dans les pays où la prévention est plus élargie, les représentations seront plus positives ; les approches sanitaires et sociales, entre acceptation et protestation dans les pays s'appuyant sur la prévention uniquement primaire, seront davantage acceptées.

Nous pouvons penser que le fait d'élargir la prévention à l'ensemble de la population augmente les connaissances des individus, leur compréhension de la dépendance et des différents modèles en fonction des situations ; il y aurait ainsi une compréhension de l'adaptation de l'approche au regard de l'individu. Ainsi, un modèle fondé sur la prévention primaire serait plus discriminant et entraînerait plus d'incompréhensions et de craintes que d'acceptation et d'ouverture sur les différentes approches.

**Tableau n° 78 : Effets des types de prévention privilégiées au niveau national**

|  |                                       | Prévention primaire   | Prévention primaire, secondaire et tertiaire              |
|--|---------------------------------------|-----------------------|---|
| <b>Importance accordée à la répression</b> |                                       | +                     | +/-   |
| <b>Représentations</b>                     | <b>Réduction des risques/sociales</b> | +/-                   | +   |
|  | <b>Sanitaire</b>                      | +/-                   | +   |
|  | <b>Répression</b>                     | -                     | +/-   |
| <b>Public ciblé</b>                        |                                       | Jeunes non-dépendants | Tout public, du non-consommateur à la personne dépendante |
| <b>Focale sécurité</b>                     |                                       | Sécurité publique     | Sécurité publique<br>Sécurité de l'utilisateur            |

Dans ces logiques sociales, l'une s'appuyant sur la prévention primaire et s'attachant aux publics jeunes et non dépendants et l'autre sur l'ensemble de la population, la cible des politiques en matière de drogues diverge. La focale sécurité décidée par un pays montre justement ce ciblage. Lorsqu'un pays polarise son attention, concernant le volet préventif, sur sa population non dépendante et assez jeune, c'est que sa volonté se portera sur la sécurité publique. À l'inverse, si cette prévention touche l'ensemble de la population, en matière d'âge comme de rapport à la drogue, ce pays se focalisera sur la sécurité publique ainsi que sur celle de l'utilisateur<sup>377</sup>.

Nous représentons souvent un modèle répressif face à un modèle de réduction des risques. Cependant, la frontière entre ces deux modèles est de plus en plus perméable. Celui répressif attache une importance croissante aux dispositifs de réduction des risques, et certains

<sup>377</sup> Nous avancerons d'autres constats justifiant cette approche conditionnée par la focale sécurité ou par l'orientation des professionnels selon l'âge de l'individu.

modèles plus axés sur la réduction des risques conservent des principes répressifs. Des auteurs comme Axel Groenemeyer montrent qu'il est difficile d'évaluer les politiques publiques en matière de drogues<sup>378</sup> dans le but d'une comparaison. Par exemple, l'évaluation de ces politiques par le biais des statistiques sur les décès dus aux drogues paraît impossible. Tout d'abord, la définition des décès liés à l'usage n'est pas la même selon les pays ; en France, elle semble être restrictive puisqu'elle ne dénombre uniquement « *les cas de "surdoses" au sens strict, ainsi que les accidents liés aux conditions d'administration de la substance, constatés par les services de police et de gendarmerie* » (Groenemeyer, 1996, p. 2). En Allemagne, cette définition est plus vaste puisqu'elle recense les suicides, les accidents liés aux trajectoires de dépendances ainsi que les décès dus à un usage régulier et durable. La comparabilité internationale est donc limitée puisqu'il y a une pluralité de type de recensement, et ceux-ci ne sont pas toujours effectués par une seule et même institution dans un pays<sup>379</sup>. De plus, le risque de mortalité dépendant de plusieurs facteurs est difficile à mettre en perspective au niveau international.

Pour évaluer ces politiques, nous avons décidé, non pas de nous attacher aux taux de mortalité mais davantage aux réceptions des différentes pratiques et, pour cela, d'expliquer les différents types de prise en charge. Les deux modèles choisis sont plus ou moins répressifs ; en France, cette prise en charge est généralisée ; en Allemagne, elle dépend des États. Ainsi, pour différencier les pratiques, les représentations et les réceptions, nous avons décidé de regarder les approches en matière de prévention. Celles-ci ne sont pas au centre de notre recherche mais contribuent à l'explication des types de prises en charge, des objectifs de ces dernières ainsi que de leurs fonctionnements.

Après avoir esquissé une typologie générale, nous allons nous focaliser sur notre thématique d'étude, à savoir le processus d'autonomisation. Pour cela, nous allons apporter des typologies plus spécifiques sous l'angle des professionnels puis des usagers des structures.

---

<sup>378</sup> GROENEMEYER Axel (1996), « Politiques en matière de drogues et mortalité des toxicomanes en Europe », *Bulletin d'Information CESDIP*, Questions pénales, IX.4, septembre, pp. 1-4 ; GROENEMEYER Axel (1994), « Was wissen wir über den Drogentod ? » *Soziale Probleme*, vol. 5, n° 1/2, pp. 60-89 ; GROENEMEYER Axel (1994), « Drogenberatung und alltagsorientierte Sozialarbeit - Möglichkeiten und Folgen niedrigrschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Drogenberatung Bielefeld », *Reader zur niedrigrschwelliger Drogenarbeit in NRW. Erfahrungen, Konzepte, Forschungen*, Berlin, INDRO e.V., pp. 39-145.

<sup>379</sup> Par exemple, aux Pays-Bas, le recensement est différent à Amsterdam par rapport au reste du pays. Contrairement aux autres villes, Amsterdam a un recensement basé sur une définition proche de celle de l'Allemagne, alors que le reste du pays utilise davantage une définition comme celle de la France.

Tableau n° 79 : Trois types de politiques publiques

|                                       |                 | Politique publique répressive   | Politique publique de réduction des risques [12]                                      | Politique publique de soins                     | Action collective face au nihilisme  |
|---------------------------------------|-----------------|---|---|---|--|
| Pays le plus apparenté                |                 | États-Unis  | Suisse, Pays-Bas  | ?   |  |
| Le toxicomane est ici                 |                 | un délinquant   | une victime   | un malade mental [13]                           | un nihiliste [14]  |
| Son corps est ici un                  |                 | corps <i>indiscipliné à enfermer</i>                                      | corps <i>agressé à protéger</i>   | corps <i>souffrant à guérir</i>                 | corps <i>désorienté à mobiliser</i>  |
| Son vis-à-vis est ici                 |                 | le policier & le juge   | le travailleur social   | le médecin psychiatrique                        | le militant [15]   |
| Formule :                             |                 | <i>Comme il n'y a pas de drogues sans dégâts, réduisons les drogues !</i> | <i>Comme il n'y a pas de société sans drogues, réduisons les dégâts des drogues !</i> | Réduisons les drogues et leurs dégâts !         | On peut <u>vouloir</u> quelque chose ( <i>plutôt que ne rien vouloir, ou vouloir le rien</i> ) et on doit résister ! |
| 3 dimensions des politiques publiques | Répression      | de l'offre & de la demande  | [ Légalisation (tendancielle)]  | de l'offre                                      |  |
|                                       | Soins           | primaires   | Non [16]  | Oui : désintoxication                           | [ Le militant n'en est pas acteur]   |
|                                       |                 | secondaires [17]  | Oui [18]  | Oui : fin (stratégique) en soi                  | Oui : moyens (tactiques)   |
| Prévention                            | Compatible      | essentiellement secondaire et tertiaire [19]                              | primaire également  | Collective                                      |  |
| Volonté                               | politique ?     | Non ( <i>gestion sécuritaire</i> [20])                                    | Non (cf. <i>pragmatisme</i> déclaré)  | Oui ( <i>choix</i> public)                      | Oui (vouloir collectif)  |
|                                       | du toxicomane ? | Oui [21]  | Non (survie)  | Non (cf. <i>perversion</i> ou <i>psychose</i> ) | Oui  |

[10] C'est-à-dire affaire essentiellement des pouvoirs publics.

[11] C'est-à-dire affaire de tous, donc de quiconque...

[12] La politique de réduction des risques n'a pas plus d'exclusivité des mesures de Rdr que la politique répressive n'a l'exclusivité de la répression. La politique de Rdr se caractérise par sa manière propre d'articuler répression, soins (dont mesures de Rdr, ou « *soins secondaires* ») et prévention.

[13] Perversions et/ou psychoses.

[14] Nihiliste actif, c'est-à-dire celui qui veut le rien plutôt que de ne rien vouloir.

[15] C'est-à-dire celui qui veut quelque chose et non pas rien : le militant du sport, de la musique, de l'amour, du théâtre, de la danse, de l'astronomie, de l'entomologie, de la spéléologie, etc.

[16] Cf. la délinquance ne se soigne pas.

[17] « *Mesures* » de Rdr (produits de substitution et échanges de serinues) en vue de « *soigner* » non la toxicomanie mais le sida, les hépatites, etc.

[18] Cf. on soigne les prisonniers de leurs maladies...

[19] Cf. freiner l'aggravation des consommations (prévention secondaire) ou éviter leurs effets latéraux (prévention tertiaire).

[20] Sous l'hypothèse que le motif de la « *guerre à la drogue* » ne dirait pas la vérité de cette politique.

[21] La délinquance du toxicomane relève de sa volonté.

 Politique générale de l'Allemagne en matière de drogues

 Politique spécifique de l'Allemagne envers les personnes dépendantes, environ 35 ans et plus

 Politique générale de la France en matière de drogues

 Politique secondaire

Source : NICOLAS François (2004), *Pour évaluer la politique de réduction des risques aux Pays-Bas. Discussion du rapport OFDT Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas* d'Hélène Martineau et Émilie Gomart, Groupe d'études des politiques publiques en matière de drogues, janvier, p. 23 [Online].

## B.2) Typologies spécifiques : les processus d'autonomisation sous l'angle des professionnels

Par la mise en perspective des résultats de nos terrains de comparaison, nous avons pu développer une typologie issue du point de vue des professionnels gravitant autour des personnes consommatrices de drogues.

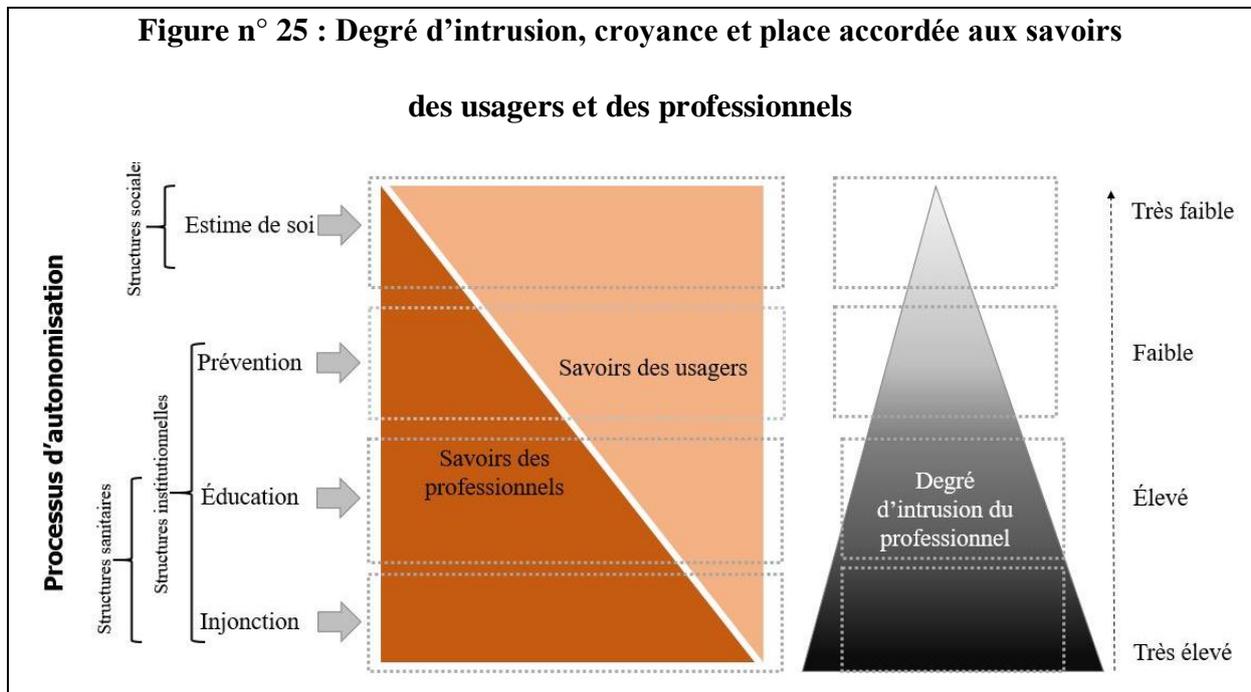
Tout d'abord, nous avons mis en avant quatre types de processus d'autonomisation : l'estime de soi, la prévention, l'éducation, l'injonction. Selon si c'est une structure qui s'inscrit davantage dans un domaine ou un autre, il y a des probabilités qu'elle utilise tel ou tel processus. Le tableau n° 80 montre que, dans les structures sociales, l'autonomisation est développée et renforcée à travers un travail autour de l'estime de soi. Celles sanitaires se basent sur un travail plus éducatif et intègrent des éléments injonctifs qui peuvent aller de règles strictes à des conditions d'entrée comme le sevrage ; la réglementation et le cadre y sont plus importants puisqu'ils seraient des composantes éducatives permettant une réinsertion sociétale. Les structures institutionnelles utilisent davantage la prévention et l'injonction. Ce type d'institution représente davantage l'ensemble de la société, ce qui entraîne des processus en fonction des volontés nationales. L'aspect injonctif, voire répressif, est obligatoirement présent puisque ce type d'institution comprend également les polices.

**Tableau n° 80 : Processus d'autonomisation utilisés et publics ciblés selon le domaine d'inscription des structures**

|                                   | <b>Structures sociales</b> | <b>Structures sanitaires</b> | <b>Structures institutionnelles</b>   |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Processus d'autonomisation</b> | Estime de soi              | Éducation<br>Injonction      | Prévention<br>Injonction<br>Éducation |

Dans cet ordre, les processus sont classés du moins "intrusif" au plus "envahissant" (figure n° 25). Le travail sur l'estime de soi est caractérisé par des actions pour et par l'individu. La prévention se forme par des interventions ciblant le conseil et l'information. Lorsque nous continuons sur cette échelle, nous arrivons à l'éducation. Celle-ci fait apparaître un rapport savant/ignorant. Nous voyons que, couplé aux degrés d'immixtion, il existe un second classement, celui de la place accordée au pouvoir de l'individu sur soi. Dans le même schéma,

de l'estime de soi vers l'injonction, le professionnel s'éloigne de plus en plus de la prise en compte des savoirs des individus ainsi que de la possibilité pour l'utilisateur de contribuer à ce processus. Ainsi, les acteurs qui utilisent l'estime de soi ou la prévention comme processus d'autonomisation laissent davantage de place aux savoirs des usagers. Ces professionnels penseraient davantage ce processus comme inhérent à l'individu ; à l'inverse, ceux utilisant l'éducation ou l'injonction considèrent qu'il en est séparé : ce processus, pour qu'il soit engagé, proviendrait alors des professionnels.



L'importance donnée aux savoirs des usagers laisse transparaître le degré de croyance dans le pouvoir d'agir. Ces degrés sont liés à ceux des représentations des professionnels. Le tableau n° 81 montre les différentes perceptions de l'autonomie des usagers entre les professionnels des structures sociales et celles sanitaires. Ce sont ces représentations qui façonnent les types d'accompagnement choisis par ces mêmes professionnels pour le processus d'autonomisation. La définition de ce vocable semble différente. Si l'ensemble de ces acteurs considère l'existence d'une autonomie sociétale normée, ceux issus de structures sociales montrent l'existence d'une autre autonomie, celle individuelle, qui serait d'ailleurs plus importante chez ces individus. Ce rapport à la norme sociétale, très présente chez les acteurs du sanitaire, justifie qu'ils considèrent les usagers comme « pas autonomes » ; ces professionnels évoquent cette perte à partir de l'autonomie sociale. Ceux des structures sociales rejoignent cette idée puisqu'elles considèrent les usagers de la même manière s'ils se rapportent à

l'autonomie sociale. En fait, c'est davantage l'existence d'autonomie plurielle qui laisse émerger l'idée d'une autonomie présente chez les usagers pour les acteurs du social.

**Tableau n° 81 : L'autonomie perçue des usagers sous l'angle des professionnels**

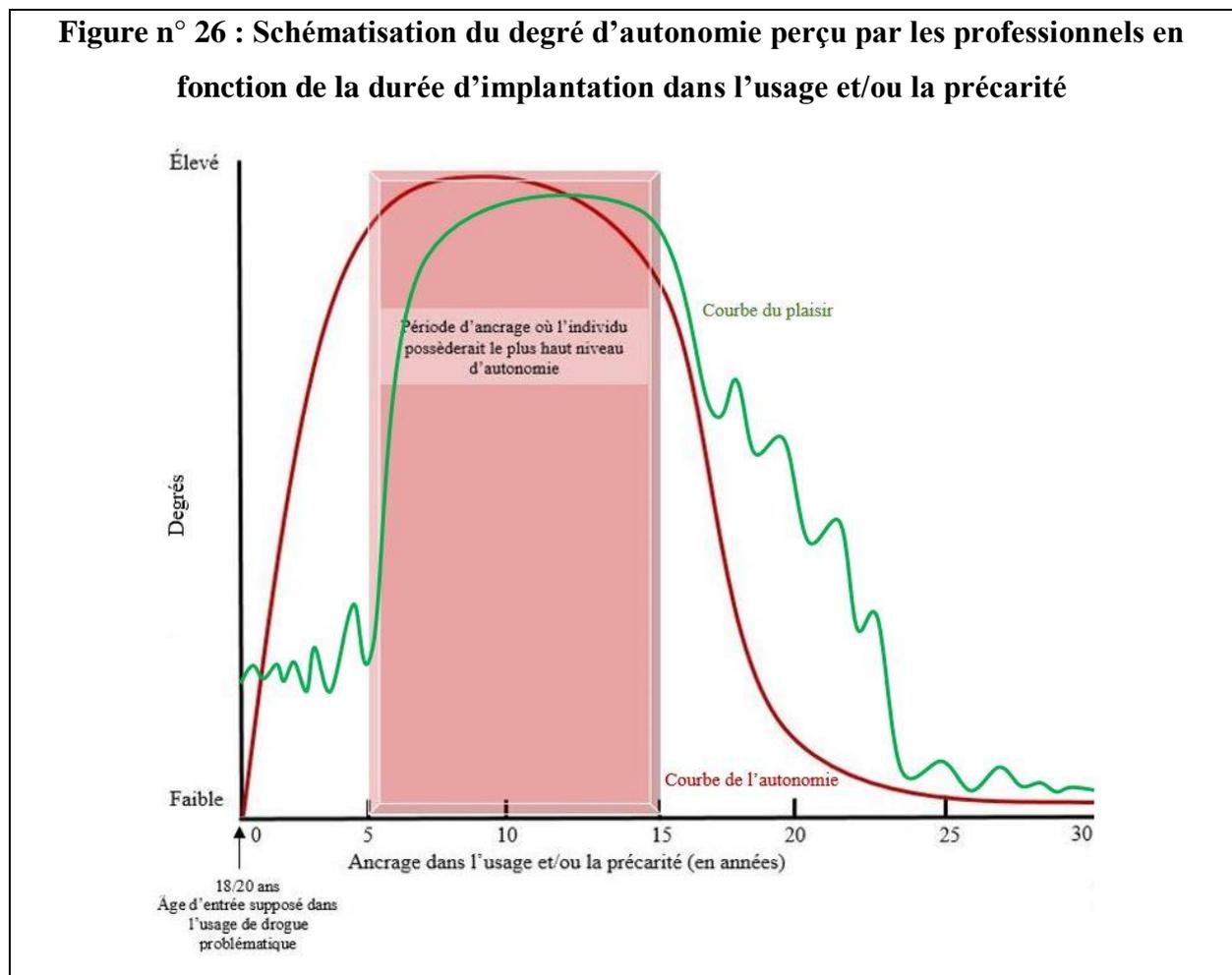
|                                       | <b>Structures sociales</b>   | <b>Structures sanitaires</b>  |
|---------------------------------------|--|---|
| <b>Les usagers sont autonomes</b>     | Oui  | Non   |
| <i>Justifications</i>                 | <i>Choix libres, débrouillardise</i>                                   | <i>Volontés d'assistanat des usagers, perte d'autonomie liée à l'usage et à la précarité</i>                                |
| <i>Mesures</i>                        | « Faire avec »<br>Accompagnement<br>Conseil<br>« Non-intervention »    | « Faire pour »<br>Accompagnement<br>Planification du quotidien<br>Règles, cadres et injonctions pour simuler la « réalité » |
| <b>Rapport à la norme d'autonomie</b> | Oui  | Oui   |
| <i>Acception du terme</i>             | <i>Plurielle :</i><br>- Autonomie individuelle<br>- Autonomie sociale  | <i>Singulière :</i><br>• Autonomie sociale  |
| <i>Degrés des acceptions</i>          | <i>Autonomie individuelle forte</i><br><i>Autonomie sociale faible</i> | <i>Autonomie sociale faible</i>   |

Cette typologie est à relativiser par rapport à une variable, l'âge de l'utilisateur. En fonction de cet élément, les acteurs évoquent une marge de manœuvre. Effectivement, il y aurait une logique de partage entre les usagers « récupérables » et ceux « incurables ». Même si celle-ci est plus présente chez les professionnels de santé, cette autonomie est perçue de manière variable en fonction de l'âge ; les plus âgés seraient les moins autonomes du fait d'un ancrage trop important dans l'usage et la précarité (sociale et/ou économique), souvent liée. Paradoxalement, ce ne sont pas les plus jeunes qui sont pressentis comme les plus autonomes. Ils n'auraient pas assez d'expériences positives et négatives dans l'usage et/ou la précarité pour

être autonomes. En réalité, ce n'est pas l'âge qui modifie les perceptions de l'autonomie des usagers pour les professionnels mais davantage l'ancrage dans la précarité et l'usage de drogues. En cela, les salariés associent l'âge de l'utilisateur à la durée de cet ancrage. Nous avons représenté cette perception à travers la figure n° 26 (courbe rouge) ; elle matérialise le schéma des professionnels quant au degré d'autonomie en fonction du degré d'ancrage dont nous parlions.

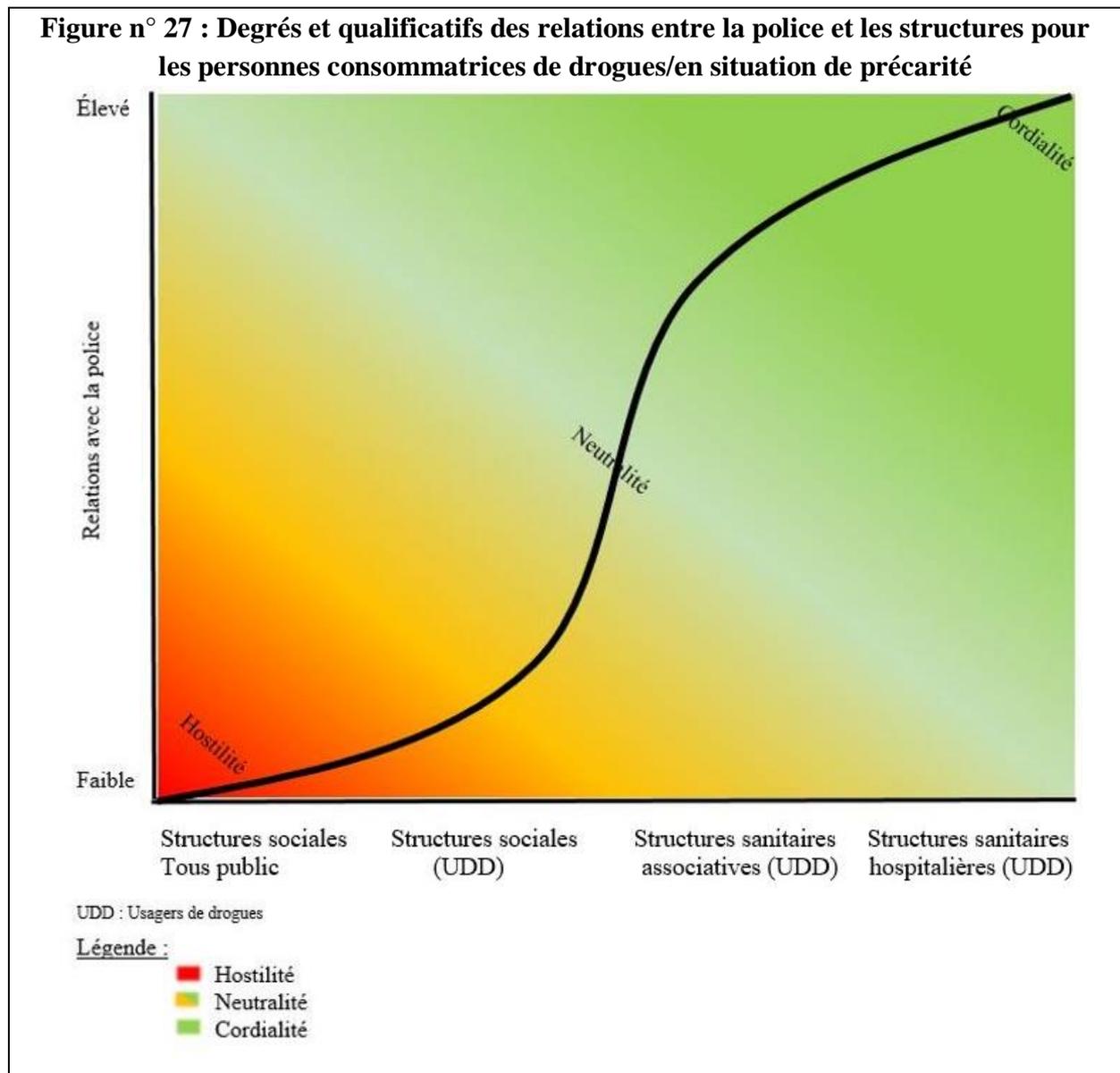
Ce schéma a été mis en perspective avec une courbe alliant plaisir et usage de drogue au cours du temps. Nous pourrions poser l'hypothèse que le déplaisir qu'entraîne l'addiction, au fur et à mesure du temps, enclenche un processus de « lâcher-prise ». Au départ, l'individu ne contrôle pas forcément l'effet des drogues et s'engage alors vers des expériences antagonistes à celles recherchées. Une fois qu'il a acquis des savoirs sur l'usage de drogues, il ressent ainsi les plaisirs de ces consommations. Toutefois, lorsque cette pratique s'installe dans la durée, il peut alors sombrer dans la dépression, symbolisant alors la perte d'autonomie.

**Figure n° 26 : Schématisation du degré d'autonomie perçu par les professionnels en fonction de la durée d'implantation dans l'usage et/ou la précarité**



Cependant, ce schéma mental, utilisé davantage par les acteurs des structures sanitaires, reste ajustable selon les situations ; les acteurs, surtout issus du social, ajustent ce schéma en fonction de l'individu. Cet ancrage et l'âge de l'individu ne sont pas automatiquement liés. Cette représentation des acteurs part du principe que l'entrée dans l'usage de drogues "problématique" se fait entre 18 et 25 ans.

Pour terminer l'approche typologique en ce qui concerne les professionnels, nous allons évoquer la thématique du partenariat avec la police.



Dans ces différentes relations, visibles dans la figure n° 27, nous remarquons des liens de causalité très présents. Plus nous nous éloignons des structures qui interviennent dans le

cadre de l'usage de drogue, plus les relations entre les membres de ces établissements et la police sont absentes. Pour les structures qui s'occupent spécifiquement des usagers de drogues, les relations sont plus visibles. Cependant, plus on est dans une approche médicale, plus les relations semblent favorables aux deux parties, police et établissements. Les relations sont invisibles ou discrètes, que cela soit volontaire ou non, lorsque les structures sont dans une approche plus sociale. Toutefois, ces différents liens s'appuient sur des personnes plus que sur des structures, d'un côté ou de l'autre des parties. En cela, lorsqu'un employé, tenant de cette relation, quitte la structure, la relation semble être mise en danger.

Passons maintenant aux dernières typologies que nous avancerons et qui concernent le point de vue des usagers de drogues.

### *B.3) Typologies spécifiques : les processus d'autonomisation sous l'angle des usagers des structures*

Nous avons choisi d'analyser la réception de l'accompagnement des usagers au sein de différentes structures. À partir des résultats des parties consacrées à ces éléments, nous avons pu déduire certaines typologies issues des usagers : celle de la représentation des structures, celle de l'autonomie ressentie, selon l'âge, le champ d'action de l'établissement et l'autonomie étudiée. Une typologie, pour être pertinente, doit renvoyer à des idéaux-types (Schnapper, 2012, p. 31). Ceux-ci sont construits à partir de paramètres similaires. Ce ne sont que les modalités qui doivent varier et non ces paramètres. Toutefois, il faut prêter attention aux limites de ces typologies. Il ne faut pas les multiplier au niveau d'un seul objet. Si nous "pluralisons" celles-ci, il ne faudrait pas que cela implique un manque d'homogénéité des catégories lorsque nous tentons de cumuler l'ensemble de nos cas dans une seule typologie. Dans un autre registre, nous savons que ces classements ne sont pas dénués de jugements. Cependant, nous essayons d'objectiver l'ensemble de nos résultats par des allers-retours entre la sphère empirique et l'approche théorique.

Nous allons tout d'abord étudier les représentations des usagers sur les différents types de structures en fonction de l'âge. Nous avons mis en évidence un lien de causalité entre l'âge et les représentations. Comme il a été expliqué plus haut, l'âge est un indicateur de l'ancrage dans l'usage de drogue et/ou la précarité, même si cela est modulable en fonction des situations. Nos résultats nous ont fourni des informations sur ce lien ; en l'occurrence, il y a plus de probabilité qu'une personne de 18-30 ans ait un ancrage faible puisque l'usage de drogues est

rarement débuté au début de l'adolescence. Nous partons du principe que les usagers les plus âgés de notre échantillon ont un parcours durable dans ces consommations.

**Tableau n° 82 : Représentations des structures selon l'âge des usagers**

|  | Usagers des structures |                    |            |
|--|------------------------|--------------------|------------|
|  | 18-29                  | 30-39              | 40 et plus |
| <b>Structures sociales/RDR</b>                 | Moyennes               | Positives          | Négatives  |
| <b>Structures sanitaires</b>                   | Moyennes               | Moyennes/négatives | Positives  |
| <b>Structures institutionnelles/répression</b> | Moyennes               | Moyennes/négatives | Moyennes   |

Dans le tableau n° 82, nous mettons en exergue ces représentations. Nous ajoutons, pour les structures, l'élément d'accompagnement le plus fort : les structures sociales avec la réduction des risques, et les structures institutionnelles avec la répression.

À travers cette synthèse, nous pouvons voir que les individus les plus jeunes (18-29 ans) ont les représentations les plus modérées. Que cela soit concernant l'approche sociale avec la réduction des risques, l'approche sanitaire ou encore l'approche institutionnelle, plus répressive, ces individus ne portent pas de jugements négatifs ou positifs. Dans le tableau n° 82, les 18-29 ans pensent que les professionnels les laissent autonomes dans les deux types de structures, sociales et sanitaires. Néanmoins, ils perçoivent de plus grandes libertés dans les structures sociales. Sur des expériences individuelles et ponctuelles, certains d'entre eux ont pu développer quelques perceptions négatives. Les jeunes percevraient davantage les aspects positifs et négatifs de l'ensemble de ces démarches. Éventuellement, la jeunesse de ces individus laisse penser qu'ils sont plus "modulables", dans le sens où ils ne se ferment pas à un jugement spécifique ; en effet, ils ne sont ni attachés clairement au collectif ni complètement aux professionnels (Tableau n° 83).

Les usagers de 40 ans et plus accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogue possèdent des avis plus contrastés. Ils ont des perceptions très positives des structures sanitaires. Plus la personne avancerait dans un parcours de consommateur, plus elle serait tentée

de se rapprocher des structures sanitaires. Cette caractéristique peut être expliquée par un détachement du collectif et un isolement (Tableau n° 83). Ces deux éléments pousseraient davantage ces usagers vers une approche sanitaire pour mettre fin à une trajectoire addictive. L'approche sanitaire est perçue par les usagers, comme l'accompagnement vers l'abstinence, que cet objectif soit inscrit dans la structure ou non. Cette volonté de se dégager de l'addiction est appuyée par les représentations négatives associées aux structures sociales. Celles-ci sont perçues comme des structures qui incitent aux dérives ; dans leur cheminement vers l'arrêt des consommations, elles sont vues comme des "pièges" qui correspondraient à des tentations fortes, dues au rassemblement d'usagers.

Nous avons représenté l'autonomie ressentie des individus dans le tableau n° 84. Nous avons différencié cet élément par des jugements de valeurs extraits de l'ensemble de nos entretiens avec la différenciation entre « très » et « trop » ; le premier correspondrait à un jugement positif, où l'individu souhaite avoir la plus grande liberté possible, tandis que le second *révèle* que les individus ont besoin de davantage d'intervention de la part des professionnels. Les usagers de 40 ans et plus sont dans ce deuxième cheminement puisqu'ils souhaitent être soutenus, conseillés et accompagnés dans une promiscuité importante, à l'inverse des 30-39 ans. Les représentations de la répression, et donc des structures plus institutionnelles, sont moins fixées. Avec le recul pris sur leur trajectoire addictive, les usagers considèrent que cela est nécessaire jusqu'à un certain niveau et peut les mener jusqu'à l'approche sanitaire (par le biais de l'injonction thérapeutique).

**Tableau n° 83 : L'attache au collectif, l'attache aux professionnels selon l'âge et les structure**

|                                       | Usagers des structures |                  |                       |
|---------------------------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
|                                       | <i>18-30 ans</i>       | <i>30-40 ans</i> | <i>40 ans et plus</i> |
| <b>Attachement au collectif</b>       | <b>+/-</b>             | <b>+</b>         | <b>-</b>              |
| <b>Attachement aux professionnels</b> | <b>+/-</b>             | <b>-</b>         | <b>+</b>              |
| <b>Attachement à la structure</b>     | <b>+/-</b>             | <b>+</b>         | <b>+/-</b>            |

Pour les 30-39 ans, les opinions sont plus divergentes. Ainsi, nous avons regroupé deux degrés de représentations pour les structures sanitaires et institutionnelles. L'ensemble des usagers de cette tranche d'âge s'accorderaient sur des perceptions positives des structures sociales et, particulièrement, de la réduction des risques. Cet aspect peut être justifié par la caractéristique de l'autonomie ressentie selon l'âge. Le tableau n° 84 montre que cette catégorie se sent davantage autonome dans ces structures que dans celles sanitaires, et il se trouve que c'est un des éléments recherchés par ces mêmes usagers. L'autonomie ressentie est accentuée par le détachement qu'ils ont par rapport aux professionnels. Ce seraient plus les valeurs attribuées aux structures sociales que les professionnels eux-mêmes qui leur importent. C'est également le caractère collectif qui joue un rôle dans ces représentations puisque les 30-39 ans auraient une attache forte au collectif. Les perceptions des structures sanitaires et sociales de ces usagers sont un peu plus négatives que celles des autres tranches d'âge. Toutefois, nous remarquons l'impact de l'approche nationale privilégiée sur les usagers : lorsque l'approche sanitaire est prônée à l'échelle la plus élevée, les usagers de cette tranche d'âge portent un regard moins négatif sur cette approche comme pour celle répressive.

**Tableau n° 84 : Autonomie ressentie selon âge et la structure d'inscription**

|                              | Usagers des structures |                |                   |
|------------------------------|------------------------|----------------|-------------------|
|                              | <i>18-30</i>           | <i>30-40</i>   | <i>40 et plus</i> |
| <b>Structures sociales</b>   | Très autonomes         | Très autonomes | Trop autonomes    |
| <b>Structures sanitaires</b> | Autonomes              | Pas autonomes  | Autonomes         |

Pour compléter ces résultats sur la réception, nous avons choisi, dans nos monographies, d'étudier l'autonomie à partir de l'ensemble des informations recueillies. Nous ne sommes donc pas dans l'extraction des ressentis des usagers mais dans l'analyse d'indicateurs nous montrant

les degrés d'autonomie. Ceux-ci nous ont servi à montrer les « *gaps* » possibles entre le conscient et l'inconscient<sup>380</sup>.

Dans le dernier tableau (n° 85), nous avons mis en avant l'autonomie étudiée en fonction de l'âge et de la structure ; nous observons que le changement de structure n'a pas d'effet conséquent sur l'autonomie étudiée : il diminue ou accentue légèrement le degré. Les 18-29 ans seraient des individus plutôt autonomes, surtout ceux s'inscrivant dans les structures sociales. Pourtant, ces mêmes usagers seraient apparemment un peu moins autonomes s'ils s'inséraient dans des structures plus sanitaires. L'inscription dans une structure sanitaire pourrait ainsi diminuer le degré d'autonomie, dû à un assistanat et à des règles plus strictes sur lesquelles l'utilisateur pourrait s'appuyer.

Ce constat est également visible pour les 40 ans et plus. Tout d'abord, plus l'âge est élevé, plus la possibilité de l'ancrage dans l'usage de drogue et/ou la précarité est plus importante. Cet ancrage aurait pour effet la diminution du degré d'autonomie. Toutefois, nous pouvons faire le même constat que pour les usagers de 18 à 29 ans. L'investissement dans une structure sanitaire laisse moins de place à l'autonomie. Ce serait davantage l'accompagnement « *distanciel* »<sup>381</sup>, le « *faire avec* », qui offrirait la possibilité aux individus de développer, ou du moins de « *re* » développer, leur autonomie. À l'inverse, l'assistanat et un cadre strict entraîneraient une perte d'autonomie, surtout visible lors de l'arrêt de l'accompagnement.

Les derniers usagers des structures sont ceux de 30 à 39 ans. Ils sont les plus autonomes. L'âge de ces personnes peut donner quelques explications : un ancrage modéré, un plaisir contrôlé de l'usage de drogue ou encore l'importance donnée au collectif (soutien important), etc. Ces indicateurs positifs permettent aux individus de développer une certaine estime de soi. L'estime de soi et l'autonomie pourraient ainsi être liées dans le cadre de trajectoires, difficiles telles que l'usage de drogues (addiction) et la précarité.

Majoritairement, les usagers se sentent davantage autonomes dans les structures sociales que dans celles sanitaires. Les règles, les conditions, les types d'accompagnements sont les

---

<sup>380</sup> Si ces résultats peuvent être considérés comme des jugements de valeur, nous avons pris, pour l'ensemble des individus et des structures, les mêmes indicateurs afin de neutraliser les modifications de ces valeurs entre les différentes analyses.

<sup>381</sup> Nous nommons cet accompagnement « *distanciel* », non pas par opposition au présentiel mais davantage par opposition à l'assistanat (faire pour, faire avec).

éléments qui définissent cette autonomie ressentie. En tant qu'explication, nous aurions pu dire que l'approche médicale est plus "cernée" par des demandes de résultats objectifs, c'est-à-dire soit l'arrêt d'une consommation, soit la réinsertion dans le travail, tandis que les structures sociales ont des objectifs plus "subjectivables"<sup>382</sup>.

**Tableau n° 85 : Autonomie étudiée selon l'âge**

|                   | UDD                        |                              |
|-------------------|----------------------------|------------------------------|
|                   | <i>Structures sociales</i> | <i>Structures sanitaires</i> |
| <b>18-29</b>      | Autonomes                  | Moyennement autonomes        |
| <b>30-39</b>      | Autonomes                  |                              |
| <b>40 et plus</b> | Moyennement autonomes      | Pas autonomes                |

La mise en perspective du tableau n° 84 et n° 85 souligne une grande différence entre l'autonomie perçue des usagers et l'autonomie étudiée. Cette différence est fonction de la subjectivité de l'individu. Lorsque celui-ci apprécie une approche, il se sentira alors plus autonome au sein de la structure utilisant cette même démarche ; par exemple, les plus âgés, appréciant l'approche sanitaire, vont se sentir autonomes malgré un degré d'autonomie étudié montrant l'inverse.

À travers cette analyse, on distingue trois groupes d'individus aux représentations, aux degrés d'autonomie ressentis ou perçus antagonistes. Les plus jeunes restent dans une approche modérée ; les plus âgés s'accordent sur la préférence d'une démarche sanitaire qui, pourtant, n'entraînerait pas un accroissement de l'autonomie, alors qu'ils en manqueraient davantage par rapport aux autres ; les 30 à 39 ans ont une vision inversée au regard des plus âgés.

Maintenant que nous avons mis à jour ces typologies, nous allons mettre en évidence des pistes de réflexion qui pourront servir de support à des préconisations.

---

<sup>382</sup> Tendence qui est d'ailleurs vouée à diminuer du fait d'un rapprochement général entre le social et le sanitaire.

## 2) Pistes de réflexion : éléments pour la construction de préconisations

Le second point de ce chapitre a pour objectif de donner de la matière à de futures réflexions. Ici, nous allons chercher à construire des recommandations théoriques et pratiques. Dans un premier temps, ce sera la réinsertion de la notion de plaisir dans les différents types de prévention qui sera étudiée. Pour cela, nous verrons une prévention plus “acceptante”, une intervention à visée hédoniste, un travail s’appuyant sur l’estime de soi ou encore la création d’une « *culture de la drogue* » pour l’introduction d’un rite basé sur des degrés de « *consommabilité* ». Ensuite, nous nous attacherons à l’analyse des limites du concept de dépendance, sans nier ses apports, par l’importance du retrait de la morale publique ou encore la responsabilité cadrée.

La seconde section s’appuiera sur des préconisations pratiques, à savoir la création d’un lieu où plusieurs approches coexistent et l’insertion d’un nouveau service, dans les structures existantes, focalisé sur la réinsertion professionnelle.

### A) Réinsertion de la notion de plaisir

#### A.1) De la prévention négative à celle positive

Pour amener la réflexion autour de la prévention positive, nous allons faire un bref retour sur celle actuelle, davantage axée sur la prévention de la toxicomanie. Certains pays décident d’utiliser une stratégie nationale tournée vers l’ensemble des préventions, de primaire à tertiaire, tandis que d’autres prônent, au niveau national, la prévention uniquement primaire. Dans les faits, les autres préventions sont également visibles puisqu’elles sont reprises par des associations et des structures qui s’engagent dans celles plus secondaire et tertiaire. Cependant, les outils sont souvent les mêmes dans l’un ou l’autre des cas, c’est-à-dire les préventions que nous pourrions nommées « *négatives* ».

La prévention se tourne, depuis quelques années, vers des stratégies qui s’adressent aux personnes les plus exposées. Depuis longtemps, le lien drogue-crime a été mis en exergue par différents rapports<sup>383</sup>. Il a été soumis à diverses approches qui ont parfois montré que la

---

<sup>383</sup> Le renforcement mutuel de la drogue et du crime a été étudié par BROCHU Serge (1997) « Drogues et criminalité : point de vue critique sur les idées véhiculées », *Déviance et société*, vol. 21, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 303-314.

causalité temporelle entre ces deux faits n'est pas toujours la même puisqu'il faudrait tenir compte à la fois de « *l'imprégnation déviante de l'acteur social* »<sup>384</sup> et des différentes étapes de sa trajectoire de vie, en d'autres termes de la « *signification phénoménologique des gestes posés par les personnes en cause* »<sup>385</sup> pour s'éloigner des modèles linéaires classiques. L'ensemble des écrits scientifiques ont conduit à la mise en évidence de plusieurs facteurs de risque qui permettraient la prédiction de l'apparition des problèmes de dépendance et/ou de délinquance. Ces derniers sont associés du fait de la similarité des facteurs entre ces deux trajectoires : la précocité de la découverte de l'usage de drogues et/ou de conduites "délinquantes", l'absence, la négligence ou un lien inadéquat de l'enfant avec ses parents, une résistance faible à l'influence des pairs ou encore l'inadaptation scolaire. Ajoutons l'appartenance à des zones d'exclusion multiples qui joue un rôle prépondérant.

Face au constat de l'augmentation des consommations et de la précocité de l'expérimentation depuis quelques décennies, la prévention est devenue une alternative à la sanction. Par ailleurs, les formes modernes de prévention possèdent encore des traces de la prévention d'une époque où les débats étaient encore différents, d'où un rapide retour en arrière.

L'accent porté à la répression de l'offre et de la demande et aux stratégies orientées vers l'abstinence représente la rationalité d'alors. La consommation était interprétée selon le couple dépendance/abstinence uniquement : « *Les stratégies étaient largement fondées sur des idées unilinéaires, mécanistes et dramatisantes sur les trajectoires de développement des drogues. L'addiction était considérée comme une carrière qui avait déjà commencé avec le premier essai et qui était hors de toute possibilité de contrôle* » (Barsch, 2008, p. 58). Ainsi, on pouvait mettre fin à cette consommation uniquement par des interventions thérapeutiques puisque cette consommation compromettrait la santé et la capacité sociale (par exemple : l'amotivation).

Aujourd'hui, on cible la jeunesse en s'introduisant au sein des milieux scolaires, festifs ou encore des autres espaces de loisirs. Lorsque l'approche pénale a montré ses défaillances, l'optique préventive s'est installée. Toutefois, la prévention traditionnelle a été tout d'abord axée sur la consommation et la délinquance. Mais celle-ci, en délaissant les autres difficultés

---

<sup>384</sup> BROCHU Serge (1995), *Prévention de la toxicomanie : prévention de la délinquance : prévention de la déviance*, Conseil québécois de la recherche sociale, Rapport technique, Québec [Online], p. 7.

<sup>385</sup> BROCHU Serge (1995), *op. cit.*, p. 8.

des jeunes, a eu un impact limité<sup>386</sup> : « *En prévention primaire et secondaire, avant de philosopher avec ceux qui s'orientent vers de sérieux problèmes de consommation et avant de jouer de la garcette avec eux, il faudrait sans doute d'abord leur donner à manger, de quoi s'abriter décentement et leur permettre de trouver des moyens légitimes pour assurer leur survie, en plus d'un sens dans la vie. Pourtant, on leur démontre régulièrement qu'ils sont responsables de leur état pitoyable - c'est parce qu'ils ne sont pas plus fins. Non seulement ils sont empêtrés dans des situations insoutenables que la société elle-même leur a créées, mais l'avenir demeure bouché. Le sens de valeur personnelle et l'estime de soi s'en trouvent réduits à l'extrême et le sens d'utilité devient à peu près inexistant* » (Cormier, 1993, p. 23). Pour pallier ce problème, c'est l'approche globale qui a été introduite et qui vise le milieu, l'individu et le comportement dans un processus plus dynamique. Dans ce sens, il s'agissait d'aider les individus à acquérir des attitudes et des habiletés adaptées aux normes sociétales dans l'objectif d'une gestion correcte des situations de vie.

La prévention a été ensuite divisée en plusieurs sections (primaire, secondaire et tertiaire) à l'égard du rapport de l'individu à la drogue ainsi qu'en fonction des facteurs de risques de chacun. Dans plusieurs pays<sup>387</sup>, cette division s'est heurtée à de nouveaux problèmes. En ciblant les personnes « *à risque* », cette prévention a entraîné des peurs, des craintes et des discriminations. Beaucoup de ces stratégies ont basculé vers une prévention tertiaire dédiée uniquement aux personnes les plus « *à risque* », couplée à une prévention primaire axée sur des représentations négatives de la drogue. Cela aurait alors engagé des stigmatisations sociales et un contrôle accru de ces mêmes individus.

Nous pourrions ainsi préconiser la séparation des préventions, tout en intégrant la prévention tertiaire dans celle primaire via l'entrée des usagers comme acteur de la prévention primaire. Cette piste s'engage dans la responsabilisation du patient et dans son autonomisation. Comme nous l'avons dit, l'ensemble des préventions sont aujourd'hui plus ou moins utilisées dans les pays. Cependant, les débats ont toujours été axés sur le ciblage de la prévention ainsi

---

<sup>386</sup> TREMBLAY Roy (1992), « Les femmes et les enfants d'abord : vers une concertation des efforts préventifs et curatifs dans le domaine de l'inadaptation psychosociale », *Conférence d'ouverture de la Journée d'étude Jeunes et Toxicomanies : Des actions conjointes pour Prévention de la toxicomanie : prévention de la délinquance : prévention de la déviance mieux les aider*, Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Association des Centres d'accueil du Québec, pp. 1-19.

<sup>387</sup> Par exemple « *Just say no!* » en Amérique.

que sur la diversification des approches (de l'approche sur les consommations et la délinquance à celle incluant les autres sphères).

De ce constat, associé à nos résultats, nous avons préféré orienter la réflexion par rapport à la question de la morale. Les actes de prévention primaire actuels sont centrés sur plusieurs principes qui posent les problèmes suivants :

- la crédibilité des informations : les personnes ciblées par la prévention primaire, ceux « à risque », n'intègrent pas les informations transmises, discréditées par celles provenant d'autres sources, plus fiables aux yeux de ces individus ;

- la peur n'évite pas le passage à l'acte : l'interdiction et les discours péjoratifs sur la consommation n'entraînent pas l'abstinence ;

- des messages préventifs abstraits : les jeunes n'entrent pas forcément dans des comportements par mimétisme. Les messages vagues apportés n'ont pas assez de significations pour être compris.

L'ensemble des informations données par les acteurs de la prévention s'appuie sur des discours négatifs. Ils reposent sur le principe que l'usage de drogue est néfaste, quel qu'il soit. Pourtant, l'objectif de prévention serait plus de conscientiser les individus plutôt que de dramatiser les situations. Les intentions sont ainsi davantage moralisatrices qu'elles ne promeuvent la santé. L'usage de drogue peut être perçu comme néfaste pour l'hygiène de vie. Toutefois, nous savons que, selon le produit, son mode de consommation ou encore sa fréquence, les effets sur la santé diffèrent. Aujourd'hui, il est scientifiquement admis que plusieurs formes de consommations sont conciliables avec les santés physique, psychique et sociales<sup>388</sup>. Kleiber et Soellner ont mis en avant autant de composantes destructrices que favorables, voire protectrices, de l'usage de drogues. Ainsi, la consommation peut être intégrée dans la réalité de vie des individus et avoir une place justifiée. De plus, elle serait compatible avec des valeurs prônées dans notre société comme la performance.

Ainsi, la prévention ne peut se réduire au couple dépendance/abstinence. La consommation possède des fonctions et des significations différentes selon les époques. Ce

---

<sup>388</sup> Voir, par exemple, KLEIBER Dieter et SOELLNER Renate (1998), *Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken*, Munich, Juventa.

serait davantage l'équilibre entre cette consommation et les autres besoins et exigences vitales qui devrait être au centre de l'attention.

Plutôt que de vouloir toujours appréhender la prévention sous un angle négatif, on devrait l'élargir aux aspects positifs dans une ambition de promotion de la santé et non dans un sens incitatif. Les aspects positifs peuvent être liés à la consommation en elle-même mais également par rapport aux caractéristiques sociales et culturelles, à l'usage communicatif, libérateur ou aux autres fonctions qualitatives et aux avantages que peuvent engager une consommation modérée.

Le plaisir et l'ivresse sont des aspects mis de côté dans les messages de prévention. Les travaux de recherche en neurobiologie font valoir que les drogues activent les circuits de récompense du cerveau tout comme la nourriture, le sport ou le sexe. Cependant, l'écart informationnel de la prévention est créé à partir du manque de référence au plaisir. Ne pas évoquer ces notions alors qu'elles sont à la base de la consommation, serait une erreur. Les jeunes, lors de leur première expérience, constatent cet oubli, souvent relaté par ceux ayant déjà expérimenté, d'où le décalage entre les informations théoriques apportées par les acteurs de la prévention et celles plus expérientielles.

Ces pistes de réflexions amènent l'idée du remplacement de la prévention de la toxicomanie, qui se concentre sur les aspects négatifs des usages, par une politique axée sur le plaisir et ainsi tournée vers des aspects plus positifs ; en d'autres termes, ce serait le passage du contrôle des consommations à celui du contrôle du plaisir. Cette prévention « *acceptante* », dirigée vers le plaisir, pourrait s'appuyer sur la « *maturité de la drogue* » telle que signifiée par Gundula Barsch<sup>389</sup>.

#### *A.2) Déplacement du plaisir dans l'intervention*

En plus d'intégrer la notion de plaisir au sein de la prévention primaire, cette dernière devrait être inscrite dans celle secondaire et tertiaire. Nous n'allons pas faire de préconisations en ce qui concerne la réduction des risques étant donné que le débat et les recommandations ont été étudiés et largement évoqués. Si les préconisations ne sont pas toutes suivies et que les raisons de ces choix sont politiques, économiques ou encore culturels, nous avons déjà, à travers nos

---

<sup>389</sup> BARSCH Gundula (2008), *Lehrbuch Suchtprävention: Von der Drogenmündigkeit zur Drogenmündigkeit*, Berlin, Neuland.

monographies, donné quelques explications ayant trait aux obstacles de la mise en application de certains dispositifs.

Nous avons choisi de nous centrer sur le plaisir, notion mise de côté dans la prévention primaire et la prise en charge des individus consommateurs de drogues.

Cet état émotionnel est l'une des clés pour l'accès à l'ensemble de la trajectoire de l'individu, le passage à une consommation contrôlée ainsi que pour aborder l'addiction ; l'adhésion à un usage de drogues récurrent s'appuie sur le bien-être que celui-ci procure. Parler des effets positifs du début de la consommation d'un individu pourrait, d'une part, donner accès aux besoins à combler de l'usager et, d'autre part, à faire redécouvrir la notion de plaisir.

Cependant, l'objectif n'est pas d'inciter les individus à retrouver uniquement ce plaisir par l'usage. C'est davantage l'apprentissage du contrôle du plaisir qui doit être au centre. Plusieurs solutions peuvent être amenés pour débiter cet apprentissage qui est, d'ailleurs, plus un « ré » apprentissage. L'entrée dans une dépendance entraînerait la perte de la notion de plaisir tant par rapport aux effets de la consommation qu'aux autres faits apportant cet état émotionnel. Pour le retrouver, il y aurait plusieurs types de démarches : par la consommation contrôlée et/ou par les autres sources de plaisir.

La consommation contrôlée paraît biologiquement complexe après une période d'addiction. Néanmoins, nous ne pouvons pas abandonner cette idée puisqu'elle dépend davantage de la génétique, de la durée d'ancrage dans l'addiction et des volontés personnelles des personnes consommatrices. Le retour à une consommation modérée pourrait entraîner une réappropriation du plaisir procuré par l'usage ponctuel.

Nous savons que l'addiction est construite à partir des aspects comportementaux mais également neurobiologiques. Selon Aviel Goodman, « *l'addiction peut être définie comme un processus dans lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise interne, est utilisé selon un schéma caractérisé par (1) l'incapacité récurrente à contrôler le comportement (impuissance) et (2) la poursuite du comportement malgré des conséquences négatives importantes (impossibilité de le gérer)* » (Goodman, 1990, p. 1404). Le dossier de l'INSERM « *Addiction, du plaisir à la dépendance* »<sup>390</sup> rappelle que

---

<sup>390</sup> Dossier INSERM (2017), *Addiction : du plaisir à la dépendance*, avec la collaboration de BENYAMINA Amine, unité 1178 Inserm/université Paris Sud, hôpital universitaire Paul-Brousse, Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, Villejuif.

l'installation d'une addiction se construit à partir de trois phases : la recherche de plaisir, un état émotionnel négatif et la perte de contrôle. Celle de plaisir est à la base du développement de cette maladie et, au fur et à mesure de l'avancement, il y a un affaiblissement de ce ressenti.

Dans la première phase, plus l'individu consommera, plus la production naturelle d'endorphines diminuera. Ainsi, le plaisir ne pourra plus être obtenu par les plaisirs naturels. Cette caractéristique montre l'importance de la reprise de la substance pour activer le circuit cérébral de la récompense en augmentant la tolérance au produit et laisse place à une sensation de manque quand il n'y a pas d'usage. Cette phase a été définie comme celle de la « *lune de miel* » par Claude Olivenstein. L'usage de drogue permet de supprimer le déplaisir. Lors de cette phase, la prise en charge se focalise sur la prévention des risques secondaires.

La deuxième phase correspond à une diminution de taux de dopamine libéré à chaque consommation, « *rendant le circuit de la récompense beaucoup moins sensible à toutes les molécules qui le stimulent habituellement. Par ailleurs, les décharges répétées de dopamine conduisent à une modification du fonctionnement de l'amygdale cérébrale, rendant l'individu plus stressé, avec des émotions plus négatives (dysphorie). Aussi, ce qui apportaient du plaisir au quotidien devient moins motivants et seule un accroissement de la dose de substance consommée (ou du temps de pratique) peut à la fois satisfaire le circuit de la récompense et soulager de la dysphorie. A ce stade, la consommation ou la pratique excessive vise donc à sortir d'un état émotionnel négatif, et non plus à prendre du plaisir. Cette phase est en outre associée à une perte progressive de la plasticité cérébrale, c'est-à-dire la capacité des neurones à se réorganiser entre eux pour intégrer de nouvelles données* » (Dossier INSERM, 2017, p. 5). Le système dopaminergique est régulé par des neuromédiateurs qui agissent sur des récepteurs. Il est activé de manière anormale lors de prise de drogues récurrentes ; cette activation neuronale est beaucoup plus longue lorsqu'elle est provoquée par l'usage d'une substance plutôt que de manière naturelle. Contrairement à la récompense naturelle qui obéit à un processus d'habituation<sup>391</sup>, la prise de drogue a pour effet la libération dopaminergique<sup>392</sup>.

---

<sup>391</sup> Selon la définition du *Dictionnaire de la Psychiatrie* (2000), JUILLET Pierre (sous la dir. de), Paris, CILF, l'habituation est le « *phénomène de diminution progressive ou de disparition d'une réponse à la suite de la répétitions d'un même stimulus* ».

<sup>392</sup> REYNAUD Michel (2005), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, pp. 17-25.

Pour équilibrer ces stimulations répétées, des mécanismes « *opposants* »<sup>393</sup> sont enclenchés, ce qui modifie le circuit de récompense. La drogue est ici consommée par plaisir et pour supprimer le manque physique.

Le dernier stade de l'addiction est celui de la « *perte de contrôle* ». Il correspond au bouleversement des circuits de la récompense et des émotions. En ce sens, l'individu perd ses capacités d'autorégulation, a du mal à prendre des décisions, et l'envie de consommer est irréfrenable<sup>394</sup>. Ici, la notion de plaisir n'est plus présente puisque l'utilisateur se focalise sur la recherche du produit et son financement.

Face au constat que la notion de plaisir est inhérente à la drogue, il faut ainsi réintégrer cet état émotionnel au sein de la prise en charge des individus. Celle-ci peut prendre la forme d'un réapprentissage du contrôle du plaisir, soit par le retour à une consommation modérée, comme perçu précédemment, soit par l'introduction de nouvelles sources de plaisir pouvant s'appuyer sur des loisirs, des sports, des interactions ou d'autres. L'inscription de projets à long terme donnerait aux personnes consommatrices de drogues plus de possibilités de trouver ces nouvelles sources. Celles-ci pourraient être au fondement de la consommation modérée. Ainsi, elles passeraient du cercle vicieux de l'addiction/du plaisir à un cercle vertueux.

Ces préconisations ne prétendent pas être des solutions miracles et seront à confronter à la pratique afin d'être détaillées et adaptées à l'ensemble des individus. Afin de multiplier les chances d'obtention de résultats pour les personnes ciblées, il faudrait qu'il y ait un changement de paradigme de la prévention, comme il a été expliqué plus haut. Pour renforcer l'insertion de la notion de plaisir dans l'accompagnement et la prévention des addictions, nous allons voir que le travail ciblé sur l'estime de soi pourrait être l'une des solutions à son enracinement.

---

<sup>393</sup> Pour aller plus loin sur le fonctionnement du mécanisme « *opposant* », voir KOOB George et LE MOAL Michel (2001), « Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis », *Neuropsychopharmacology*, vol. 24, n° 2, février, pp. 97-129.

<sup>394</sup> « *L'observation par imagerie (IRM ou PET-Scan) du cerveau de personnes dépendantes montre notamment une diminution des flux sanguins, une hypoactivation des régions corticales frontales et une hyperactivation des régions impliquées dans la motivation, la mémoire, le conditionnement et les émotions* » (*ibid.*, p. 7).

### A.3) L'estime de soi, un vecteur de plaisir

Le psychoéducateur Germain Duclos<sup>395</sup> a mis en évidence une grille des composantes de l'estime de soi, dont le sentiment de sécurité et de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de réussite/compétence.

L'ensemble de ces compétences s'appuient sur celles psychosociales établies par l'OMS en 1993. Le concept de « *life skills* » définit dix aptitudes qui sont à développer tout au long de la vie pour permettre aux individus d'avoir les clés des comportements favorables à la santé ainsi qu'au bien-être. Elles sont définies comme suit : « *Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* » (OMS, 1993). Celles-ci ont pour objectifs le bien-être physique et psychique des personnes, l'insertion sociale et socioprofessionnelle et l'épanouissement personnel<sup>396</sup>.

Ces dix « *life skills* » reconnues ont été classées par couples :

- savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créatrice/avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi/avoir de l'empathie ;
- savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions.

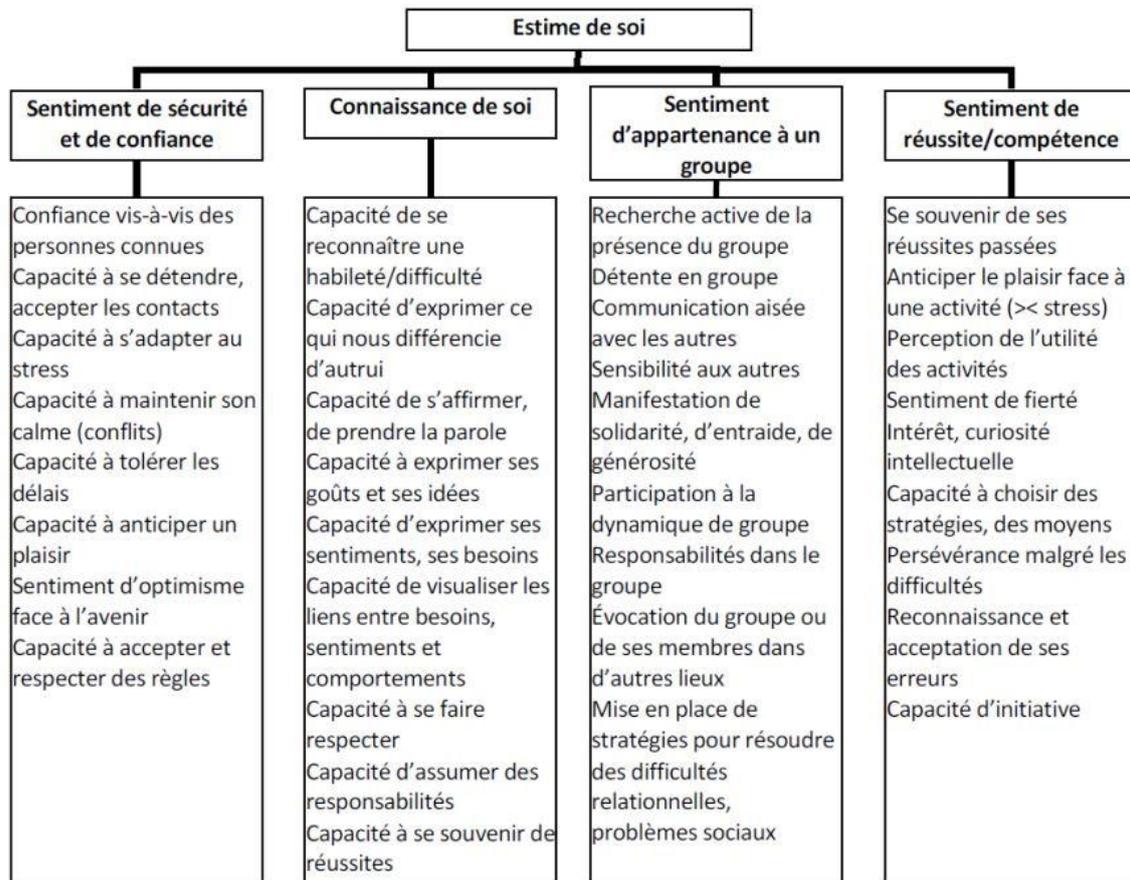
Les compétences psychosociales sont au fondement du renforcement de l'estime de soi et du pouvoir d'agir. Lorsque l'accompagnement s'appuie sur ces objectifs, il vise à aider les individus dans le développement de compétences qui sont essentielles pour faire des choix éclairés et libres.

---

<sup>395</sup> DUCLOS Germain (2004), *L'estime de soi un passeport pour la vie*, Montréal, Éd. de l'hôpital Sainte-Justine.

<sup>396</sup> Extrait de « Compétences psychosociales et promotion de la santé », *Ireps Bourgogne*, novembre 2014, p. 5.

**Figure n° 28 : Grille des socles de compétences de l'estime de soi selon Germain Duclos**



Source : DUCLOS Germain (2004), *L'estime de soi un passeport pour la vie*, Montréal, Édition de l'hôpital Sainte-Justine, p. 112.

Cependant, pourquoi associer plaisir et estime de soi ? Le plaisir, en plus d'être un véritable levier d'apprentissage, est également producteur de confiance et d'estime. Réciproquement, cette estime pourrait être un générateur de plaisir.

Le plaisir est tout autant un besoin qu'une puissance mobilisatrice. Il peut conduire à l'émancipation et souvent à l'entreprenariat de projets. Tout comme l'estime de soi, il relève de l'éducation. Ainsi, nous partons du principe que le plaisir ainsi que l'estime de soi, intimement liés, peuvent manquer à certains individus. Toutefois, le terme d'éducation amène quelques questionnements puisqu'il renvoie à certaines valeurs, philosophies et éthiques : qu'est-ce qu'éduquer aux plaisirs ? Éduquer aux plaisirs est-il possible ? Et lorsque cette éducation est plus tardive, comment peut-elle être introduite ? Y aurait-il une bonne ou une mauvaise éducation aux plaisirs ? Sur quelles valeurs et quelle éthique pourrait-on s'appuyer lorsque le

but est l'épanouissement des individus ? Finalement, cette éducation aux plaisirs ne va-t-elle pas de pair avec celle de l'estime de soi ?

L'estime de soi est un vecteur de plaisir. Plus l'individu possèdera une estime convenable, plus il pourra être apte à recevoir les plaisirs dits "naturels". Les structures qui viennent en aide aux personnes consommatrices de drogues, qu'elles proviennent d'un domaine médical ou qu'elles relèvent du social, pourraient introduire comme pilier d'accompagnement l'estime de soi, qui ne devrait pas être perçue comme un outil attaché aux travailleurs sociaux. Le plaisir serait un moyen pédagogique, contre l'amotivation, et une finalité, pour l'épanouissement, l'estime de soi et le pouvoir d'agir.

La prise en charge est essentiellement fondée sur une visée hygiéniste. L'épidémie de sida est à la base de l'accompagnement de ces individus. Si la transmission de cette maladie chez les usagers de drogues a permis le développement de dispositifs, cela pourrait être un frein à la réinsertion de ces personnes. Pour ne pas enrayer l'évolution de l'accompagnement des consommateurs, la prise en charge pourrait davantage se centrer sur une visée plus hédoniste. Axé sur le plaisir, l'accompagnement pourrait être plus propice qu'une visée hygiéniste. En cela, la recherche de plaisir serait plus bénéfique pour la santé que le « *devoir de santé* » qui pourrait mener vers la sédentarité, la discrimination et la diminution de l'estime de soi. La prise en charge s'appuyant sur le plaisir et son réapprentissage entraîneraient un accroissement de cette estime ainsi qu'une puissance mobilisatrice supérieure.

Néanmoins, il n'y a pas d'image de soi sans le regard d'autrui. L'ensemble des signaux diffusés par les autres personnes joue un rôle important dans la recherche d'estime et de plaisir. Or, les représentations des personnes sur celles usagères de drogues sont souvent négatives. Ainsi, pour que le travail sur l'estime de soi par la recherche de plaisir soit viable, il faut qu'il y ait un engagement autour des représentations extérieures, par exemple par la prévention positive et « *acceptante* » vue précédemment.

Enfin, nous pouvons ajouter un dernier point à cette recommandation. Sans que celle-ci soit innovante, nous pensons que la projection vers l'avenir peut réintroduire l'état motivationnel qu'est le plaisir. Si les professionnels sont souvent dans l'optique que le projet représente des « *zones d'espoir* » et de réalisation de soi, il faut toutefois évaluer les capacités des individus. Il ne faudrait ni sous-évaluer ni surévaluer les projections, lesquelles peuvent avoir l'effet inverse que celui désiré.

#### A.4) *Dépénalisation : le droit au plaisir et la « maturité de la drogue »*

Les déficits inhérents aux concepts actuels de prévention de la toxicomanie montrent le besoin d'une réorientation fondamentale qui échapperait aux forces attractives du modèle de pensée actuel. Le changement de paradigme global est ainsi nécessaire avec le passage de l'acceptation à l'abstinence. Celle-ci ne représente qu'une forme de volonté d'individus consommateurs qui ne peut être généralisée. La conserver comme unique voie de réinsertion est vouée à l'échec et signifie une incapacité à s'occuper du phénomène « *drogues* ».

Nous allons nous attacher ici à montrer un intérêt, souvent mis de côté, dans une approche de dépénalisation, le droit au plaisir et la « *maturité de la drogue* »<sup>397</sup>. Cette dernière expression implique le développement de la maturité face aux drogues en permettant aux individus de s'orienter de manière autonome dans les différentes situations de vie et de développer des moyens pour y faire face. Cette « *maturité* » n'entre pas dans les directives actuelles axées sur l'abstinence ni sur la réduction des risques puisqu'elle va au-delà de la transmission de savoir-faire. Elle « *est le résultat d'un faisceau de compétences techniques, sociales, culturelles, réflexives, émotionnelles, sensuelles et, enfin, éthiques, dont chacune représente un défi en soi* » (Barsh, 2008, p. 12). Pour cette auteure, les bases de cette « *culture* » sont les connaissances culturelles, informatives et techniques des drogues, les aptitudes au plaisir, la faculté critique et la gestion des risques. Tous ces éléments permettraient d'agir de manière autonome et éclairée ; la personne est informée « *parce qu'elle est fondée sur la connaissance du plaisir et du fardeau des drogues* » (Marzahn, 1994, p. 44).

Pour enclencher le processus de « *maturité* » aux niveaux sociétal comme individuel, il faut aborder plusieurs thématiques<sup>398</sup> qui s'appuient sur une base déjà existante :

- *l'éducation en matière de drogues/facultés critiques* : pour ne pas se limiter aux intérêts et aux besoins individuels dans le développement de compétences, il faudrait inclure le cadre social, culturel, économique, politique afin de développer une approche critique. Pour

---

<sup>397</sup> Concept forgé par BARSH Gundula (2008), *Lehrbuch Suchtprävention: Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit*, Berlin, Neuland.

<sup>398</sup> Certaines des thématiques abordées s'appuient sur les travaux de Gundula Barsh auxquels nous avons apporté des précisions.

cela, l'introduction de la notion de plaisir pourrait être au fondement de cette nouvelle manière de penser et d'apprendre les drogues ;

- *les compétences en matière de plaisir* : il serait intéressant d'aller au-delà de la connaissance des effets possibles des drogues. Il faudrait donner la capacité aux individus de construire des ponts, de ne pas isoler la partie de l'individu qui consomme des drogues. Ainsi, il est nécessaire de relier l'ensemble des références de l'utilisateur ;

- *gestion des risques, compétences informatives, techniques/sociales et éthiques* : aller plus loin que l'information sur les risques possibles et comment y faire face. Il est nécessaire d'insister sur la dimension sociale et éthique en tenant compte, par exemple, des conséquences sur l'entourage.

La « maturité des drogues » « est une consommation intégrée, contrôlée de manière autonome et orientée vers le plaisir, qui permet à tous les consommateurs de substances psychoactives de participer à la vie sociale générale de manière autodéterminée et évidente. Cela est d'autant plus vrai que la consommation mature de drogues devient compatible avec les exigences et les tâches imposées par l'extérieur et par soi-même, et que les routines comportementales irrationnelles sont remplacées par une gestion consciente et différenciée des risques. La maturité de la drogue devient une condition préalable à la capacité sociale parce que les schémas comportementaux individuels déclenchés par la consommation de drogue, tels que le détachement temporaire de la vie quotidienne, l'orientation personnelle, le plaisir, les expériences limites et le gain de plaisir, sont intégrés dans des objectifs sociaux/communautaires, tels que le fait d'éviter de nuire à soi-même et aux autres. À cet égard, la décision individuelle de s'abstenir de consommer (tout au long de la vie ou en fonction de la situation) peut - mais ne doit pas - être également interprétée comme une maturité » (Barsh, 2008, p. 17).

Partant de ce principe, il en ressort un réel manque de compréhension et de négociation des règles socialement acceptées quant à la perte de contrôle dans le cadre de l'usage de drogue. La répression des affects, le contrôle de soi ou encore la rationalité sont des valeurs qui freinent l'engagement dans la tâche de découvrir l'acceptable de l'inacceptable, en dehors du binôme dépendance/abstinence. Celles-ci limitent la question de la probabilité d'un usage autocontrôlé ainsi que l'intégration de la notion de plaisir dans les drogues. Aucune norme d'évaluation n'est proposée aux individus pour ce qui est des comportements appropriés en matière de

consommation à l'exception de la volonté d'abstinence. Il serait ainsi intéressant de développer des degrés de "consommabilité" appropriés. Ceux-ci pourraient remplacer ou s'ajouter aux rituels qui accompagnaient les individus dans ce type d'expérience. Sachant que les experts d'aujourd'hui ne sont plus les détenteurs de cette tâche, du fait de la visée hygiéniste et de l'abstinence associée, et que nous ne pouvons pas, du moins dans l'acceptabilité actuelle de la consommation, donner cette responsabilité à des usagers expérimentés de manière officielle<sup>399</sup>, il paraît essentiel de développer cette « *culture de la drogue* » à une échelle plus générale à partir d'éléments provenant des échelons individuels (savoirs expérientiels). Pour engager un tel processus, il faudrait qu'il y ait une certaine acceptation, une tolérance de l'acquisition d'expériences. C'est ainsi qu'entre en jeu la question de la dépénalisation.

La dépénalisation serait, en quelque sorte, le support à la création d'un espace pour la conception d'une « *culture de la drogue* ». La question est de savoir si des dispositifs comme les salles de consommation à moindre risque sont des espaces suffisants pour développer les bases de cette culture.

## B) Les limites du concept de dépendance

### *B.1) La dépendance : vers une évaluation standardisée et une limitation du pouvoir d'agir*

Le concept de dépendance a été déprécié dans beaucoup de disciplines pour plusieurs raisons : son manque de définition et ses essais d'acceptions abstraites et/ou approximatives, parfois sans valeur empirique, son aspect moralisateur ou encore son manque d'innovation par rapport à d'autres termes déjà employés.

Comme nous avons vu plus haut, le phénomène des drogues est encore perçu à travers la dépendance et l'abstinence. Ce modèle hygiéniste, qui s'appuie sur l'exigence de l'abstinence, a longtemps dicté l'ensemble de la prise en charge des personnes. Cette restriction autour d'un traitement indifférencié a été un obstacle au développement de la « *culture des drogues* » et a ainsi englobé l'ensemble des consommateurs (de celui qui s'initie, au récréatif, au régulier jusqu'à l'addiction). Les personnes qui s'initient aux drogues sont perçues comme en « *pré-addiction* », dans la phase préliminaire de cette maladie. La notion de plaisir est extirpée et la drogue ne peut être perçue comme une pratique récréative. La dépendance a

---

<sup>399</sup> Nous pouvons penser que ces rites de transmission de savoirs sont présents dans certains espaces, entre usagers.

entraîné la pathologisation, la standardisation et la classification des effets secondaires de l'usage tout en cloisonnant à ces éléments. C'est en cela que nous considérons que la dépendance a engagé des évaluations standardisées qui n'ont pas eu d'effets uniquement sur le traitement des consommateurs mais sur l'ensemble des pratiques et des représentations de la drogue.

La dépendance est aujourd'hui davantage appréhendée comme un processus dynamique à plusieurs degrés. Cette acception moins linéaire permet la compréhension de l'usage récréatif ou ponctuel et aborde le phénomène en dehors de son unique finalité : l'addiction. Ainsi, sans être encouragé, l'usage de drogue peut être un comportement acceptable sous certaines conditions et de manière sélective.

En dehors de cette évaluation unique qui tend à disparaître, le diagnostic de dépendance fait également obstacle au pouvoir d'agir de l'individu. Le concept même limite, voire nie, ce pouvoir. La terminologie gravitant autour des usagers de drogues (par exemple, la dépendance ou l'addiction) est imprégnée par des idées ancrées, et ce langage s'étend à l'ensemble des comportements de la vie courante (addiction aux jeux, à la télévision, etc.). La dépendance n'est alors pas uniforme. Les critères pour être diagnostiqué « *dépendant* » sont pluriels et peuvent se produire, ou non, selon les individus. Malgré les critiques, le concept paraît largement accepté, voire incontestable. Du fait des trois variables mises en évidence dans le mode de consommation (l'individu, le produit et l'environnement), la dépendance doit être comprise comme le résultat de la communication interpersonnelle et des développements socioculturels. Ainsi, le discours social devrait entrer dans les questionnements sur la dépendance. Tout comme pour la création de degrés de « *consommabilité* », nous entrons dans des questionnements culturels qui diffèrent et changent selon les espaces et le temps. Ces réflexions font référence aux interrogations autour de la construction des « *problèmes sociaux* ».

Le concept de dépendance a des effets secondaires<sup>400</sup>. Il serait donc utile de le mettre de côté pour éviter de généraliser et de "stéréotyper" les individus.

---

<sup>400</sup> Il a également eu des effets positifs comme la reconnaissance de la dépendance comme maladie, les droits et les aides liés, etc.

## *B.2) Morales publiques versus morales privées*

La question de l'autonomie individuelle dans le cadre d'une dépénalisation entraîne des interrogations sur les rapports entre morale publique et morale privée.

La dépénalisation ou les dispositifs de réduction des risques ont pour objectif de redistribuer les pouvoirs et laisser les individus autonomes face à leurs usages (sans pour autant faire disparaître l'accompagnement). L'entrée de ces stratégies suppose une certaine neutralité des institutions puisqu'elles doivent se décharger de tout jugement moral face aux pratiques d'usage de drogues. Cet évitement serait alors au bénéfice de la santé publique, toujours dans une intention hygiéniste.

Dans la prise en charge des usagers, les évolutions actuelles, souhaitant intégrer l'individu ainsi que lui redonner une certaine autonomie, avec tout un ensemble de nouvelles pratiques, affirment une volonté de diminution de la morale publique face à celle privée. Avant de comprendre ce passage, nous allons d'abord définir ce que nous entendons par ces deux morales.

La morale publique correspond à l'ensemble des principes, des jugements ou encore des règles de conduites quant au bien et au mal. Ces éléments construisent des devoirs, des valeurs et s'imposent aux consciences tant individuelles que collectives. Parfois établie en doctrine, la morale publique peut ainsi varier d'une société à une autre. À partir de cette morale, les institutions "supérieures" dictent des opinions, des croyances qui sont souvent bâties en dogmes. Ces conceptions guident les citoyens dans leurs actions et dans leur interprétation des faits. Spécifiquement ici, la morale publique équivaut aux croyances et aux opinions des institutions étatiques sur les pratiques de l'usage de drogues.

*A contrario*, la morale privée ne peut s'ériger en doctrine. Elle est avant tout personnelle, même si elle peut être partagée par un ensemble d'individus. Elle se construit à partir de l'environnement, de l'éducation ou encore des expériences. Elle n'engage pas de devoirs et peut s'éloigner de celle publique.

Nous pensons que l'introduction de stratégies de réduction des risques ou encore la dépénalisation sont le reflet du retrait volontaire de la morale publique, voire de son affaiblissement.

Le clivage existant entre les visées hygiénistes et hédonistes montre à nouveau des failles. Si nous prenons comme exemple les dispositifs des salles de consommation à moindre risque, nous remarquons qu'ils entrent dans le « *devoir de santé* ». Ce serait l'un des symboles de l'allègement de la morale publique. Dans ces salles, les professionnels, s'ils peuvent orienter les usagers vers d'autres structures pour débiter un parcours de soin (tant socialement que sanitaire), ne sont pas dans l'obligation d'accepter cette prise en charge. Au sein même des SCMR, les usagers ne sont pas dans l'obligation de se soigner, et le lieu s'appuie sur le principe du « *non-jugement* » et de l'anonymat. Ce dernier est d'ailleurs caractéristique de cette volonté de diminution de la morale publique, laquelle ne permet pas de suivre sur le nombre, la fréquentation ou encore les lieux d'habitation des usagers. Cette méconnaissance, qui ne reste en réalité que théorique<sup>401</sup>, se veut le symbole de la supériorité de la santé sur le jugement de ces pratiques.

L'effacement de la morale publique montre bien la volonté sociétale quant au développement de l'autonomie individuelle : « *Il s'agit de dépénaliser partiellement certaines conduites pour donner aux individus le choix entre plusieurs possibilités afin qu'ils maîtrisent le cours de leur existence* » (Bellivier, 2020, p. 123).

Les objectifs de la salle de consommation à moindre risque sont doubles : la santé et la tranquillité publiques. Ces démarches sont très corrélées puisque les intérêts des citoyens (hors ceux accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogues) se retrouvent dans ces deux ambitions ; les citoyens sont à la fois protégés au niveau de leur santé compte tenu de la diminution des consommations extérieures (par exemple, les seringues et aiguilles utilisées) et au niveau de la sécurité physique par la diminution des nuisances associées à l'usage de drogue en milieu urbain.

Dans les enjeux plus précis de ces salles, il y a celui de la stabilisation des usagers par l'accès à un service de santé et un suivi social dans le but de favoriser leur réinsertion et « *restaurer leur dignité* »<sup>402</sup>. C'est l'un des éléments qui prouve que le constat du retrait de la

---

<sup>401</sup> Dans les faits, les professionnels connaissent leurs usagers tout comme dans les CAARUD. Cet anonymat est fait davantage pour rassurer les usagers puisqu'il permet d'éviter les éventuelles transmissions d'informations aux niveaux supérieurs des structures.

<sup>402</sup> Cette expression a été extraite du document « *Informations sur les salles de consommation à moindre risque de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives* » (2016), réitéré dans le flyer « *Fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque parisienne* » (2020).

morale publique est à relativiser. La place de l'État dans ces dispositifs est ainsi entre participation et retrait<sup>403</sup>. Le retrait de cette morale n'est perceptible qu'en surface. Éric Péchillon postule que ce n'est ni un réel retrait, ni une participation complète<sup>404</sup> : l'État, et les structures qui en découlent, seraient davantage dans une neutralité morale tout en ayant des exigences auprès du public accueilli. À la question de la possible éviction de jugements moraux par rapport à cette thématique, Florence Bellivier<sup>405</sup> suggère la présence d'autres types de normativités se subordonnant à ce retrait en prenant l'exemple de la santé publique.

Pour répondre à l'exigence sociétale de l'autonomie du patient, il faudrait que la morale publique puisse être mise de côté car elle reste un frein en matière de représentations et de pratiques. La salle de consommation ne pourrait être qu'un moyen de répondre à des exigences de l'ordre de la morale publique à travers la focale sécurité. Pour autant, nous ne mettons pas de côté l'ensemble des bénéfices de ces salles sur les représentations des citoyens n'utilisant pas ces dispositifs et, surtout, sur les usagers eux-mêmes.

L'introduction ou l'expérimentation des SCMR ne serait ainsi pas le symbole d'un passage de la morale publique à celle privée. La dépénalisation s'en approche davantage.

Toutes ces réflexions nous amènent à la question du pluralisme théorique et pragmatique face à la question de la prise en charge des usagers. Pouvons-nous inscrire une démarche juridique/pénale (répression), sanitaire (l'abstinence/traitements médicaux) et de réduction des risques (dispositifs SCMR, AERLI etc.) et ainsi imbriquer tout un ensemble de morales ? Enfin, si les SCMR ne sont pas des dispositifs d'introduction aux débats sur la dépénalisation, ne sont-elles pas vouées à disparaître ? Si elles permettent d'accéder aux consommateurs les plus vulnérables, dans certains pays européens où la dépénalisation n'est pas encore ancrée, des SCMR sont fermées.

---

<sup>403</sup> Cette question a été posée par PÉCHILLON Éric (2017), « L'État entre participation et retrait », communication dans le cadre du colloque *Les salles de consommation de drogues à moindre risque*, Rennes.

<sup>404</sup> Ce constat n'est pas spécifique au terrain français. Des exigences sont également présentes sur notre autre terrain d'enquête, l'Allemagne.

<sup>405</sup> BELLIVIER Florence (2020), « Autonomie personnelle, principes et limites », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, n° 10, avril, p. 120 [Online].

Parfois, les raisons proviennent des conséquences favorables des SCMR comme en Espagne ou en Suisse, où ces salles ferment parce qu'il y a une diminution des usagers de drogues par injection. Néanmoins, les coûts ou encore les bases juridiques sont des obstacles encore présents, comme en Grèce.

### *B.3) La responsabilité cadrée : l'inscription de l'utilisateur comme usager du système de santé*

À partir du même exemple, les SCMR, nous allons maintenant étudier la question de la responsabilité du patient. Le contexte dans lequel s'inscrit le processus d'autonomie est celui de la responsabilisation. Si le patient n'est pas caractérisé comme un patient, « *il est difficile de ne pas situer le dispositif des salles de consommation dans le mouvement contemporain de responsabilisation de chacun face à sa santé – en termes de soin, mais aussi de prévention, de réduction des risques, d'éducation thérapeutique, etc.* » (*ibid.*, p. 124).

Dans le système de santé, la relation entre le patient et le professionnel est différente de celle dans le cadre de l'addiction. En dehors de ce cas, le professionnel possède des connaissances approfondies sur les causes de la maladie ainsi que sur le traitement de celle-ci. Pour l'addiction, le schéma est inverse puisque ce sont les usagers qui ont le plus d'expériences dans leur propre dépendance, et qui sont souvent « *experts* » de leur maladie. Ce retournement de situation entraîne des représentations d'un côté et de l'autre ; par exemple, les professionnels vont penser que la dépendance est auto-administrée ou encore que l'abstinence est une question de volonté.

Il serait impossible de sortir de la dépendance sans que le patient comprenne sa propre responsabilité. Cependant, les usagers sont parfois dans le déni de cette responsabilité due à l'addiction. Le manque d'estime de soi entraîne un repli sur soi ou sur le groupe. L'anticipation de l'incompréhension, du rejet et de l'exclusion est l'un des facteurs que les patients apportent consciemment ou inconsciemment dans la relation avec les autres. En résumé, les préjugés et les peurs, inconsciemment ou consciemment, des deux parties déterminent la relation entre les professionnels et les usagers plus que ce n'est le cas dans le traitement d'autres patients. Le caractère hygiéniste des interventions entraîne un type d'autonomie, celui de la responsabilité. Le patient est aujourd'hui pris entre la responsabilité et la responsabilisation : sa responsabilité est engagée et, à l'inverse, sa responsabilisation le renvoie à son statut d'acteur de sa santé. Les usagers de drogues ne sont pas inscrits comme des usagers du système de santé. La frontière est pourtant très poreuse. Ils ont des droits et des devoirs similaires, même s'ils sont moins

perceptibles. Ils entrent tout autant dans les critères par le biais du diagnostic de dépendance. Dans l'ensemble des dispositifs et des structures, les usagers sont, en réalité, encadrés.

La responsabilité dans le cadre de l'accompagnement est un sujet controversé. Que cela soit par rapport au programme AERLI, aux salles de consommation ou encore à la simple distribution de matériel ou aux traitements de substitution, cette question de la responsabilité du professionnel reste complexe.

Cet encadrement est pourtant paradoxal avec l'appel à l'autonomie (responsabilité *versus* responsabilisation). Au même titre que la confrontation de la morale privée avec celle publique, il serait cohérent de transposer la responsabilité engagée par une responsabilité envers l'individu lui-même pour renforcer celle de responsabilisation.

### C) Préconisations pratiques

#### *C.1) Un lieu hybride : un langage commun plutôt qu'une harmonisation des pratiques*

Pour introduire l'idée d'un lieu mixte, nous devons tout d'abord nous attacher à décrire deux facettes des approches les plus susceptibles de se rejoindre, celle sanitaire et celle sociale. L'une et l'autre de ces pratiques ne perçoivent pas l'utilisateur de la même manière<sup>406</sup>.

L'approche sanitaire considère que l'utilisateur est atteint d'une maladie du système nerveux. Cette manière d'aborder la question transparaît dans l'ensemble de la prise en charge. Cela peut être rapproché d'une vision sanitaire, par opposition à celle hédoniste. La réinsertion est alors cadrée par un « *devoir de santé* ».

Pour la seconde approche, les usagers sont atteints d'une maladie davantage sociale. Les professionnels prennent en charge des individus ayant eu des trajectoires de vie difficiles. La base de l'accompagnement est fondée sur toutes ces difficultés. La prise en charge est globale, tout comme pour l'approche sanitaire. Cependant, on ne part pas de la focale santé dans toutes les situations contrairement à la vision précédente.

---

<sup>406</sup> Cette manière binaire de percevoir les représentations des usagers par les professionnels n'est qu'une grille d'analyse. Celle-ci n'est pas généralisable mais permettra d'entrevoir les divergences de ces deux approches afin de pouvoir appréhender un lieu rapprochant ces deux types de pratiques. Les approches sanitaires et sociales ne sont pas si divergentes et, toutes deux, considèrent que l'utilisateur est atteint d'une maladie du système nerveux et d'une maladie sociale.

Si nous nous étions contentée de concentrer notre étude sur la France, nous aurions pu mettre en évidence un parcours type des usagers dans les structures : des structures générales en lien avec la précarité, vers les structures sociales puis sanitaires pour finir avec la réinsertion par le logement. Néanmoins, sur le terrain allemand, ce parcours est différent, puisqu'il s'appuie sur l'âge. Ainsi les usagers considérés comme « *assez jeunes* » sont orientés vers les structures sanitaires et ceux plus âgés vers celles sociales. La réinsertion par le logement est alors différenciée. Les deux types de parcours sont cadrés, d'une manière différente, mais ont tous deux des limites que nous avons mises en avant dans les monographies.

En dehors de ces parcours, nous avons remarqué un point commun aux usagers des deux pays, la limitation des possibilités de réinsertion des individus les plus ancrés (au sens de la durée) dans la précarité et l'usage, perçue par les professionnels et également présente dans les analyses des discours des usagers eux-mêmes. La prise en charge ne devrait donc pas se fier à l'âge ou à un parcours type (du général, au social ou au sanitaire), mais davantage par rapport à l'ancrage des usagers dans l'usage et la précarité<sup>407</sup>.

Pour pallier ces difficultés, il serait enrichissant de créer un lieu où les approches sanitaires et sociales sont représentées. Lorsque nous parlons d'associer ces perspectives, nous ne voulons pas insinuer l'harmonisation des pratiques mais l'intégration d'un langage commun. Nous nous sommes aperçue que l'harmonisation pourrait entraîner la disparition de certaines pratiques ainsi qu'un affaiblissement de l'adaptation. L'addiction doit être appréhendée sous l'angle de sa diversité rapportée à l'usager de drogue. Il faut alors prendre en compte l'interaction et adapter l'intervention aux différentes tentatives de « *guérison* », au sens large du terme, en suivant l'heuristique des usagers plutôt que les références à l'étiologie de cette maladie. Effectivement, ces usagers forment un groupe hétérogène et n'ont que quelques caractéristiques en commun ; s'ajoute à cela l'ambivalence de chacun d'entre eux face aux problèmes rencontrés.

Chaque professionnel de l'une et l'autre de ces approches doit continuer à être séparé par rapport tant à la formation qu'aux différents discours. Ce seraient la pluralité des discours et des représentations qui pourrait permettre aux usagers de trouver l'aide dont ils ont besoin.

---

<sup>407</sup> Notre étude porte sur les usagers de drogues en situation de grande précarité, ainsi nos recommandations se concentrent davantage sur cette population que sur les usagers de drogues en général.

Le langage commun dont nous parlons se forgerait grâce à la quotidienneté et la fréquentation des différents corps professionnels dans ce lieu. Il pourrait intégrer des professionnels de la précarité, sans qu'ils n'aient de spécialisation. Ce qui différencierait ce lieu des réseaux actuels, ce sont les fréquentations quotidiennes, les réunions communes, l'effacement de certaines représentations des professionnels entre eux et la fluidité des parcours des usagers. Ce lieu pourrait accueillir l'ensemble des personnes consommatrices de drogues, quel que soit le produit consommé, pour que le partage d'expériences recouvre un panel plus large.

Néanmoins, nous pouvons, dès à présent, pointer quelques difficultés, voire limites, à ce lieu. S'étendant de l'utilisateur précaire à l'ensemble des usagers, il pourrait pâtir de représentations négatives, courantes chez les citoyens hors ceux accueillis, mais également d'utilisateurs eux-mêmes. La prévention positive et acceptante dont nous avons parlé serait bénéfique pour toute une partie des personnes accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogues. Au sein même de cette population, une hiérarchie a été établie, des plus "acceptables" à ceux "inacceptables". Ce lieu pourrait alors être fréquenté par une seule partie de la population, en fonction des villes. Les caractéristiques des usagers seraient des éléments qui indiqueraient son devenir ; plus il y a un nombre élevé d'utilisateurs précaires, plus le lieu leur sera attribué et marquerait l'abandon des autres groupes ; inversement, si cette population est peu nombreuse, les usagers moins précaires se les approprieront tandis que les précaires ne les fréquenteront pas. Ce sont les sentiments d'humiliation et de honte qui jouent un rôle dans ces différentes appropriations.

La seconde limite que nous pourrions souligner est celle de l'harmonisation des pratiques. Si nous partons d'une base de 25 % de professionnels de la précarité, 25 % de professionnels du logement et de la réinsertion, 25 % de professionnels de l'addiction de l'approche sociale et 25 % de professionnels de l'addiction davantage sanitaire, nous pouvons penser que ces pourcentages pourraient différer dans la réalité. Toutefois, le lieu n'a pas pour but de mettre en avant l'une ou l'autre des approches. Ces conditions ainsi que des formations spécifiques peuvent être des freins à l'harmonisation des pratiques.

L'ensemble de la prise en charge pourrait s'appuyer sur un plan d'aide axé sur l'abstinence ou l'accompagnement de la consommation. L'objectif principal serait le plus grand rétablissement de l'utilisateur sur les plans émotionnel, social et physiologique tout en gardant à

l'esprit que le plan d'aide peut être adapté à chaque individu, selon les situations. Ainsi, les règles de prise en charge doivent être clarifiées afin que l'utilisateur sache quelles sont les possibilités pour lui dans ce lieu.

### *C.2) À la sortie des dispositifs...*

Face au constat du manque d'autonomie, par rapport à la norme, des usagers sortant des structures, il est important de réfléchir à l'issue de la prise en charge.

Pendant celle-ci, l'utilisateur a accès à des services et des professionnels, sources d'activité et d'engagement. L'individu est également dans un cadre spécifique avec des objectifs définis par la structure ou par lui-même. Nous postulons que l'aide à la réinsertion socioprofessionnelle est un réel levier, aux dimensions plurielles, pour ces usagers. Même si elle n'est pas exclusive<sup>408</sup>, elle reste un élément important puisqu'agir uniquement sur la consommation ne serait pas une solution durable. Il faudrait animer d'autres leviers tels que le logement, la formation, l'emploi, le bien-être physique, etc. La réadaptation socio-relationnelle se construit autour de l'association de plusieurs déterminants

Sorti de ce "cocon" que peut représenter un suivi dans le cadre de l'usage de drogues, l'individu peut améliorer ses conditions de vie, avoir une consommation contrôlée ou encore être abstinent. Pour conserver les bienfaits de la prise en charge, il convient que cette sortie soit préparée, tout comme celle des détenus avec la problématique de l'institutionnalisation ou de la prise en charge par les Services pénitentiaires d'Insertion et de Probation.

En ce qui concerne le logement, plusieurs pistes peuvent être proposées :

- le logement collectif : s'il peut paraître stigmatisant et "enfermer" les usagers dans un groupe particulier, ceux sortant des dispositifs peuvent ressentir le besoin de continuer leur développement personnel avec ceux qui sont dans une situation similaire. À la sortie, il faut trouver un travail, subvenir soi-même à ses besoins, vivre de façon indépendante dans un logement à soi, mais le contact avec des personnes qui ne consomment pas de drogues peut parfois être difficile, parce qu'il y a un sentiment d'infériorité. La colocation peut ainsi diminuer

---

<sup>408</sup> HAAGA David, MCCRADY Barbara et LEBOW Jay (2006), « Integrative principles for the treating substance use disorders », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 62, n° 6, juin, pp. 675-684.

l'écart présent entre la prise en charge et le logement autonome. L'indépendance, l'individualisation et la solitude pourraient parfois être néfastes pour ces personnes ;

- le logement autonome « *accompagné* » : développer les programmes tels que « *logement d'abord* » qui correspondent à des services mêlant réinsertion par le logement et suivi dans le cadre d'addictions.

En plus de la réinsertion par le logement, il faudrait aussi traiter les problèmes de retour à l'emploi. Au Portugal, la consommation de drogue est perçue davantage comme un problème de santé publique que comme un crime ou un délit. Le gouvernement s'appuie sur les traitements médicaux et la réduction des risques, non sur la répression. Les personnes contrôlées dans l'espace public en possession de drogues sont alors dirigées vers une « *commission de dissuasion* »<sup>409</sup>. En dehors de cette décriminalisation, la volonté étatique de ce pays consiste en la réinsertion socioprofessionnelle. Pour cela, à la suite des soins prodigués, le gouvernement favorise la réinsertion dans le monde du travail en offrant un emploi dans une entreprise. C'est donc cette réinsertion qui est la finalité du programme de santé publique.

Le retour à l'emploi des usagers est un vecteur d'amélioration des conditions de vie ainsi que de la consolidation des apports de l'accompagnement. En cela, l'accompagnement doit être multidimensionnel et durable. Toutefois, pour que le retour à l'emploi soit un réel levier, il importe qu'il y ait d'autres conditions remplies comme un environnement social et un logement qui soient stables. Pour faire résonner ces postulats vers d'autres points de vue, le retour à l'emploi pourrait être un vecteur de prévention des risques des citoyens (hors consommateurs accompagnés) ; l'inactivité serait un potentiel amplificateur des comportements délictueux.

Selon Judith Cook et ses collaborateurs<sup>410</sup>, le taux de réinsertion moyen des usagers est autour de 20 %. Les institutions et beaucoup d'autres administrations publiques mettent de côté

---

<sup>409</sup> Celle-ci est composée d'un avocat, d'un psychologue et d'un travailleur social. Elle sert à évaluer le niveau de risque couru par l'individu (faible, modéré ou élevé) et, en fonction du risque, celui-ci peut être dirigé, s'il le souhaite, vers un traitement, passible d'une faible amende, ou un classement sans suite. Les membres de la commission n'ont pas un discours moralisateur. Ils donnent des informations claires et précises sur la situation de l'individu, les étapes qu'il risque de franchir. À la suite de cet entretien, les personnes concernées sont dirigées vers des hôpitaux qui mettent à disposition des structures d'aide médicale (cure de désintoxication, thérapies comportementales, traitements de substitution, etc.).

<sup>410</sup> COOK Judith, RAZZANO Lisa, BURKE-MILLER, BLYLER Crystal, LEFF Stephen, MUESER Kim, GOLD Paul, GOLBERG Richard, SHAFER Michael, ONKEN Steven, MCFARLANE William, DONEGAN Kate, CAREY Martha Ann, KAUFMANN Caroline et GREY Dennis (2007), « Effects of co-occurring disorders on

ce type de population<sup>411</sup>. Ainsi, pour pallier cette éviction, il serait intéressant que les structures accueillant ce public s'engagent dans la construction d'une base de données avec des entreprises susceptibles de pouvoir employer les usagers dans le cadre de la sortie du dispositif (que l'issue soit l'abstinence ou le contrôle de la consommation). Ce type de réinsertion par l'emploi est déjà présent pour d'autres pathologies comme pour les personnes atteintes de troubles du spectre autistique.

Les structures doivent démarcher des entreprises qui seraient capables d'accueillir le public et les professionnels dans le cadre d'un suivi psychosocial ; il faudrait également que les établissements s'inscrivent dans un accompagnement spécifique, avec un service spécialisé ou des temps accordés aux professionnels, pour un travail sur le long terme. Cette mise en relation serait plus appropriée pour les usagers puisque ce ne serait pas les travailleurs habituels de la remise à l'emploi avec lesquels ils seraient en contact mais des professionnels de la structure. Ainsi, les potentielles incompréhensions, liées aux représentations des professionnels de milieux "ordinaires", non spécialisés, pourraient s'estomper, même si les structures de retour à l'emploi, non spécifiques aux usagers de drogues, peuvent ne pas comprendre la maladie de l'individu, ce qui pourrait entraîner de l'évitement, du découragement envers l'utilisateur ou l'entreprise.

En plus du démarchage et de la création d'une base de données d'entreprises, l'accompagnement devrait être spécialisé. Il faudrait alors cibler en détail les besoins des individus (tout en passant par la thématique du logement, levier indispensable pour débiter la réinsertion par l'emploi), hiérarchiser les priorités, responsabiliser l'individu face à son travail, expliquer en amont les droits et les devoirs introduits par la prise de poste, créer des ateliers autour du retour à l'emploi (de la rédaction de CV, lettre de motivation, à la simulation d'entretiens) et penser aux conditions de clôture du suivi (maintien dans l'emploi, évaluations, autoévaluations, etc.). Nous pourrions, en ce sens, nous appuyer sur des exemples de programmes étrangers comme au Luxembourg avec le projet « *Start* » datant de 2008<sup>412</sup>. Celui-

---

employment outcomes in a multisite randomized study of supported employment for people with severe mental illness », *Journal of Rehabilitation Research & Development*, vol. 44, n° 6, février, pp. 837-850.

<sup>411</sup> COLLINS David, DUKES Mark, ETHERINGTON Nicole, REARDON Cindy et SHEPHERD Susan (2010), *Stigma, discrimination & substance use*, Toronto, Toronto Drug Strategy Implementation Panel, pp. 1-32.

<sup>412</sup> LAMBRETTE Grégory (2013), « Chapitre 20 : La réinsertion socioprofessionnelle des (ex)usagers de drogues au Grand-duché de Luxembourg. Une contribution pratique à partir de projets soutenus par le Fonds social européen », in PLOURDE Chantal, LAVENTURE Myriam, LANDRY Michel et ARSENEAULT Catherine (sous

ci a permis l'accompagnement de 230 usagers ; 50 d'entre eux ont eu un emploi fixe (21 %) et les autres ont signé des CDD.

Les structures qui le désirent peuvent s'inscrire dans cette démarche qui s'appuie sur les objectifs généraux suivants :

- amorçage plusieurs leviers : logement, formation emploi ;
- participation des individus dans la réinsertion ;
- alliance thérapeutique ;
- création d'interfaces durables.

Plutôt que de former les travailleurs non spécialistes de la remise à l'emploi ou du logement, il serait plus aisé de former et d'améliorer les services internes aux structures spécialisées tout en restant réaliste par rapport aux contraintes actuelles comme le manque de temps et d'effectifs.



La seconde partie de cette thèse a débuté par deux analyses monographiques. Après la mise en lumière des caractéristiques locales et de leur analyse, notre dernier chapitre a été consacré à la délocalisation de la recherche ainsi qu'à la présentation de recommandations. Tout d'abord, nous avons mis en évidence les points communs et les différences existant entre nos deux terrains d'enquête à travers des tableaux synthétiques. Cette phase provisoire a mis en avant les résultats de nos monographies, leur mise en perspectives ainsi que la clarification dans un but comparatif.

Nous avons pris trois échelles pour la synthétisation des résultats : l'échelle nationale, le point de vue des professionnels et celui des usagers. Ces différents niveaux nous ont permis de comprendre l'hétérogénéité des volontés dans le cadre des politiques en matière de drogues et des types d'accompagnement qui en découlent. Le type de prévention choisi ou le mode

---

la dir. de), *Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*, Québec, Presses de l'Université de Laval, pp. 375-395.

gouvernemental ont des effets sur les pratiques d'accompagnement ainsi que sur les représentations face à ces dernières. À ce niveau, il existe de nombreuses différences entre nos terrains d'enquête, non pas du fait de volontés étatiques antagonistes mais de l'harmonisation de l'application de ces volontés aux échelles inférieures. En ce qui concerne les professionnels, nous avons mis en lumière un rapport entre le processus d'autonomisation utilisé et le type de structure : les structures sociales intègrent davantage le travail sur l'estime de soi tandis que les structures sanitaires s'appuient sur l'éducation et les injonctions. Ainsi, ces rapports de causalités sont présents dans nos deux terrains mais la différence se trouve dans le ciblage du public. Nous apercevons une plus grande cohérence entre La Rochelle et Göttingen lorsque nous regardons le point de vue des usagers. La variable principale est celle de l'âge ; plus l'utilisateur est âgé, plus il aura des représentations positives des structures sanitaires et négatives des structures sociales, tandis que les résultats sont inverses pour la tranche d'âge centrale, les 30-39 ans. Les jeunes ont globalement des représentations plus modérées. Les différences ne sont pas contrastées mais, même si l'approche sanitaire semble la plus appréciée en moyenne, en Allemagne ces représentations positives sont plus marquées qu'en France.

Après cette mise en perspective, nous sommes entrée dans la phase analytique du raisonnement comparatif. Pour que ces résultats soient appréciables dans d'autres contextes que ceux étudiés, nous avons choisi d'entreprendre la construction de typologies. Ces dernières, non exhaustives, ont mis l'accent sur des relations de causalités et des grilles d'analyses qui seront à vérifier par le biais de futurs travaux. Si nous avons adopté une analyse construite autour de trois échelles dans la section consacrée à la synthétisation, c'est justement parce que cette dernière nous a servi dans celle plus analytique. Nous avons débuté nos typologies avec l'échelle nationale. Les préoccupations principales, l'approche choisie ont des effets sur les représentations des différentes approches en matière de politiques anti-drogues. Celle adoptée en matière de prévention possède des impacts sur les pratiques utilisées, les représentations et les réceptions, tout comme la focale décidée laissant transparaître la cible des pratiques. Pour les usagers, nous nous sommes appuyée sur l'âge comme indicateur d'ancrage dans l'usage et/ou la précarité. À travers ces trois tranches d'âge, cet indicateur joue un rôle dans l'appréhension et les représentations des différentes approches, les préférences en matière de prise en charge et le degré d'autonomie ressentie. Pour objectiver ce degré, les analyses ont montré que le degré d'autonomie était différent de celui ressenti ; ce seraient les préférences des individus qui affecteraient l'autonomie ressentie plus que les réelles pratiques

d'autonomisation utilisées par les structures. Enfin, cette autonomie suivrait une courbe, celle du plaisir lié à la consommation ainsi que celle de l'ancrage dans l'usage et la précarité, toutes deux liées.

Après cette mise en perspective et ses résultats, nous nous sommes engagée dans le développement de recommandations. Nous sommes restée dans une démarche réflexive plus que dans la construction de préconisations. Tout d'abord, nous avons décidé d'étudier la notion de plaisir. Pourtant au fondement de la consommation, cet état émotionnel est mis de côté dans l'intervention (prévention primaire, secondaire, tertiaire et Rdr). Par le rappel et la description de la prévention actuelle, nous avons mis en exergue trois difficultés : le manque de crédibilité des informations données avec un écart informationnel entre les discours de l'acteur de la prévention et ceux issus de l'expérience, l'interdiction et son inefficacité, les messages préventifs abstraits. Nous avons alors réfléchi à la modification de l'angle pris par la prévention. Plutôt que de dramatiser les situations par des intentions moralisatrices, il serait plus pertinent de conscientiser les individus. Il faudrait davantage s'attarder aux aspects positifs de la consommation dans une ambition de promotion de la santé.

Pour appuyer cette nouvelle prévention « *acceptante* », nous pensons que la notion de plaisir devrait faire partie intégrante de l'intervention. Pour avoir accès à ce plaisir, il faudrait un réapprentissage pour contrôler cet état émotionnel par le biais de la consommation contrôlée et/ou la participation à d'autres activités sources de plaisir. Nous postulons également que le travail sur l'estime de soi pourrait être un vecteur de plaisir et, réciproquement, que le plaisir peut améliorer l'estime d'une personne sur elle-même. Il faudrait ainsi passer d'une prise en charge à visée hygiéniste, fondée sur le « *devoir de santé* », à celle à visée hédoniste, plus bénéfique pour la santé. Le travail sur l'estime de soi *via* le plaisir (ou, inversement, la réinsertion de la notion de plaisir pour l'estime de soi) pourrait mener davantage à l'émancipation et au pouvoir d'agir par la puissance mobilisatrice qu'ils représentent.

Pour terminer notre approche réflexive sur la notion de plaisir, nous avons ciblé notre propos sur la « *maturité de la drogue* ». Aujourd'hui, même si certaines pratiques de consommation sont acceptées, celles-ci restent encore davantage perçues comme néfastes. Ces perceptions sont pourtant un obstacle à la création d'une « *culture de la drogue* ». Celle-ci pourrait pourtant être au fondement d'une norme d'évaluation des consommations. Cette culture pourrait permettre l'introduction de degrés de « *consommabilité* » qui seraient un appui

en remplacement des rituels d'époque. Tout en laissant la place au droit au plaisir, ce support pourrait entraîner la construction de règles de conduites plus diverses, en correspondance avec les pensées actuelles de l'acceptation de certains types de pratiques, contrairement à celles effectives aménagées autour du « *bien* » (ne pas consommer) et du « *mal* » (consommer), de l'« *abstinence* » ou de la « *dépendance* ». L'une des solutions pour accorder le droit à l'inscription d'une « *culture de la drogue* » serait un cheminement vers la dépénalisation ; celle-ci pourrait être le support pour la création d'un espace pour sa conception.

Ensuite nous avons cherché à comprendre les limites du concept de dépendance dans les perspectives d'évolution de la prise en charge des usagers. Dissimulé par les apports de ce contexte dans la prise en charge des personnes consommatrices de drogues, ce vocable a pu cloisonner ces types d'interventions. Si le concept de dépendance a longtemps engagé une évaluation unique des usagers de drogues (toutes les consommations étaient perçues comme des pratiques « *à risque* », voire des « *pré-addictions* »), il a, par surcroît, pu cantonner les représentations de ces pratiques.

Le concept de dépendance a été façonné dans un contexte où la morale publique était la seule à entrer en jeu. Reposant sur des représentations "limitantes" de l'usage de drogue, il aurait entraîné une interprétation spécifique des pratiques et des prises en charge en conséquence. Alors que la volonté sociétale tend vers le développement de l'autonomie individuelle, quelle est la place accordée à cette morale publique ? Son effacement serait le symbole de cette volonté. Toutefois, à travers l'exemple des SCMR, nous pouvons relativiser ce retrait. Celui-ci pourrait tout autant représenter le contrôle de la population ciblée et l'intérêt portée à la focale sécurité publique, plus que l'intégration de l'utilisateur dans son parcours pour le mener vers l'autonomie individuelle. La question de ce rapport entre morales est celle de leur coexistence et des effets sur la prise en charge des usagers.

Pour réintégrer nos propos dans le contexte actuel, celui de la responsabilisation du patient, nous avons choisi d'étudier cette notion dans celui, plus précis, de l'addiction. Le patient serait aujourd'hui pris entre responsabilité et responsabilisation. Pour autant, l'encadrement dans lequel il se trouve semble paradoxal avec l'appel à l'autonomie, à la responsabilisation. Ces réflexions amènent à des questionnements autour de la transposition possible de la responsabilité engagée par l'individu envers lui-même plus qu'envers d'autres personnes pour que le rapport entre responsabilité et responsabilisation soit cohérent.

Enfin, nous avons choisi d'entrer, de manière plus lapidaire, dans des préconisations pratiques. Par nos résultats et nos lectures, nous avons pu mettre en exergue certaines idées pour l'amélioration du processus d'autonomisation des usagers de drogues. Nous souhaitons la création d'un lieu "hybride" où approches sanitaires et approches sociales seraient, non pas harmonisées, mais davantage complémentaires. Pour cela, notre préconisation s'appuie sur l'image d'une structure où plusieurs domaines d'action se complètent et où aucune ne déborde sur l'autre. L'objectif, qui est le rétablissement du point de vue de l'utilisateur, serait le guide de la prise en charge, même si un plan d'aide devrait être élaboré pour que chacun puisse saisir les possibilités d'un tel lieu. À la fois structure de consultation et d'orientation, l'objectif serait d'allier différentes approches sans qu'elles ne soient en rivalité. Ce lieu pourrait accueillir tous les usagers, et leurs parcours seraient décidés d'un commun accord avec l'un des professionnels de la structure, peu importe son domaine d'action. Il s'agirait de développer un langage commun sans pour autant tomber dans l'harmonisation de pratiques pouvant entraîner l'inadaptation de la prise en charge.

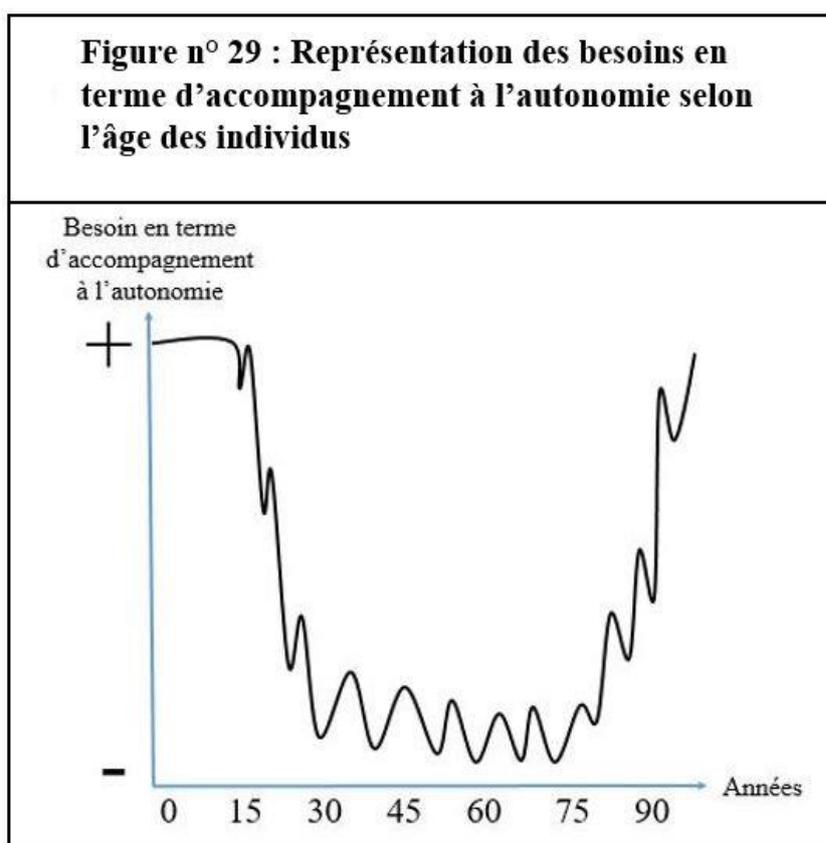
Notre dernière préconisation s'appuie sur une intervention multidimensionnelle. Pour une réinsertion durable, la prise en charge doit actionner tout un ensemble de leviers comme le logement, la formation, l'emploi ou encore le bien-être physique. Nous avons ainsi donné deux exemples de possibles solutions pour le logement : le logement collectif avec la colocation pour éviter l'exclusion ou la rechute, et le logement « accompagné ». Ces deux types ne sont pas des préconisations innovantes mais paraissent essentielles pour la réinsertion professionnelle. Le retour à l'emploi serait un véritable vecteur de l'amélioration des conditions de vie des usagers, de la consolidation des apports de l'accompagnement, même si plusieurs autres conditions doivent être remplies, et, d'un autre point de vue, un élément pour la prévention des nuisances dans le cadre de la focale tranquillité publique. Pour cette remise sur le marché de l'emploi, les structures pourraient créer un service spécifique ou libérer un temps aux travailleurs déjà présents, afin de construire une base de données avec des entreprises susceptibles de pouvoir employer leurs bénéficiaires ; ainsi l'interlocuteur entre l'utilisateur et l'entreprise, à savoir les professionnels des structures, serait plus à même de plaider la cause de l'utilisateur et de faire comprendre les limites et les avantages dans l'emploi de ce public. Pour assurer l'employabilité des usagers, il serait pertinent de créer un suivi psychosocial lors de cette prise de poste sur une durée et selon des conditions à établir.

L'ensemble de ces réflexions, qu'elles soient théoriques ou pratiques, ne sont que les fondations de préconisations et sont à approfondir afin de les confronter à la réalité du terrain, tout comme nos typologies.

## Conclusion générale

La conclusion générale de cette étude sera composée de deux parties. Nous passerons tout d'abord en revue l'ensemble des grands préceptes de notre travail, des applications du processus d'autonomisation à sa réception. La seconde partie s'appuiera sur les possibilités d'ouverture de cette thèse. Nous avancerons une proposition d'ouverture pratique et une autre plus théorique. La première reposera sur les leviers de l'autonomisation, extérieurs à ceux étudiés dans notre travail, tels que le logement, la formation, l'emploi, etc. Dans la recherche de la responsabilisation de l'utilisateur, nous nous trouvons dans un contexte où l'individu est déjà consommateur. Pour comprendre et confirmer ce nouvel enjeu, nous aurions pu étudier l'intérêt porté aux individus qui précèdent cet usage, c'est-à-dire les jeunes. Nous allons ainsi ouvrir cette thèse sur le concept de prédiction en tant que processus anticipateur contemporain.

Avant toute chose, nous souhaitons évoquer à nouveau que cette étude est ancrée dans le projet DRUSEC, ce qui nous a permis d'avoir de très bonnes conditions matérielles et scientifiques pour le déroulement de notre travail réflexif.



Rappelons notre thématique principale : « *La responsabilisation des usagers de drogues. Le processus d'autonomisation : moyens et finalités* ». L'autonomisation est maîtresse de notre sujet. Nous avons entrepris un travail autour d'une notion à la fois floue, difficile à appréhender et subjectivable. En droit, celle-ci n'a pas de sens sans hétéronomie, c'est-à-dire qu'elle est influencée par des facteurs extérieurs. Elle s'articule avec la norme ou encore les droits et les devoirs. L'autonomie est donc en lien concret avec autrui.

L'autonomie est souvent rapportée à l'accompagnement des personnes âgées ou, au contraire à celui des enfants vers l'âge adulte. Elle est alors à la croisée entre l'assistance (le soutien), l'éducation (l'apprentissage) et la revendication (période d'adolescence). Ainsi, le processus pourrait suivre une courbe similaire à celle de la figure n° 29 montrant les besoins en termes d'accompagnement à l'autonomie des individus selon l'âge ; cette représentation suit une norme et ne constitue pas une courbe linéaire applicable à l'ensemble des personnes et des situations. Dans des perceptions normées, les besoins sont plus importants aux tranches d'âge extrêmes qu'entre 30 et 75 ans, d'où l'association de ce processus avec les accompagnements des enfants et ceux des personnes plus âgées.

Dans le contexte de responsabilisation du patient, il nous paraissait enrichissant d'étudier la prise en charge sous l'angle du processus d'autonomisation (moyen et finalité) des usagers de drogues pour comprendre comment cette démarche pouvait être opérationnalisée chez des individus en dehors des stades auxquels ce mécanisme est, par habitude, associé. Ce but d'autonomie de l'individu alimente les discours éducatifs et pédagogiques. En règle générale, le processus correspond davantage à une injonction paradoxale en rendant les individus responsables de leurs conditions tout en écartant les éléments sociaux, économiques et politiques. En cela, l'autonomisation des consommateurs revêt des allures d'oxymore. Mais la transformation du statut du consommateur, avec la banalisation de certains types de consommation, la diversification socialement admise des formes de sortie de l'addiction (cohabitation de logiques) et la conversion des usagers en sujets de savoir, permet à l'autonomie, chez l'utilisateur de drogues, de devenir un processus central et compatible.

Notre développement a eu pour objectif d'éclairer les questionnements principaux suivants, classés par couple entre pratiques et réceptions :

| <b>Questions sur les pratiques qui actionnent le processus d'autonomisation</b>  | <b>Questions sur la réception des processus d'autonomisation</b>  |
|--|---|
| Le processus d'autonomisation fait-il partie de la prise en charge des personnes accueillies et accompagnées dans le cadre de l'usage de drogue ?  | Ce processus est-il une demande de la part des bénéficiaires ?<br>Les usagers ont-ils un réel manque d'autonomie ?  |
| Existe-t-il un seul type de processus ou celui-ci peut-il prendre différentes formes ? L'autonomie a-t-elle une définition unique ou dépend-elle des praticiens ?  | Comment les réceptions diffèrent-elles d'un type de pratique à l'autre ? Quels sont les besoins des usagers ?<br>Comment ceux-ci comprennent-ils cette demande ?                    |
| Si ces processus sont pluriels, répondent-ils aux mêmes objectifs ?<br>Quels sont les enjeux de ces processus et pourquoi diffèrent-ils ? Ont-ils un objectif émancipatoire ou de sécurisation ?                                       | Comment se traduit la réception de ces différents types ? Les objectifs ont-ils les effets escomptés ?  |
| Quelles sont les ambiguïtés actuelles entre les différentes approches telles que la prévention, la réduction des risques ?<br>Comment expliquer cette confusion de normes ? De morale ? Quels sont les effets en matière de pratique ? | Comment les différentes approches sont-elles perçues par les usagers ?<br>Comment l'utilisateur se retrouve-t-il dans le rapport entre les normes et la réalité de sa trajectoire ? |
| Où se trouve la réduction des risques dans cette confusion ? Répond-elle à des enjeux divergents ? Est-elle comprise de la même manière par l'ensemble des acteurs ?   | Comment la RDR est-elle comprise par les usagers ? Est-elle générale ou dépend-elle de facteurs comme l'âge, l'ancrage, la structure d'inscription, etc. ?                          |

Nous avons également répondu partiellement à l'interrogation générale sur l'avenir des relations entre le système de santé et les usagers de drogues par rapport aux risques objectifs et subjectifs. L'approche comparative a permis un agencement entre une perspective panoramique et la considération des situations locales.

Nous n'avons pas étudié l'offre institutionnelle en tant que telle mais la prise en charge et les actions des différentes structures qui accueillent et accompagnent les usagers de drogues.

À cet égard, ce sont les monographies approfondies de nos deux terrains qui nous ont permis de comprendre les systèmes de prise en charge et l'ensemble des facteurs qui les module.

Cette conclusion générale fera écho à l'ensemble des parties de manière synthétique. Nous allons tout d'abord rapporté les caractéristiques de nos terrains d'enquête et les analyses monographiques.

La monographie de La Rochelle a mis en évidence les singularités de ce terrain quant à la mise en place et à la réception de la politique de réduction des risques. Pour la diagnostic et l'analyse de l'intervention auprès des consommateurs, nous avons tout d'abord mis en avant les caractéristiques de cette ville dans le rapport fête/drogue : population étudiante élevée, espaces festifs différenciés (réguliers, les fêtes privées ou publiques au sein des bars, des discothèques ou dans le milieu urbain et éphémères, pratiques festivières ponctuelles) et segmentés géographiquement entre la vente, la consommation et le trafic (centre-ville, périphérie, quartiers extérieurs). De ces aspects, comment l'intervention est-elle organisée pour répondre aux différents besoins ?

Les acteurs sont multiples et divisés en fonction du type de drogue et du public visé. La prise en charge de cette thématique est agencée autour de quatre formes : structures qui accueillent et accompagnent spécifiquement les usagers de drogues, celles pour les personnes en situation de précarité, celles représentatives de la politique de la ville ainsi que les polices. La mise en exergue de l'ensemble de missions et des objectifs de ces acteurs a eu pour but d'appréhender l'analyse des conflits et des synergies par rapport aux populations consommatrices ; ces sous-systèmes sont les symptômes de relations présentes dans un système supérieur. Il existe des conflits marqués : Samu social avec le service tranquillité publique et la police municipale. Ceux-ci peuvent être plus ponctuels : le CAARUD avec la police municipale et le service Tranquillité publique, ou la police municipale et la police nationale. Pour autant, les synergies sont fréquentes : le CSAPA associatif avec le CSAPA hospitalier et le CAARUD, le Samu social avec le CAARUD et le CSAPA associatif. L'ensemble de ces liens, négatifs, positifs ou neutres, sont fonction des éléments suivants : les représentations de l'usage de drogue, de l'utilisateur, des structures entre elles, de la place accordée à l'idéologie. L'exemple des CSAPA, associatif et hospitalier, matérialise les facteurs précédents ; ce sont les structures qui comptabilisent le plus de synergies du fait des perceptions nationales positives envers l'approche médicale.

Ces liens sont des facteurs explicatifs pour l'analyse de la prise en charge des usagers. Les résultats obtenus ont aidé à appréhender les variables entrant dans la différenciation des mises en application des stratégies de RDR. L'étude des enjeux a permis la confirmation de ces relations ainsi que la mise en évidence du fonctionnement réflexif et pratique des structures. Le public ciblé et les missions des structures jouent un rôle dans la constitution de savoirs spatiaux et dans la définition du vocable « *sécurité* ». Pour la compréhension des pratiques de consommation, de la construction et de la spatialisation des risques liés à l'usage, nous avons étudié deux sphères : les pratiques et les discours. Les savoirs spatiaux des acteurs proviennent de trois types de relation : ceux dus à l'expérience, ceux liés aux représentations individuelles ou collectives et ceux davantage formalisés. S'ils se nourrissent et fonctionnent ensemble, ces informations, données ou savoirs, montrent que les structures ne possèdent pas une image homogène de La Rochelle.

Les processus de sécurisation sont aussi des éléments qui mettent en avant les deux sphères précédentes. Cela peut être amorcé de différentes manières en raison de la polysémie de la notion de « *sécurité* ». Les actions peuvent être menées en matière de santé publique, d'amélioration de la vie sociale et économique ou encore de tranquillité :

- les actions de santé publique visent les sous-groupes, comme les usagers de drogues et/ou les personnes en situation de précarité, et la population rochelaise dans son ensemble ;

- le processus de sécurisation des actions concerne la vie sociale et économique est davantage dirigé vers les populations en situation de précarité ;

- les actions menées dans le but d'une tranquillité publique possèdent deux versants : l'un pour les jeunes pour lesquels sont utilisés l'action préventive, l'autre pour les usagers de drogues en situation de précarité avec des actions plus répressives.

Ces facettes montrent une définition plus large de la sécurité. Les acteurs cloisonnent les publics et les situations ; cela empêche de penser le processus de sécurisation comme un système. Cette notion polysémique peut se rapporter à un public spécifique, à plusieurs publics ou à seulement quelques acteurs. Ainsi, il engage des idéologies, des volontés différentes, pouvant créer des effets paradoxaux ainsi que des inégalités sanitaires.

Pour appuyer les représentations précédentes et comprendre les enjeux des acteurs, nous avons choisi d'analyser les émotions négatives liées aux espaces. Ces cartographies ont permis

d'appréhender la construction des peurs urbaines. Nous avons fait ressortir quatre termes qui rendent compte de ces sentiments pour les « *non-usagers* » : le *mépris social*, l'*anticipation compassionnelle*, la  *Crainte expérientielle* et l'*insécurité construite*. Cette catégorisation est constituée par rapport à l'expérience ou à son absence, et à la position sociale relative du locuteur et de l'objet de la peur, non par rapport à l'intensité de l'émotion. Ainsi, elle est établie par plusieurs facteurs : la hiérarchie, l'hostilité, la vulnérabilité, etc. Ces émotions négatives ont un ancrage spatio-temporel. Elles se forment autour de plusieurs binômes : diurne/nocturne, crainte pour soi/crainte pour autrui, centre/quartier. Si une analyse sociologique ne se fonde pas sur des représentations binaires, les binômes ne fonctionnent pas indépendamment les uns des autres. Pour illustrer ces propos, prenons l'exemple des « *non-usagers* » par rapport au « *mépris social* ». Si la cible de cette émotion est généralisée, vers les populations marginalisées, celle-ci est plus présente en journée, dans le centre et représente davantage une crainte pour soi. La nuit, ce sentiment glisse vers une autre population, les usagers de drogues aux consommations excessives, dans le centre qui représenterait une crainte pour autrui, plus que pour l'enquête.

Du côté des usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage, les émotions négatives relevées sont différentes : la peur juridique, « *réprimande* », la peur pour sa santé, « *sanitaire* », celle liée à la honte, « *indignité* », celle en lien avec la rencontre d'autres usagers de drogues appelée « *confrontation* » et celle concernant la situation précaire, la peur du « *pillage* ». Les découpages sont similaires à ceux évoqués pour les « *non-usagers* ».

La mise en perspective des émotions vécues entre ces deux groupes est paradoxale. Le premier groupe estime que cette ville possède des quartiers « *sensibles* » dangereux avec un centre-ville risqué, de nuit, tandis que le second craint davantage la répression et a une représentation de la ville assez positive et calme.

Par rapport à ces deux visions, nous avons construit deux hiérarchies de la dangerosité qui pourraient façonner les pratiques des divers intervenants. La première est celle des « *non-usagers* ». Nous voyons que le lexique le plus sévère concerne l'anticipation compassionnelle. Ensuite, l'insécurité construite est illustrée dans un registre assez « *dur* » et, surtout, récurrent. Enfin, c'est le mépris social qui se trouve être vécu comme une peur plus superficielle. Ce lexique, du plus « *sévère* » au plus complaisant, montre que ces usagers mettent en avant les peurs pour autrui, puis celles pour soi et enfin le « *dégoût* ». La hiérarchie des intervenants (les

agents de la police municipale et le service Tranquillité Publique) est inverse : le mépris social, l'insécurité construite puis l'anticipation compassionnelle. La question de l'image de la cité est très présente ainsi que la volonté de combler les besoins de sécurité. Ce sont d'ailleurs ces mêmes pratiques qui renforcent et justifient les peurs des usagers de la ville.

Nous sommes ensuite entrée dans une investigation plus approfondie sur l'autonomisation. Plusieurs profils d'usagers ont été extraits de nos questionnaires afin de révéler des éléments sur la réception de cette stratégie. L'objectif de cette catégorisation a été de faire ressortir les variables pouvant modifier l'appréhension de la réduction des risques, ses représentations et, conséquemment, de comprendre sa réception. Les profils ont mis en avant une variable importante : l'âge de l'individu. Celui-ci représenterait l'ancrage dans l'usage et/ou dans la précarité. Les plus âgés sont les plus isolés et possèdent des représentations positives des approches médicales. Les plus jeunes ont des perceptions plus modérées. Quant aux usagers de la tranche d'âge intermédiaire, ils privilégient les approches sociales. Ces caractéristiques ne dépendent pas de l'inscription dans une structure mais davantage de l'âge. Cette variable a des impacts sur plusieurs éléments : représentations des structures, degrés d'attachement (à l'établissement, au collectif, aux professionnels), définition de l'autonomie et degré d'autonomie. Toutefois, l'ambition de responsabiliser les usagers serait présente dans toutes les structures mais, selon le profil de l'utilisateur, il y aurait différentes classifications de cette responsabilisation et du caractère incitatif de cette dernière.

Pour étudier ces réceptions, il nous a fallu analyser l'autre facette, c'est-à-dire les pratiques des acteurs pour enclencher le processus d'autonomisation. Les types adoptés s'appuient sur plusieurs composantes : l'estime de soi, l'éducation et l'injonction. Ces différentes approches possèdent des effets sur les représentations des acteurs et sur la mise en application des techniques de RDR. Elles mettent en avant des compréhensions hétéroclites des termes « *autonomie* » et « *réduction des risques* ». La signification choisie du vocable « *autonomie* » affecte les réflexions, les représentations et l'opérationnalisation du processus d'« *autonomie* ». Les professionnels possèdent des considérations différentes de ce terme lorsqu'il est appliqué aux usagers de drogues ; selon la définition qu'ils en font, ils vont considérer ces usagers comme autonomes ou non. Ce degré d'autonomie laisse transparaître le processus d'« *autonomie* » choisi. Pour l'expression « *RDR* », il coexiste des significations qui dépendraient de la définition et de la cible du « *risque* ». Non immuables, elles pourraient s'appliquer à plusieurs besoins :

- individuels, en conservant les fondements originels ;
- externes à l'individu consommateur, en s'attachant à des techniques répressives ;
- collectifs futurs, en se focalisant sur l'anticipation, la prévention.

L'ensemble de ces stratégies ont pour but de réduire les risques. Cependant, le risque peut être pour l'utilisateur ou pour la sécurité publique. Les acteurs émettent l'idée qu'ils s'engagent dans des stratégies de réduction mais les enjeux restent encore différents.

L'importance du soin et des aspects médicaux de la RDR se font encore ressentir dans tous les domaines professionnels liés à l'addiction. L'institutionnalisation de cette RDR, encore quasi-officielle, apporte des craintes aux membres des structures sociales. En plus d'une harmonisation des pratiques engendrant des inadaptations aux usagers, il pourrait se produire une baisse des pratiques de réduction répondant aux besoins individuels.

La monographie de Göttingen a débuté de manière similaire à celle de La Rochelle, sur les singularités territoriales. Cette ville étudiante a des conditions qui s'améliorent Sa particularité repose sur son pôle universitaire et médical important. Néanmoins, par rapport à notre terrain précédent, il paraissait primordial de décrire le fonctionnement de la politique en matière de drogues. Le mode gouvernemental fédéral implique des contrastes significatifs au regard de celui de notre pays. Il existe un fil directeur national qui s'appuie sur quatre piliers que sont la prévention de la dépendance, le conseil et le traitement, la réduction des risques et l'application de la loi. Ce pays poursuit, au niveau national, une stratégie globale qui accorde une importance égale à la réduction de l'offre et de la demande, qui respecte les droits de l'homme dans tous les domaines, qui prend des mesures intersectorielles et intégratives fondées sur les résultats scientifiques et l'expérience pratique, et qui s'appuie sur la coopération internationale. Cependant, au niveau local, il existe de réelles différences par rapport aux principes nationaux. La politique diffère selon les États puisque ce sont les autorités locales et les ministères qui dirigent et choisissent les conduites internes.

En Basse-Saxe, l'État dans lequel se trouve Göttingen, ne propose que très peu de salles de consommation à moindre risque. Le parti majoritaire joue un rôle dans ces implantations. Toutefois, Göttingen met à disposition plusieurs autres outils spécifiques aux populations précaires dont les usagers de drogues puisque, tout comme La Rochelle, elle est composée d'une importante partie de consommateurs très précaires. En comparaison avec les autres villes

allemandes, notre terrain comporte un nombre élevé de propositions pour les personnes qui désirent être pris en charge pour dépendance ou qui cherchent un accompagnement lié à l'addiction. Cette ville est d'ailleurs l'une des mieux placées concernant l'offre médicale de substitution ; les médecins fournissant cette aide sont aujourd'hui huit alors que d'autres grandes villes, comme par exemple Hildesheim, n'en ont aucun.

Pour comprendre précisément la prise en charge sur ce terrain, nous avons décrit les trois structures sur lesquelles nous avons focalisé notre attention : la *Straso* (travail social de rue), *Drobz* (Centre de conseil en toxicomanie) et l'*Opentherapiezentrum* (centre de thérapie ouvert). À travers leurs financements, leurs missions et leurs services, nous les avons présentées dans un ordre précis : de l'approche sociale non spécifique à l'accompagnement des usagers de drogues, à l'approche de réduction des risques à celle plus médicale.

Pour entrer dans une investigation plus analytique, nous avons étudié les enjeux des professionnels de l'addiction. Plusieurs profils d'usagers ont été extraits de nos questionnaires et de nos entretiens afin de comprendre la réception des accompagnements par les bénéficiaires. L'appréhension de la stratégie de réduction des risques ainsi que ses représentations sont liées à l'âge de l'individu plus qu'à la structure dans laquelle il s'inscrit. Pour les plus jeunes de notre échantillon, c'est le collectif qui prône sur la structure et, inversement, les plus âgés d'entre eux sont attachés à la structure et aux professionnels. Le degré d'autonomie est alors lié à cette même variable étant donné que l'attachement aux professionnels et à la structure sont des vecteurs de dépendance. Cependant, l'aspect quotidien et régulier de l'accompagnement n'engage pas forcément un lien plus fort entre l'utilisateur et les professionnels. Ainsi, c'est le champ d'action qui détermine le niveau d'attachement. Toutefois, les publics fréquentant les structures médicales sont différents de ceux des structures sociales ; l'aspect financier ainsi que l'orientation des individus selon leur profil jouent également un rôle dans cette variabilité de l'attachement.

Les structures de Göttingen ont un objectif commun : l'abstinence. Néanmoins, il ne se restreint pas à l'arrêt total et durable de la consommation mais il peut prendre des formes différentes comme celle partielle, complète ou contrôlée. Cette différenciation montre l'évolution du traitement et son individualisation. Celle-ci est régulée par rapport à une volonté nationale : l'accompagnement différencié selon l'âge du consommateur. Les plus jeunes sont orientés vers les structures sanitaires et donc vers l'objectif d'abstinence complète.

Inversement, les plus âgés sont dirigés vers les structures sociales qui s'engagent dans une approche de réduction des risques (abstinence contrôlée ou partielle). Ces choix s'appuient sur l'idée que l'ancrage dans les consommations et la précarité serait trop important chez les plus âgées. Cet enracinement serait un frein régulier dans le processus de réinsertion et d'autonomisation.

L'étude des partenariats et des difficultés locales nous a conduite à une caractéristique nationale importante : la formation obligatoire pour accompagner les personnes dépendantes aux drogues. Pour harmoniser les pratiques, l'Allemagne impose une formation à l'ensemble des salariés souhaitant travailler avec ce public. À celle-ci s'ajoutent des perfectionnements obligatoires réguliers. L'objectif de ces dispositifs est d'éviter les écarts entre les représentations et les pratiques. Ces rapprochements sont éventuellement un des facteurs de la formation importante des réseaux de professionnels de santé. Si les structures ont plus d'attaches lorsqu'elles font partie d'un même organisme, l'ensemble des professionnels a des connexions importantes facilitant l'individualisation et la rapidité des réponses apportées aux individus.

Ces liens sont différents lorsqu'il s'agit de la police. Les structures en lien étroit avec l'addiction ont plus de relations avec les membres de la police, qu'elles soient positives ou négatives. Lorsque la structure s'occupe de la précarité en général, les relations sont moins établies, puisque ce type d'établissement veut conserver un lien de confiance avec les bénéficiaires. Lorsque celle-ci travaille uniquement auprès d'utilisateurs de drogues, elle est demandeuse de liens avec la police. Il y a deux intérêts possibles ici : pour une coopération complète ou par une volonté de protection de son public. Les relations les plus positives sont avec les structures les plus médicalisées.

Cette monographie se termine sur l'étude des difficultés locales des utilisateurs de drogues et des professionnels. Le positionnement géographique de Göttingen est un obstacle pour les professionnels : elle est proche des frontières avec la Tchéquie entraînant des mouvements dans les consommations (quantité et nature de la drogue). Les exigences des financeurs et des politiques bouleversent également le fonctionnement de ces structures, en réadaptation régulière. L'une des grandes problématiques à Göttingen est celle du logement pour les personnes précaires. Ce sont les éléments comme les loyers en augmentation incessante, les propriétaires bailleurs craintifs face aux consommateurs (motif d'exclusion), la *Schufa*, qui

posent problème. Toutefois, le manque, à Göttingen, de lieu de consommation reste un point mis en avant.

Les résultats de ces monographies ont été transposés pour entrer dans la proposition de préconisations objectives à partir d'études aux caractéristiques historiques, sociales et politiques différentes.

Voici les grandes lignes de cette mise en perspective, scindées entre les pratiques et les réceptions.

- le processus d'autonomisation fait partie d'un des axes de travail des structures qui accueillent et accompagnent les usagers de drogues ;

- l'approche en matière de politique des drogues affecte assez peu les processus d'autonomisation ;

- l'autonomie n'est pas comprise de la même manière selon l'acteur et son domaine d'action ;

- les processus d'autonomisation sont différents selon les acteurs et les structures d'ancrage. Cela est en partie dû aux représentations de l'usage et des usagers, à la compréhension de la notion d'autonomie, et moins à l'inscription géographique ;

- c'est la compréhension de l'autonomie qui joue un rôle dans l'application du processus (autonomie individuelle/autonomie de la norme sociétale) ; les structures sociales mettent davantage en avant l'autonomie individuelle que celle de la norme, c'est l'estime de soi qui est au centre de ce processus, l'autonomie est plus personnelle qu'un réel apprentissage ; les structures sanitaires s'attachent uniquement à l'autonomie de la norme et, à ce titre, elles utilisent l'éducation et l'injonction car l'autonomie s'apprend ; les structures institutionnelles ne perçoivent que l'autonomie de la norme mais leurs applications diffèrent selon le mode gouvernemental de la politique des drogues (répressif : injonction ; sanitaire : injonction plus éducation, prévention) ;

- les enjeux de l'autonomie diffèrent en fonction de la compréhension du terme et les représentations des acteurs : selon la focale sécurité (par exemple : inconditionnalité réglée) de l'utilisateur *versus* sécurité publique, savoirs expérimentiels/savoirs experts, etc ;

- les processus d'autonomisation peuvent revêtir des enjeux contradictoires et sont tous les deux présents dans l'application : à la fois processus émancipatoire et de contrôle ;

- la coprésence de plusieurs approches en matière de politique des drogues est perceptible aux différents échelons, jusqu'à celui de la prise en charge. Selon l'approche privilégiée par le pays d'inscription des structures, cette coprésence pourra être synonyme d'harmonisation ou de rivalité.

Du côté de la réception de ces processus :

- la réception des processus d'autonomisation diffère selon l'ancrage de l'individu dans la précarité et/ou dans l'usage de drogues. Cet ancrage modifie les perceptions du plaisir et l'influence du groupe sur l'usager ;

- la notion de plaisir est liée à la perte d'autonomie. Moins le plaisir est présent, plus l'autonomie disparaît. Celle-ci transparaît pour les jeunes consommateurs qui attendent des conseils et du soutien lors des débuts de la consommation pour pouvoir contrôler le plaisir. Chez les personnes plus âgées, c'est davantage les traces de l'ancrage (effets néfastes de l'usage et de la précarité : sociaux, économiques, relationnelles, etc.) ainsi que les phases de la dépendance qui montrent cette perte de plaisir ; de ce fait, il y a une réapparition du besoin d'assistance ;

- l'approche sanitaire est mieux perçue lorsque le mode gouvernemental s'appuie sur une autre approche que celle répressive. Toutefois, elle reste celle qui a les représentations les plus positives chez les usagers de drogues ;

- les individus les plus ancrés, souvent les plus âgés, ont des représentations négatives des approches sociales (en particulier de la RDR). L'aspect collectif et la perte de plaisir sont au fondement de ce rejet. Ainsi, sont privilégiés les approches sanitaires ;

- les plus jeunes ont des représentations modérées de l'ensemble des approches ;

- les individus moyennement ancrés ont des représentations négatives de l'approche sanitaire. Ils privilégient l'approche sociale ;

- les individus associent autonomie et correspondance à leurs attentes. Ils vont alors se sentir plus autonomes dans les structures qui défendent l'approche estimée ;

- à travers les degrés d'autonomie perçue, ce sont les usagers moyennement ancrés qui sont les plus autonomes (autonomie individuelle). Ils sont également les plus proches de l'autonomie de la norme sociétale. Les plus ancrés sont ceux qui ont l'autonomie perçue la plus faible ;

- l'approche sanitaire, par les pratiques et les outils utilisés, offre moins de possibilité de développer l'autonomie des usagers.

Dans le contexte de responsabilisation du patient, le processus d'autonomisation est l'un des axes principaux. Nous avons vu que celui-ci peut revêtir des formes différentes, voire antagonistes, en fonction de ses enjeux face aux risques objectifs et subjectifs. Tout comme la responsabilisation dans laquelle le processus se positionne, il peut être émancipatoire ou de contrôle. Le processus et la responsabilisation se trouvent donc dans une injonction paradoxale. La politique de RDR revendique la rationalité et la responsabilité des consommateurs. Sachant que leurs pratiques s'appuient sur des choix individuels, parfois risqués, ceux-ci dépendent de leurs propres représentations. Ainsi, dans une sociologie plus interactionniste, l'utilisateur peut percevoir sa pratique comme normale tandis qu'elle sera perçue comme déviante par d'autres citoyens en général (risques acceptables/risques inacceptables)<sup>413</sup>. Alors comment installer la responsabilité de l'utilisateur lorsque les perceptions des pratiques sont contradictoires ? C'est dans ce sens, et pour y répondre, que nos recommandations se sont focalisées sur la « *maturité des*

---

<sup>413</sup> Le rapport OFDT *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas* d'Hélène Martineau et Émilie Gomart (2000) transmet une formule de calcul du risque : « *L'expression du risque acceptable, d'un seuil défini par un chiffre exact, reste un idéal. À défaut, la commission s'efforce de décrire une "formule" qui permettrait d'approcher ce seuil : Le risque est déterminé par les facteurs suivants : 1) les propriétés pharmacologiques de la substance (par exemple la tolérance) ; cet effet est lui-même dépendant de : a) la méthode d'administration (ingérée, injectée, fumée), b) la fréquence d'usage, c) la personnalité de l'utilisateur (susceptibilité à la substance, structure de la personnalité, état d'esprit, attentes) ; 2) la possibilité de faire des doses (qui dépend de la possibilité de normaliser le produit) ; 3) le groupe d'utilisateurs (âge, occupation) ; 4) les circonstances où l'usage est admissible par rapport au danger pour autrui (travail, circulation) ; 5) la possibilité de réguler et de canaliser la production et l'offre et de réguler et normaliser l'usage ; 6) la possibilité d'évaluer l'usage établi dans (4) au moment de l'acte ou après* » (Martineau et Gomart, 2000, p. 65) ; « *Cette liste de critères doit permettre de faire la somme (la balance) des effets positifs et négatifs de l'usage du produit pour l'utilisateur et pour la société. Mais la diversité des paramètres et les limites de la technique ne permettent pas d'appliquer cette formule. Cependant, il est essentiel de la mentionner. D'abord parce qu'elle constitue une innovation cruciale pour l'élaboration d'une politique des drogues ; puis, parce que derrière le raisonnement relatif à un usage de substance à "risque acceptable" se profile l'hypothèse selon laquelle ce serait justement le cas des drogues douces. L'usage de celles-ci ne devrait donc pas être poursuivi pénalement avec la même sévérité que pour les drogues dures à "risque inacceptable" » (ibid., p. 19).*

*drogues* », pour la création d'une culture davantage universelle comme passerelle vers l'affaiblissement des incompréhensions.

### *Ouverture pratique*

Nous nous sommes focalisée sur les différentes manières de travailler l'autonomie dans une approche de prise en charge, c'est-à-dire en dehors de tous services liés à l'extérieur de la structure. À partir de nos réflexions, nous savons que l'accompagnement ne peut pas se focaliser exclusivement sur la question de l'usage pour que les effets des processus d'autonomisation soient durables. En réalité, il faut appréhender l'ensemble des éléments qui induisent l'amélioration des conditions de vie : le logement, la formation, l'emploi, les relations sociales, les démarches administratives ou tout ce qui contribue à l'aménagement d'un environnement stable ; c'est en cela que nous avons axé nos recommandations pratiques sur la réinsertion socio-professionnelle. C'est donc l'assemblage de ces leviers qui peut entraîner la consolidation de la prise en charge, que l'objectif soit l'abstinence ou non. Pour appréhender le processus d'autonomisation dans son intégralité, nous aurions ainsi pu nous concentrer sur les services extérieurs liés aux structures. Si les périodes de non-emploi ont des impacts sur l'usage de substances<sup>414</sup>, alors elles en ont également sur l'ensemble des bénéfices apportées par les prises en charge.

Nous avons commencé une réflexion autour du retour à l'emploi. Toutefois, dans le cadre de notre étude, nous nous sommes concentrée sur un public précis au sein des usagers, ceux ayant les situations les plus précaires. Nous pourrions poser l'hypothèse que plus l'ancrage de l'individu (précarité/usage de drogue) est important, plus le retour à l'emploi est difficile<sup>415</sup> et plus l'accompagnement doit élargir son panel d'actions aux éléments des conditions d'accès à une stabilisation.

En ce sens, avant de parler de l'emploi, ne faudrait-il pas, dans ce cas particulier, nous focaliser sur le logement ?

---

<sup>414</sup> Voir COSTA STORTI Cláudia, DE GRAUWE Paul, SABADASH Anna et MONTANARI Linda (2011), « Unemployment and drug treatment », *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, n° 5, septembre, pp. 366-373.

<sup>415</sup> Pour aller plus loin, voir FRENCH Michael, BRADLEY Cathy, CALINGAERT Brian, DENNIS Michael et KARUNTZOS Georgia (1994), « Cost analysis of training and employment services in methadone treatment », *Evaluation and Program Planning*, vol. 17, n° 2, avril, pp. 107-120.

Si le non-emploi est vecteur de rechute<sup>416</sup>, le fait de ne pas avoir de logement l'est d'autant plus ; le logement est un élément primordial pour l'accès à l'emploi. De plus, le non-emploi, l'inaccessibilité au logement ou encore l'affaiblissement des relations sociales sont des facteurs de la baisse de l'estime de soi et de l'usage de drogue<sup>417</sup>.

Pour continuer notre étude de l'autonomisation des usagers, nous aurions pu nous concentrer sur des dispositifs spécifiques dans le cadre de la sortie de la rue. Par exemple, le dispositif « *logement d'abord* » accueille des individus sans-domicile, vivant à la rue, dans des installations illicites ou dans des squats avec des problématiques sanitaires et/ou des troubles psychiques. Les personnes repérées par l'association Altea Cabestan lors des maraudes sont orientées vers ce dispositif et peuvent y accéder après une commission partenariale ; celle-ci comprend les structures rochelaises qui accompagnent les usagers de drogues. Le personnel des maraudes assure que les individus qu'ils accompagnent ont, pour la plupart, des problèmes liés à la drogue. Dans ce dispositif spécifique, les interventions principales portent sur le travail des potentialités des bénéficiaires dans l'objectif qu'ils retrouvent leur autonomie sociale et personnelle. En plus d'une inscription socio-professionnelle, ce dispositif s'appuie sur un processus principal, l'autonomie. Nous aurions pu ainsi étudier les différents accompagnements et les enjeux pluriels qu'ils peuvent revêtir. Nous postulons d'ailleurs que les processus utilisés auraient été moins diversifiés puisque, même si nous observons un travail partenarial, le dispositif est porté par une seule structure ; ainsi, les représentations seraient plus homogènes et entraîneraient une seule ligne de conduite. Nous aurions pu toutefois analyser l'effet des financements et, par conséquent, celui de l'objectif de responsabilisation du patient.

### *Ouverture théorique*

Si l'enjeu de contrôle de la population est visible chez les consommateurs accueillis et accompagnés dans le cadre de leurs usages, il pourrait être visible à une échelle supérieure. Notre étude s'est focalisée sur l'analyse de la prévention tertiaire. Ainsi, il serait intéressant de croiser ces données avec celles d'une étude sur la prévention primaire, axée sur la jeune

---

<sup>416</sup> Nous utilisons le terme *rechute* dans un sens très large qui comprend la perte ou l'affaiblissement de l'ensemble des bénéfices de la prise en charge par rapport à l'usage de drogues. Les résultats positifs des accompagnements ne sont pas exclusivement liés à l'arrêt des substances.

<sup>417</sup> Il serait intéressant de voir les relations entre l'estime de soi et l'usage de drogues. Effectivement, c'est le manque d'estime qui pourrait entraîner un usage régulier, voire "problématique".

génération, pour voir si ces deux enjeux sont présents ou s'ils sont spécifiquement envisagés dans l'accompagnement des publics perçus comme « *déviants* ».

La prévention est définie, selon l'ANPAA, comme « *la construction d'un espace de réflexion et d'action pour renforcer la protection des citoyens face aux facteurs de risques collectifs et individuels de morbidité et pour les inviter à faire des choix responsables et favorables à la santé, dans le respect de leurs libertés et de la loi* » (ANPAA). Du latin *praeventio*, anticipation, elle permet de prévenir certains risques. Nous voyons ici apparaître la notion de temps. L'ANPAA définit également la réduction des risques. Cette définition est empruntée à la même structure pour une question de pertinence théorique. En cela, cette réduction permet de « *prévenir les risques et réduire les dommages ou méfaits causés par le comportement à risques* » (ANPAA). En ces termes, elle est différente de la prévention mais ces stratégies apparaissent, dans la littérature, pourtant complémentaires.

Ces deux stratégies souhaitent inciter l'individu à être acteur de sa santé. La prévention (primaire) se base davantage sur le collectif, la société dans son entièreté, et désire réduire l'incidence de l'usage dans la population, tandis que la réduction des risques cible une partie de la population qui ne peut ou ne souhaite pas sortir de l'usage, de la consommation. Pourtant ces approches peuvent être antagonistes. Dans certains pays ou régions, il existe un cadre légal qui définit plus précisément ce qui est entendu par "prévention" ou "réduction des risques". Ce qui est entendu sous ces termes peut donc varier selon le pays ou le point de vue<sup>418</sup>.

La prévention possède trois formes selon le vocabulaire de la santé publique. La première, primaire, vise à empêcher l'apparition d'usagers de drogues. Elle contient les actes qui sont destinés à réduire l'incidence d'une maladie dans la population et à diminuer les risques d'apparition de nouveaux cas. La prévention secondaire désire limiter la durée des problématiques et s'engage dans une abstinence rapide. Ces actes sont conduits pour réduire la prévalence (nouveaux cas et anciens cas) d'une maladie dans une population tout en diminuant l'évolution ou la durée. Enfin, la prévention tertiaire veut empêcher l'apparition de maladies et se concentre sur la réinsertion socio-professionnelle. Ces actions sont destinées à réduire la prévalence des incapacités durables dans la population, en diminuant au maximum les

---

<sup>418</sup> Nous pouvons également nous poser la question de savoir si un traitement de substitution est de l'ordre du soin ou de la réduction des risques.

invalidités fonctionnelles liées aux maladies. L'idée principale reste la même mais les priorités et les hiérarchies sont différentes.

Annie Mino nous rappelle que « [...] *les stratégies de réduction des risques ne sont pas antagoniques à la stratégie de réduction de la demande, pour autant que celle-ci ne contredise pas l'objectif prioritaire* » (Mino, 1994, p. 582). Elle montre que l'approche préventive classique s'apparente à la guerre à la drogue par sa volonté de réduction de la demande et de l'offre. Pour autant, Anne Coppel<sup>419</sup> fait de cette hiérarchisation le fondement même de la réduction des risques. Elle fait valoir une focalisation sur le sida, maladie mortelle, plutôt que sur les usagers de drogues. Elle marque la différence entre la prévention classique et la réduction des risques. Pour cette dernière, se pose le problème sanitaire de l'usage de drogue. Il faut donc distinguer l'usage, des risques associés. Pour la prévention, la lutte est focalisée sur l'éradication de l'usage. Il est donc ici question des extrêmes. Soit on pense que l'éradication est la solution aux dommages sanitaires, soit on pense que ce sont les conditions actuelles de l'usage le problème. Si nous voyons le déplacement des débats, nous pouvons penser que la prévention a pour avenir la prohibition et la réduction des risques, voire la légalisation, et qu'il y a une coprésence de morales.

En effet, on peut vouloir prévenir toutes les consommations, prévenir les consommations illicites ou prévenir les consommations problématiques. « *Protéger les personnes des dommages que la consommation abusive leur cause à elles-mêmes, c'est définir une politique de santé publique qui s'adresse à tous les consommateurs, même à ceux qui ne demandent rien et sont souvent invisibles au regard des pouvoirs publics. Protéger la société des dommages que ces personnes causent à autrui, c'est définir une politique de sécurité publique qui vise à contrôler ou sanctionner les comportements les plus visiblement déviants* » (N. Maestracci, 2009, p. 177). La prévention est scindée entre celle des risques et celle des

---

<sup>419</sup> COPPEL Anne (2005), « De l'usager de drogue à l'usager des services socio-sanitaires, l'action de proximité face aux logiques de services », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 1, mars, pp. 69-77.

addictions<sup>420</sup>. En cela, la construction de la prévention est importante si elle veut être construite en lien avec la réduction des risques<sup>421</sup>.

La prévention fait partie des politiques publiques et veut préserver le capital santé tout en améliorant la forme et les capacités physiques des individus (culte de la performance). « *Nous sommes plus dans la continuité que dans la nouveauté. L'argumentaire joue toujours sur la peur. [...] le phénomène de l'alcoolisme a décliné seulement en 1950, sans doute plus en raison de transformations sociales que de l'efficacité de la propagande. Le succès des dernières campagnes de prévention est aussi à examiner sous cet angle : la conscience sociétale de la valeur "santé" a considérablement évolué durant les dernières décennies. La préservation de la santé, le prolongement de la durée de la vie, l'amélioration de la forme et des capacités physiques sont devenus des objectifs centraux dans notre existence. Les campagnes de prévention rencontrent un écho positif non pas en raison d'une plus grande efficacité mais parce que la population est prête à les entendre* » (Bornarel et Faure, 2005, p. 5). Depuis le milieu des années 2000, il y a un retour vers une approche plus orientée vers la sécurité publique. Cela amène l'idée que la répression possède, dans le domaine des drogues, un effet préventif<sup>422</sup>. Remplaçons-nous, dans certains pays, la répression par la prévention ?

Le discours se trouve aujourd'hui entre interdiction et régulation : la prévention a-t-elle pour ambition de réguler ou est-elle l'avenir de la prohibition ? Aujourd'hui, nous constatons un usage exalté de la notion de prévention donnant raison aux thématiques des insécurités. (Chaubière, 2007). L'illustration emblématique qu'est la loi sur la prévention de la délinquance de 2007, démontre une confusion dans le débat qu'elle a suscitée. Ainsi, Pascal Courty et Jacques Ladsous se demandent si la prévention est complexifiée par le triple niveau de justifications qu'elle contient : scientifiques, sociales et pratiques (Courty et Ladsous, 2007, p. 19). Son origine, tirée du domaine médical, est alors perçue comme préférable à ces deux « concurrents », le curatif avec le travail social, la santé et la répression dans le champ du droit, de la justice et de la sécurité. Néanmoins, cette notion manque de clarté, malgré son acceptation

---

<sup>420</sup> Voir document de Van der Straten à la ministre responsable de la Promotion de la Santé et à la présidente du Conseil supérieur de Promotion de la Santé, 2010.

<sup>421</sup> Voir les comparaisons de campagnes de lutte contre les drogues. En particulier les travaux de Blum, Fritzen et Mazer et, Haes et Shuurman sur les effets des différentes approches : avertissement, informative ou centrée sur la personne.

<sup>422</sup> Par exemple en Australie : la génération née après 2018 n'aura pas le droit d'acheter des cigarettes.

judiciaire, et comprend des contradictions : « *En soi cette logique préventive suppose une pente vers le sans limite de l'intrusion publique, toujours plus précoce ou en amont ainsi que toujours plus croisée ou globalisante des acteurs divers amenés à intervenir, pour parer aux risques de conduites déviantes ou dangereuses des sujets de la prévention* » (Pellegrini, 2007, p. 83).

Lorsque la question de la distinction entre prévention et répression est posée aux travailleurs sociaux, les réponses tournent autour du bien pour la première et du mal pour la seconde. Cependant, quand on étudie cette notion sous le prisme du droit et plus spécifiquement du droit de la puissance publique et de l'État de droit, ce clivage a tendance à devenir imperceptible. Il existe deux types d'aménagement des libertés publiques d'un État de droit : d'abord, le régime répressif avec une « *reconnaissance, à la liberté, de la possibilité d'exercer souverainement avec des limites qu'elle ne transgressera pas sans sanction pénale soit l'autorité publique subordonne à un contrôle préalable le jeu de la liberté on appelle cette voie le régime préventif* » (*ibid.*, p. 84). Le régime répressif serait davantage protecteur des libertés publiques par la sécurité juridique, avec comme principe fondamental que ce qui n'est pas explicitement interdit est alors permis. Il y a une certaine stabilité des règles de droit, publiées et connues de tous, et la puissance édictrix est elle-même tenue au respect de ces dernières. Inversement, le régime préventif part du principe que ce qui n'est pas clairement autorisé est interdit et soumis à des autorisations préalables : « *Ce régime qui cherche à prévenir à l'avance tout comportement de nature à mettre en cause l'ordre public, peut donc, dans sa philosophie fondamentale, contenir une pente liberticide, qui peut dériver vers le totalitaire* » (*ibid.*, p. 85)<sup>423</sup>. « *Mais le champ du pénal lui-même en principe lieu par excellence de la nécessaire observation des principes du régime répressif subit l'assaut de la "frénésie preventiste"* » (*ibid.*, p. 88).

La valeur prédictive devient un nouvel enjeu. Si nous pouvons comparer, de loin, ce concept à celui du déterminisme, nous nous apercevons que cette prédictivité s'engage dans nos sociétés. L'approche du traitement, de la prévention des troubles comportementaux relève d'une position éthique. Nous avons parlé, en amont, de la loi sur la prévention de la délinquance. Elle est le symbole de cette "évolution". La prévention spécialisée s'engage à travers le dicton

---

<sup>423</sup> Par exemple, le rôle donné au maire pour les publics en difficulté (population à risque pour l'ordre public) ou la montée de la criminologie et de la pénologie de type « *acturriel* », le calcul sur des bases statistiques probabilistes des risques de passage à l'acte ou récidive (délinquance) permettant de pronostiquer les catégories de populations à risques et de baser le système pénal sur cette appartenance à ces profils.

« mieux vaut prévenir que guérir ». Néanmoins, la prévention est synonyme d'anticipation et pourrait donc s'apparenter, à l'extrême, à la prédiction. Cette dernière fait débat car « *l'écart est grand entre les politiques et les professionnels de l'humaine condition. D'un côté, les illusions et peurs des premiers les portent, avec quelques scientifiques, à penser que prévenir valant mieux que guérir, il convient de programmer des réparations précoces... De l'autre, sur ce même principe de prévention les praticiens se révoltent et affirment qu'une telle action ne fera qu'aggraver les déviations détectées* » (Fourré, 2007, p. 67). De la justification de l'importance du domaine de la santé en France, nous pouvons poser l'hypothèse que la prédictivité s'immisce au sein de la prévention. L'idée de prédiction est d'assigner une personne à une identité donnée de l'extérieur<sup>424</sup>. C'est ainsi que nous voyons apparaître l'enjeu de sécurité publique et non celui de la sécurité individuelle (de l'utilisateur de drogues).

L'histoire de la médecine montre une progression : « *Dès la naissance de la clinique au XIX<sup>e</sup> siècle, une forte antinomie a prévalu entre une médecine curative où la pathologie fondée sur le colloque singulier du praticien avec son patient et une médecine préventive fondée sur l'essor de la prophylaxie et de la vaccination, soucieuse d'appréhender les maladies et les handicaps dans une perspective de santé publique. Or à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, fruit des progrès sociaux et des avancées scientifiques réalisées dans les sciences de la vie, une réunification progressive des pratiques de soins et de préventions s'amorce* » (Picard et Viet, 2015, p. 58). Ce rapprochement s'amplifie avec l'épidémie du sida. Le principe de précaution émerge.

Ce nouvel enjeu est amené par le biais de bouleversements sociétaux. Si la notion de prédictivité apparaît, c'est parce qu'une nouvelle cible commence à émerger. La consommation de masse est apparue avec la société contemporaine. C'est ainsi que la société et la politique de réduction des risques se concentrent dorénavant sur la jeune génération, l'avenir. Si la drogue a été longtemps l'image de la marginalité et le stéréotype de l'injecteur d'héroïne, elle est, aujourd'hui, également rapportée à la jeune génération. Les chiffres de la police et de la justice font en sorte de créer une catégorie spécifique pour les jeunes : « *Dans un mouvement plus général de "sanitarisation du social", une attention croissante a été portée à la santé des jeunes à partir de la fin des années 1980 : selon certains auteurs, elle se serait renforcée avec le vieillissement de la population qui expliquerait que, de plus en plus, la jeunesse serait perçue facilement comme déviante, présentant des comportements à risque qu'il s'agit de contenir en*

---

<sup>424</sup> Nous faisons référence par exemple aux castes, à l'idée de la loi sur la prévention de la délinquance.

*les réprimant et en les soignant » (Beck, Obradovic, Jauffret-Roustide et Legleye, 2010, p. 523). Les travaux, en France, sur l'usage de drogues se sont toujours centrés sur les jeunes adultes et ce surtout pour les modèles d'alcoolisation (Moreau, 2007 ; Nahoum-Grappe, 1991 ; Douglas, 1988). Effectivement, les thématiques du chômage, du repli sur soi, de la pression de l'avenir amèneraient les jeunes à des pratiques transgressives. Les drogues utilisées sont, en réalité, une manière d'oublier la réalité et l'image qu'ils ont d'eux : « D'emblée, donc, l'usage de produits psychoactifs a été étudié comme une pratique "encastrée" dans un ensemble de pratiques et de "convenances" sociales, au sein d'un groupe social d'appartenance et d'un sous-groupe de pairs auquel il convient de faire allégeance mais dont il convient aussi de se distinguer » (ibid., p. 524).*

Pour la question des usages de drogues, autre que l'alcool, les travaux sur les jeunes n'ont commencé qu'à la fin des années 1990 (Aquatias *et al.*, 1997 ; Reynaud-Maurupt *et al.*, 2003). Ils étaient surtout basés sur les jeunes de banlieue. Les travaux mettaient en avant leurs savoirs sur la drogue et la mise à distance du risque (Peretti-Watel *et al.*, 2007). Si les différents travaux ont permis une distanciation de cette population de la stigmatisation, « *la figure de l'adolescent ou du jeune adulte en danger face aux drogues reste toutefois encore très présente dans l'élaboration des politiques de prévention, notamment parce que la précocité des premiers usages de substances psychoactives constitue un facteur de risque majeur de basculement ultérieur dans un usage problématique* » (Beck, Legleye, Obradovic, Cohen, Mutatayi et Karila, 2008, p. 763). Le risque est souvent projeté sur la jeunesse par la population adulte ; elle aurait une sorte d'aversion pour ce dernier. S'il y a un poids idéologique, la dimension affective dans la perception des risques entre dans le jeu de cette représentation (Braconnier, 1993). « *Cette dimension irrationnelle entraîne une distorsion entre les représentations des risques réels (parfois ignorés) et des risques projetés (qui peuvent prendre une prééminence alors même que la probabilité de l'événement considéré est rare)* » (Peretti de et Leselbaum, 1996, p. 32).

Pour autant, il y a une ambiguïté autour de la représentation de la jeunesse : « *Tantôt valorisée par ce qu'elle suppose de vitalité, de spontanéité, d'innocence, de force et de beauté ; tantôt perçue comme un âge dangereux, irresponsable, agressif ou trop passif, ignorant et irrespectueux* » (Dubet, 1993, p. 83). Nous savons, par les enquêtes réalisées, que les conduites à risques de la jeunesse sont corrélées aux facteurs environnementaux (prévention globale et spécialisée). Si la question de la jeunesse, en général, est très prisee par les médias et les

politiques, les mineurs forment une problématique d'autant plus importante. En allant du côté des intervenants sociaux, nous pouvons souligner que, lorsque l'usage de drogue est problématique, ces professionnels s'interrogent. Si l'âge de la première expérience de consommation de stupéfiants a un peu augmenté, ce n'est pas le cas lorsque nous regardons la population spécifique (fréquentant les CAARUD ou les CSAPA). Cette tranche d'âge pose problème à la politique de réduction des risques. Comment les intervenants sociaux peuvent-ils accompagner ces jeunes "intouchables" ?

Les dispositifs de réduction sont dorénavant acceptés socialement. S'il reste des problèmes face au modèle prohibitionniste pour les consommations adultes, comment les intervenants sociaux peuvent-ils travailler auprès des mineurs ? Nous souhaitons intervenir le plus précocement possible concernant l'usage de stupéfiants par la prévention, voire la prédiction. Néanmoins, faut-il attendre que l'usage soit problématique ou que l'individu atteigne sa majorité pour pouvoir appliquer une politique de réduction sur cette part de la population ?

D'une part, le modèle en vigueur interroge la responsabilité des professionnels dans les structures de réduction des risques. Si le lien entre législation en vigueur et réduction est connu, la manière d'aborder les usages modifie leur façon d'agir. La responsabilité de ces professionnels est la démonstration de la complexité inhérente de ce champ d'activité. Dans ce type de structure, une équipe pluridisciplinaire est mise à disposition des usagers. Si les spécialités sont variées, le responsable de la structure peut appréhender des problèmes liés aux recruteurs face aux risques pénaux. En effet, il existe deux responsabilités : pénale<sup>425</sup> et civique<sup>426</sup>. La première accepte la délivrance de traitement, l'orientation vers des services sociaux, la promotion et la supervision de la stratégie de réduction. Même si cette couverture pénale est novatrice, elle interroge les notions d'incitation et d'infraction. La réduction des risques, sans favoriser l'usage, souhaite promouvoir la distribution de matériel, préfère par exemple l'inhalation à l'injection pour des questions sanitaires. Ces différentes pratiques entraînent des discours divers.

La responsabilité civile, elle, s'attache davantage au rapport entre l'association et les riverains. Si nous posons l'hypothèse de troubles liés aux nuisances, on suppose que ces

---

<sup>425</sup> Par exemple, un agent de sécurité qui aurait une altercation entraînerait une infraction pénale, ou encore l'incitation à la drogue (provocation à l'usage par investigation).

derniers sont anormaux face aux troubles “ordinaires”. L’association se doit de promouvoir la sécurité et la tranquillité des alentours. Cependant, la loi sur la protection du risque pénal, en donnant l’immunité en matière de stupéfiants, ne couvre pas tous les risques. Ces derniers sont, en effet, plus nombreux que ceux inscrits dans cette loi. Par exemple, l’intervenant ne doit pas accompagner de manière active l’usager dans l’injection car cela serait considéré comme une atteinte à l’intégrité physique (punition pénale de l’intervenant et civile de l’employeur). Autre exemple : si un usager se blesse ou meurt, il y aurait une enquête de mise en place pour voir s’il n’y avait pas un manque d’effectif ou de naloxone. Pourtant, nous remarquons les efforts faits par le modèle prohibitionniste qui subsiste.

François Ost, philosophe du droit, souscrit à la théorie de la validité juridique (produit d’un équilibre instable entre légalité, légitimité et effectivité). Ainsi, la perte graduelle de la validité juridique du modèle prohibitionniste laisserait transparaître l’avènement progressif du modèle de la réduction des risques. Pour autant, les salles de consommation à moindre risques ont eu du mal à passer à travers ce modèle. Dès les débuts de la stratégie de RDR, les actions étaient construites en dehors de la loi. Il n’y a pas eu de conseil d’État pour la méthadone ; c’était illégal au moment de l’utilisation. Effectivement, la RDR était davantage un archipel de mesures ne créant pas un système, elle était constituée de dispositifs à la marge liés, dans l’imaginaire collectif, à un certain militantisme.

Aujourd’hui, les frontières entre le licite et l’illicite sont bousculées. Les drogues médicamenteuses augmentent alors qu’elles sont autorisées et posent le même problème que celles illégales. Ce clivage pose la question du risque juridique au moment de l’expérimentation des SCMR. Les juristes doivent donner une certaine cohérence à ce magma normatif. La réconciliation des normes qui traite des politiques de réduction des risques et celles qui essaient de maintenir le modèle prohibitionniste est très complexe. Cette antinomie juridique, ce conflit de normes, découle d’une injonction contradictoire. Comment le droit peut-il accorder un statut légal à des dispositifs qui sont destinés à sécuriser les conditions de consommation de produit dont l’usage reste interdit ? Cette contradiction est, en partie, résolue par une hiérarchisation des normes en situation.

L’intérêt pénal s’efface à mesure que le risque sanitaire s’intensifie. Cela nous conduit à une réflexion sur des archétypes théoriques de modèles d’implantation de la politique de

réduction développés par Marie Jauffret-Roustide<sup>427</sup>. Il existerait un modèle fort et un modèle faible ou neutre. Le premier nécessiterait, pour la mise en place d'une stratégie de réduction des risques, un changement de législation sur le droit des usagers à disposer de leur corps, la liberté de l'usage faisant partie intégrante des droits de l'Homme. L'usage serait alors perçu comme un choix, une liberté plutôt qu'une contrainte ou un risque. Pour autant, ce modèle comporte une forme d'injonction car la situation sociale, parfois marginale, de l'utilisateur détériore les conditions de choix ou de rationalité. Le second, faible ou neutre, est davantage centré sur la dimension sanitaire de la réduction des risques. Il impose un type d'intervention, que les politiques considèrent comme légitime, tout en évitant la question de la légalité comme condition préalable à l'ancrage de cette stratégie. Si les frontières entre les deux modèles sont mouvantes dans la pratique, la France se situe davantage dans le second modèle. Ces archétypes se déclinent de manière spécifique sur le terrain et dans la mise en pratique par les professionnels. Il existe, dans les faits, des différences au niveau local, selon les élus, l'évolution des forces politiques ou les moyens de pression, dans l'application des référentiels.

Ce problème juridique, notoire, et spécifiquement pour cette nouvelle cible que sont les mineurs, pose la question de la collaboration entre les travailleurs sociaux et les membres de la police. Si la réduction des risques est délimitée par les lois que ce dernier corps professionnel respecte, les professionnels de l'intervention, eux, doivent s'y soumettre. La loi sur la prévention de la délinquance pose cette question d'une relation entre ces deux corps professionnels. Il faudrait ici focaliser notre attention sur le poste de travailleurs sociaux en commissariat et faire une ethnographie d'une cellule spécifique (comme le Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance) afin de voir le développement de ce rapport et les tensions possibles entre logiques professionnelles et institutionnelles ; cette logique institutionnelle se rapporterait à une optique tantôt universaliste, tantôt ciblée. Cependant, avec les nouvelles problématiques autour des jeunes et de la marginalité, les pouvoirs publics ont tendance à favoriser l'optique ciblée. La réduction des risques y est autant soumise.

---

<sup>427</sup> JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2020), « Entre limites du modèle prohibitionniste et résistances à la politique de réduction des risques », *Cahiers Droit*, vol. Sciences & Technologies, n° 10, pp. 23-33.

## Bibliographie

AÏACH Pierre et FASSIN Didier (2004), « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *La Revue du Praticien*, vol. 54, n° 20, décembre, pp. 2221-2227.

ALBEROLA Élodie et DUBECHOT Patrick (2012), « La notion d'autonomie dans le travail social. L'exemple du RMI/RSA », *Vie sociale*, vol. 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 145-156.

ALINSKY Saul (1974), *Reveille for Radicals*, New York, Vintage Press.

AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle (2014), « Qu'entend-on par "éducation pour la santé par les pairs" ? », *Cahiers de l'action*, vol. 43, n° 3, décembre, pp. 9-16.

ALBRECHT Hans-Jörg (1996), « Les politiques de la drogue en Allemagne, construction d'un problème en mouvement », cit. par EHRENBERG Alain, « Vivre avec les drogues », *Communications*, vol. 62, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 47-65.

APTER Michael (2001), *Motivatioal styles in everyday life: a guide to reversal theory*, Washington, American Psychological Society.

ASSAILLY Jean-Pascal (2007), *Jeunes en danger : les familles face aux conduites à risques*, Paris, Imago.

BA Israël, CHECKOWAY Barry, SCHULZ Amy et ZIMMERMAM Marc (1994), « Health education and community empowerment : conceptualizing and mesuring perceptions of individual, organizational, and community control », *Health Education Quaterly*, vol. 21, n° 2, août, pp. 149-170.

BACQUÉ Marie-Hélène et BIEWENER Carole (2013a), *L'Empowerment, une pratique émancipatrice*, Paris, La Découverte.

BACQUÉ Marie-Hélène et BIEWENER Carole (2013b), « L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? », *Idées économiques et sociales*, vol. 173, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 25-32.

BAECHLER Jean (1970), *Les phénomènes révolutionnaires*, Paris, PUF.

BAILLERGEAU Evelyne et BELLOT Céline (2007), *Les Transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?*, Québec, Presses de l'université du Québec.

BALANDIER Georges (1974), *Anthropo-logiques*, Paris, PUF.

BALL Andrew (2007), « HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response », *Addiction*, vol. 102, n° 5, mai, pp. 684-690.

BARSCHE Gundula (2008), *Lehrbuch Suchtprävention: Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit*, Berlin, Neuland.

BATEL Philippe (2017), « Des drogues ? Lesquelles et à quels risques ? », *Après-demain*, vol. 44, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 16-18.

BAUMGÄRTNER Theo et HILLER Philipp (2018), « JEBUS : Junge Erwachsene: Befragung zum Umgang mit Suchtmitteln. Zusammenfassender Tabellenbericht einer Untersuchung unter 18- bis 25-Jährigen in der Berufs- und Hochschulausbildung in Hamburg, Bayern und Sachsen 2016/2017 », Hambourg, *Office de prévention des addictions*.

BANDURA Albert (2003), *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, trad. fr., Louvain-la-Neuve, De Boeck (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1997).

BEAUD Stéphane (1996), « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *Politix*, vol. 35, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 226-257.

BECK François (2005), « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations », *Genèses*, vol. 58, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 72-97.

BECK François, LEGLEYE Stéphane, OBRADOVIC Ivana, COHEN Baptiste, MUTATAYI Carine et KARILA Laurent (2008), « Les plus jeunes adolescents face aux drogues : repérage des usages problématiques et éléments de réponse institutionnelle en France », *Médecine/science*, vol.24, n° 8, août, pp. 758-767.

BECK François et OBRADOVIC Ivana (2017), « Le cannabis en France. Totem ou tabou ? », *Esprit*, n° 2, février, pp. 72-84.

- BECK François, OBRADOVIC Ivana, JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et LEGLEYE Stéphane (2010), « Regards sur les addictions des jeunes en France », *Sociologie*, vol. 1, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 517-535.
- BECK François et PERRETTI-WATEL Patrick (2001), « L'héroïne entre répression et réduction des risques : comment sont perçues les politiques publiques ? », *Sociétés contemporaines*, vol. 41-42, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 133-148.
- BECKER Howard (2012), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, trad. fr., Paris, Métailié (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963).
- BÈGUE Laurent et DESRICHARD Olivier (sous la dir. de) (2013), *Traité de psychologie sociale : la science des interactions humaines*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- BELLIVIER Florence (2020), « Autonomie personnelle, principes et limites », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, n° 10, avril, pp.117-125 [Online].
- BENAMAR Rabia, BUZAKU Xhemile et LEGROS Jérôme (2014), « L'empowerment », *Culture et santé*, n° 4, mai, pp. 1-27.
- BENSO Vincent (2017), « Technoplus et la réduction des risques en espace festif. Apports de l'auto-support », *Chimères*, vol. 91, n° 1, 1<sup>e</sup> trimestre, pp. 55-62.
- BERGERON Henri (1999), *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.
- BERGERON Henri et COLSON Renaud (2015), *Les Drogues face au droit*, Paris, PUF.
- BERNAT DE CELIS Jacqueline (1992), *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ? Une étude de sociologie législative*, Paris, CESDIP.
- BERNAT DE CELIS Jacqueline (1996), *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970*, Paris, L'Harmattan.
- BERTHELOT Jean-Michel (sous la dir. de) (2000), *Sociologie. Épistémologie d'une discipline*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- BIANQUIS Isabelle (2012), *L'Alcool : anthropologie d'un objet-frontière*, Paris, L'Harmattan.

BIDART Claire (2010), « Les âges de l'amitié », *Transversalités*, vol. 113, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 65-81.

BILLARD Élise (2014), « La moralité des espaces publics dans le quartier des plaisirs maltais », *Urbanités*, n° 3, avril, pp. 4-18.

BLANCHER Marion (2017), « L'addiction et la difficulté de vivre l'incertitude en relation » [En ligne : <https://www.implications-philosophiques.org/actualite/une/laddiction-et-la-difficulte-de-vivre-lincertitude-de-la-relation/>].

BOHMAN James (1996), « Critical Theory and Democracy », in RAMUSSEN David (sous la dir. de), *Handbook of Critical Theory*, Oxford, Blackwell, pp. 190-215.

BONGRAND Philippe et LABORIER Pascale (2005), « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique ? », *Revue française de Science politique*, vol. 55, n° 1, février, pp. 73-111.

BOUDON Raymond (1979), *La Logique du social. Introduction à l'analyse sociologique*, Paris, Hachette.

BOUDON Raymond et BOURRICAUD (1994), *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF (1<sup>re</sup> éd. : 1982).

BOURDIEU Pierre et PASSERON Jean-Claude (1970), *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit.

BOURGEAULT Guy (2013), « Préface », in MASSÉ Raymond et MONDOU Isabelle (sous la dir. de), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : enjeux éthiques et politiques*, Québec, Presses universitaires de Laval, pp. X-XVII.

BORIES Benoit, ROUNAULT Charlotte et ROBERT Christine (2014), « Crack, pratiques de réduction des risques », *France Culture*, émission *Sur les Docks*, mardi 8 avril.

BORNSTEIN Erica (2006), « Charitable Choice. L'humanitaire et les politiques de la foi », *Vacarme*, n° 34, janvier, pp. 1-11.

BORRAZ Olivier (2008), *Les Politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po.

BOUILLON Florence et AGIER Michel (2009), *Les Mondes du squat : anthropologie d'un habitat précaire*, Paris, PUF.

BOUQUET Brigitte (2012), « Analyse critique du concept de contrôle social », *Vie sociale*, vol. 1, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 15-28.

BOURGEOIS Philippe (2000), « Disciplining addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States », *Culture Medicine and Psychiatry*, vol. 24, n° 2, juin, pp. 165-195.

BRANDEN Nathaniel (1985), *Honoring the self: the psychology of confidence and respect*, Toronto, Bantam Books.

BROCHU Serge (1995), « Prévention de la toxicomanie : prévention de la délinquance : prévention de la déviance », *Conseil québécois de la recherche sociale*, Rapport technique, Québec [Online].

BROCHU Serge (1997) « Drogues et criminalité : point de vue critique sur les idées véhiculées », *Déviance et société*, vol. 21, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 303-314.

BRUNET Diane (2002), *Herbert Spencer : autobiographie, naissance de l'évolutionnisme libéral*, à partir d'une traduction et d'un résumé de DE VARIGNY Henry (1907), éd. électronique.

BULL Melissa (2000), *Governing the Heroin Trade: From Treaties to Treatment*, Londres, Routledge.

BUZAN Barry et BUZAN Tony (1996), *The Mind Map Book: How to Use Radiant Thinking to Maximise your Brain's Untapped Potential*, New York, Plume.

CALVÈS Anne-Emmanuèle (2009), « “Empowerment” : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, vol. 200, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 735-749.

CANGUILHEM Georges (1984), *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF (1<sup>re</sup> éd. : 1984).

CANTELLI Fabrizio (2005), « Comment l'action publique responsabilise-t-elle les usagers vulnérables ? », *Actes du 15<sup>e</sup> Colloque international de la revue Politique et Management public*, pp. 4-22.

CANTELLI Fabrizio (2013), « Deux conceptions de l'empowerment », *Politique et Sociétés*, vol. 32, n° 1, septembre, pp. 63-87.

CANTELLI Fabrizio et GENARD Jean-Louis (2007), *Action publique et subjectivité*, Paris, LGDJ.

CAPEL Horacio (1975), « L'image de la ville et le comportement spatial des citadins », *Espace géographique*, vol. 4, n° 1, janvier-mars, pp. 73-80.

CAQUARD Sébastien et CARTWRIGHT William (2014), « Narrative cartography: from mapping stories to the narrative of maps and mapping », *Cartographic Journal*, vol. 51, n° 2, mai, pp. 101-106.

CARBONNEAU Noémie, PAQUET Yvan et VALLERAND Robert (2016), *La Théorie de l'autodétermination. Aspects théoriques et appliqués*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.

CARDÉNAL Marylène, APTER Michael, SZTULMAN Henri et SCHMITT Laurent (2007), « États métamotivationnels chez des toxicomanes et des anorexiques restrictives : similitudes et différences », *Psychotropes*, vol. 13, n° 2, 2<sup>e</sup> trimestre, pp. 69-90.

CARRIER Nicolas et QUIRION Bastien (2003), « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation », *Drogues, Santé et Société*, vol. 2, n° 1, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 1-29.

CASTAGNE Michel (2006), « Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? », *Psychotropes*, vol. 12, n° 3-4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 71-79.

CASTAING Cécile (2013), « La "démocratie sanitaire" : du concept législatif à la réalité », *Angles Droit* [En ligne], avril, pp. 1-4.

CASTEL Robert (1999), *Les Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard.

CASTEL Robert (2005), « Devenir de l'État-Providence et travail social », in ION Jacques (sous la dir. de) *Le Travail social en débats*, Paris, La Découverte, p. 27-49.

CASTEL Robert et HAROCHE Claudine (2001), *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard.

CHAMBERLAND Claire et DELLAIRE Nicole (1996), « Empowerment, crises et modernité », *Revue canadienne de Santé mentale communautaire*, vol. 15, n° 2, automne, pp. 87-108.

CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre et MOREL Alain (2012), *L'Aide-mémoire à la réduction des risques en addictologie*, Paris, Dunod.

CHAUVIÈRE Michel (2010), *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte.

CHERONNET Hélène (2009), « Intervenir auprès des jeunes en errance, de François Chobeaux », *Revue pluridisciplinaire de Recherche*, n° 8, automne, pp. 1-6.

CHOQUET Luc-Henry (2017), *Protéger la jeunesse contre l'usage et le trafic de drogues*, Saint-Ouen, Éd. LEN.

CLEIREC Grégoire et TROUESSIN Mélanie (2020), « Les salles de consommation à moindre risque », *Implications philosophiques* [En ligne], mars, pp. 1-14.

COHEN Stanley (2011), *Folk Devils and Moral Panics*, Abingdon-on-Thames, Taylor & Francis (1<sup>re</sup> éd : 1972).

COLLINS David, DUKES Mark, ETHERINGTON Nicole, REARDON Cindy et SHEPHERD Susan (2010), « Stigma, discrimination & substance use », Toronto, *Toronto Drug Strategy Implementation Panel*, pp. 1-32.

COMBESSIE Jean-Claude (2007), *La Méthode en sociologie*, Paris, La Découverte.

COMBESSIE Philippe (2008), « Paul Fauconnet et l'imputation pénale de la responsabilité », *Anamnèse*, n° 3, février, pp. 221-246.

COMPAGNON Claire et GHADI Véronique (2014), *Pour l'an II de la démocratie sanitaire, Rapport*, Paris, La Documentation française.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre (2002), « Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ? » *Gestion*, vol. 27, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 142-150.

COOK Judith, RAZZANO Lisa, BURKE-MILLER, BLYLER Crystal, LEFF Stephen, MUESER Kim, GOLD Paul, GOLBERG Richard, SHAFER Michael, ONKEN Steven, MCFARLANE William, DONEGAN Kate, CAREY Martha Ann, KAUFMANN Caroline et GREY Dennis (2007), « Effects of co-occurring disorders on employment outcomes in a multisite randomized study of supported employment for people with severe mental illness », *Journal of Rehabilitation Research & Development*, vol. 44, n° 6, février, pp. 837-850.

COOPER David (1977), *Le Langage de la folie*, Paris, Seuil.

COPPEL Anne (2000), « Du militantisme à une politique de santé publique », in *Droits de l'homme et santé publique* (intervention tirée d'une conférence organisée par AIDES et La Ligue des Droits de l'Homme) [En ligne : <http://www.annecoppel.fr/acces-aux-soins-usagers-drogues-du-militantisme-politique-sante-publique/>].

COPPEL Anne (2005), « De l'usager de drogue à l'usager des services socio-sanitaires, l'action de proximité face aux logiques de services », *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 1, mars, pp. 69-77.

COPPEL Anne (2009), *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.

COPPEL Anne et DOUBRE Olivier (2012), *Drogues, sortir de l'impasse : expérimenter des alternatives à la prohibition*, Paris, La Découverte.

COPPEL Anne et LALANDE Aude (2009), « Drogues : sept ans d'hiver. Entretien avec Anne Coppel », *Vacarme*, vol. 48, n° 4, juin, pp. 82-85.

CORMIER Denis (1993), « La prévention, c'est quoi ? » in *Les actes du XXe colloque de l'AITQ*, Montréal : Association des intervenants en toxicomanie du Québec.

COTTENCIN Olivier, DUBOIS-ARBER Françoise, LAPREVOTE Vincent, POTIER Chloé et ROLLAND Benjamin (2014), « Supervised injection services: what has been demonstrated ? A systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 145, décembre, pp. 48-68.

COUTERON Jean-Pierre (2012), « Société et addiction », *Le Sociographe*, vol. 39, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 10-16.

COUTERON Jean-Pierre (2017), « La régulation, un possible au XXI<sup>e</sup> siècle », *Actes du colloque « Addictions : des régulations des uns, dérégulations des autres »*, discours introductif du Congrès annuel de la Fédération Addiction, Le Havre.

COUTERON Jean-Pierre, LAURENT Michel, MOREL Alain et PHAN Olivier (2019), *Addictologie. En 47 notions*, Paris, Dunod.

CREPIN Renaud (2004), *De la prévention à la répression : le parcours social des tests de dépistage des drogues. Une étude comparative France-États-Unis*, Rapport pour la MILDT.

CRESSON Geneviève et SCHWEYER François-Xavier (2000), *Les Usagers du système de soins*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la Santé publique.

CROSS Jay, SAUNDERS Cynthia et BARTELLI Debra (1998), « The effectiveness of educational and needle exchange programs: a meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users », *Quality Quantity*, vol. 32, n° 2, 2<sup>e</sup> trimestre, pp. 165-180.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard (1981), *L'Acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil (1<sup>re</sup> éd. : 1977).

CYRULNIK Boris (2000), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

DANIELSON Carla, DE ARELLANO Michael, EHRENREICH Jill, SUÁREZ Liza, BENNETT Shannon, GOLDSTEIN Clark, JAKLE Katherine, LANDON Terri et TROSPER Sarah (2006), « Identification of high-risk behaviors among victimized adolescents and implications for empirically supported psychosocial treatment », *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 12, no 6, novembre, pp. 364-383.

DANY Lionel, DORMIEUX Anne, FUTO Francette (2006), « La souffrance : représentations et enjeux », *Recherche en Soins infirmiers*, vol. 84, n° 1, février, pp. 91-104.

DARDOT Pierre et LAVAL Christian (2009), *La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte.

DARRE Jean-Pierre (2014), *Parcours d'un sociologue. Objectivité et parti-pris*, Paris, L'Harmattan.

DASSIEU Lise (2019), « L'automédication chez les usagers de drogues : de la constitution de savoirs expérientiels à leur confrontation aux médecins », *Anthropologie & Santé*, n°18, septembre, pp. 1-60.

DEBRUS Marie (2013), « L'éducation aux risques liés à l'injection de drogues. Quels enseignements retenir après un an d'expérience ? », *VST : Vie sociale et traitements*, vol. 118, n° 2, pp. 7-14.

DECI Edward et RYAN Richard (2000), « Intrinsic and extrinsic motivation: classic definition and new directions », *Contemporary Educational Psychology*, vol. 35, n° 1, janvier, pp. 54-67.

DECLERCK Patrick (2003), *Les Naufragés avec les clochards de Paris*, Paris, Pocket.

DELAS Jean-Pierre et MILLY Bruno (2015), *Histoire des pensées sociologiques*, Malakoff, Armand Colin (1<sup>re</sup> éd. : 1997).

DELILE Jean-Michel (2004), « Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de 159 bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution aux opiacés ? », *Alcoolologie et Addictologie*, vol. 26, n° 4, septembre, pp. 277-284.

DEMANT Jakob, RAVN Signe et THORSEN Sidsel Kirstine (2010), « Club studies: methodological perspectives for researching drug use in a central youth social space », *Leisure Studies*, vol. 29, n° 3, janvier, pp. 241-252.

DENAMIÉL Isabelle (2006), *La Responsabilisation du détenu dans la vie carcérale*, Paris, L'Harmattan.

DEN BOER Pim et FAVREAU Bertrand (sous la dir. de) (2012), *La Loi peut-elle dire l'histoire ?*, Bruxelles, Bruylant.

DE PERETTI Gaël, BECK François et LEGLEYE Stéphane (2003), « Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives : Exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens », *Psychotropes*, vol. 9, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 163-184.

DESAGE Fabien (2006), « Comparer pour quoi faire ? Le point de vue d'un "monographe" », *Communication au colloque « La comparaison : défis et démarches »*, Université de Montréal, Montréal, pp. 1-13.

DESJEUX Dominique (2004), *Les Sciences sociales*, Paris, PUF.

DESSEZ Patrick (2007), *Adolescents et conduites à risques : prévention et écoute*, Rueil-Malmaison, ASH.

DE VERDALLE Laure, VIGOUR Cécile et LE BIANIC Thomas (2012), « S'inscrire dans une démarche comparative : enjeux et controverses », *Terrains & Travaux*, vol. 21, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 5-21.

DEVRIENDT Wouter et EVENEPOEL Tom (2003), « De "Bedrogen" à "Partywise" : des campagnes de sensibilisation pour la prévention des drogues dans la vie nocturne belge », *Psychotropes*, vol. 9, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 185-194.

DIAZ GOMEZ Christina (2018), « Les CAARUD en 2015. Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages », *Tendance*, n° 124, mars, pp. 1-6.

DOGAN Mattei et PÉLASSY Dominique (1982), *Sociologie politique comparative : problèmes et perspectives*, Paris, Économica.

DORÉ Christina (2017), « L'estime de soi : analyse de concept », *Recherche en Soins infirmiers*, vol. 129, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 18-26.

DOSSIER INSERM (2017), « Addiction : du plaisir à la dépendance », avec la collaboration de BENYAMINA Amine, *unité 1178 Inserm/université Paris Sud, hôpital universitaire Paul-Brousse, Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions*, Villejuif.

DUBET François (1993), « Les adolescents, conformisme et déviance », in CHOQUET Marie et DRESSEN Christiane (sous la dir. de), *Adolescence plurielle*, Franconville, CFES, pp. 79-84.

DUBET François (2004), *L'École des chances. Qu'est-ce qu'une école juste ?*, Paris, Seuil.

DUBOIS Vincent (2012), « Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique*, vol. 1, n° 1, septembre, pp. 83-101.

DUCLOS Anne-Marie (2014), « Le néolibéralisme : une logique destructrice pour l'éducation », *ACFAS*, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, octobre [en ligne].

DUCLOS Germain (2004), *L'estime de soi un passeport pour la vie*, Montréal, Edition de l'hôpital Ste-Justine.

DUCOURNAU Nicolas (2010), « Usage de drogues en milieu festif. Rapport au risques et définition chez les jeunes consommateurs », *Agora débats/jeunesses*, vol. 54, n° 1, 1<sup>e</sup> trimestre, pp. 113-124.

DUFF Cameron (2005), « Party drugs and party people: examining the "normalization" of recreational drug use in Melbourne, Australia », *International Journal of Drug Policy*, vol. 16, n° 3, février, pp. 161-170.

DUGAS Éric et SIVILOTTI Lucas (sous la dir. de) (2020), *Inclure dans et hors l'école ? Accessibilité, accompagnement et altérités*, Louvain-la-Neuve, EME.

- DURIF-BRUCKERT Christine (2007), « Récits privés de la maladie et processus narratif groupal : un support thérapeutique fondamental », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, vol. 4, n° 2, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 105-122.
- DURKHEIM Émile (1986), *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF (1<sup>re</sup> éd : 1895).
- DURKHEIM Émile (2013), *De la division du travail social*, Paris, PUF (1<sup>re</sup> éd. : 1893).
- EHRENBERG Alain (1991), *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.
- EHRENBERG Alain (1996), *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- EHRENBERG Alain (2011), *La Fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG Alain (2012), « La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale », *Cahiers de Recherche sociologique*, vol. 41-42, n° 1, octobre, pp. 17-41.
- EHRENBERG Alain (sous la dir. de) (1991), *Individus sous influence. Drogues, alcools et médicaments psychotropes*, Paris, Esprit.
- ELIAS Norbert (1993), *La Société des individus*, trad. fr., Paris, Pocket, (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1987).
- ÉTIENNE Jean, BLOESS Françoise, NORECK Jean-Pierre et ROUX Jean-Pierre (1997), *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Hatier.
- EYMERI Jean-Michel (2001), *La Fabrique des énarques*, Paris, Économica.
- FABIANI Jean-Louis et THEYS Jacques (1987), *La Société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*, Paris, École normale supérieure.
- FAGET Jacques (2002), *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, Toulouse, Érés.
- FAINZANG Sylvie (2012), *L'Automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF.
- FANIEL Annick (2017), « L'éducation à la santé par les pairs : processus de responsabilisation et d'empowerment pour les jeunes », *Centre d'expertise et de ressources pour l'enfance* [En ligne : <http://www.cere-asbl.be/spip.php?article39>].
- FASSIN Didier et Memmi Dominique (2004), *Le Gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

- FAUCONNET Paul (1920), *La Responsabilité. Étude de sociologie*, Paris, Félix Alcan.
- FAUGERON Claude et KOKOREFF Michel (2002), *Société avec drogues : enjeux et limites*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- FAVEREAU Éric (2016), « La “démocratie sanitaire” est morte. Vive la “démocratie en santé” », *Libération*, juillet [En ligne : [https://www.liberation.fr/france/2016/07/06/la-democratie-sanitaire-est-morte-vive-la-democratie-en-sante\\_1464456/](https://www.liberation.fr/france/2016/07/06/la-democratie-sanitaire-est-morte-vive-la-democratie-en-sante_1464456/)].
- FEHER Michel (2007), « S’apprécier, ou les aspirations du capital humain », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 11-31.
- FERRÉOL Gilles (sous la dir. de) (1999), *Adolescence et Toxicomanie*, Paris, Armand Colin.
- FERNANDEZ Fabrice (2008), « Usages et usagers de drogues dans les mondes de l’errance urbaine et de la prison : une "expérience totale" ? Sociologie du sens endogène des pratiques de consommation de produits toxiques associées à des prises de risques pour la santé », *Bulletin Amades*, vol. 73, n° 3, décembre, pp. 1-8.
- FILS-AIMÉ Edy (2012), *Décentralisation et mise en œuvre des stratégies de développement local : analyse du système de gouvernance territoriales du cas de Croix-des-Bouquets*, Mémoire en ligne, Université de l’État d’Haïti.
- FITZGERALD John (2009), « Mapping the experience of drug dealing risk environments. An ethnographic case study », *The International Journal on Drug Policy*, vol. 20, n° 3, mai, pp. 261-269.
- FLAMAND Amélie (2003), « Les espaces intermédiaires, un état des lieux raisonné », Communication à Institut d’Urbanisme de Paris, Université de Paris XII, Centre de recherche sur l’Habitat, UMR LOUEST.
- FLAMENT Claude (1989), « Structure et dynamique des représentations sociales », in JODELET Denise (sous la dir. de), *Les Représentations sociales*, Paris, PUF, pp. 204-219.
- FONTAINE Astrid, FONTANA Caroline, VERCHÈRE Céline et VISCHI Renaud (2001), *Pratiques et représentations émergentes dans le champ de l’usage des drogues en France*, Paris, OFDT.

FORTANÉ Nicolas (2010), « La carrière des addictions. D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, vol. 78, n° 1, mai, pp. 5-24.

FORTANÉ Nicolas (2011), *Genèse d'un problème public : les "addictions". D'un concept médical à une catégorie d'action publique ou la transformation des drug policies contemporaines*, Thèse pour le doctorat de science politique, Université de Lyon.

FOUCAULT Michel (1993), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> éd. : 1975).

FOUCAULT Michel (1997), *Il faut défendre la société*, Paris, Seuil.

FOUCAULT Michel (1999), *Les Anormaux*, Paris, Seuil.

FOUCAULT Michel (2004), *Naissance de la biopolitique*, Paris, Seuil.

FOUILLAND Patrick et COUTERON Jean-Pierre (2011), « CSAPA : le choc des cultures », *Santé, Réduction des risques, Usages de drogues*, n° 62, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 1-5.

FOURNIER Laurent Sébastien, CROZAT Dominique, BERNIÉ-BOISSARD Catherine et CHASTAGNER Claude (2009), *La Fête au présent : mutations des fêtes au sein des loisirs*, Paris, L'Harmattan.

FOURNIER Pierre (1996), « Des observations sous surveillance », *Genèses*, n° 24, septembre, pp. 103-119.

FOURRÉ Martine (2007), « La prévention en santé mentale et le modèle médical », *Vie sociale et traitements*, vol. 94, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 64-72.

FRASER Suzanne et VALENTINE Kylie (2008), *Substance & Substitution: Methadone Subjects in Liberal Societies*, New York, Palgrave Macmillan.

FREIRE Paulo (1974), *La Pédagogie des opprimés*, Paris, Maspero.

FRÉZAL Sylvestre (2017), « Outils prédictifs : contresens et dérives », *Esprit*, n° 2, février, pp. 28-32.

FRIEDMAN Jennifer et ALICEA Marixsa (2001), *Surviving Heroin: Interviews with Women in Methadone Clinics*, Gainesville, Presses universitaires de Floride.

GAGNON Éric et SAILLANT Francine (2004), « Sources et figures de la responsabilité aujourd'hui », *Éthique publique*, vol. 6, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 1-17.

GALAND Charles et SALÈS-WUILLEMIN Édith (2009), « La représentation des drogues chez les étudiants en psychologie : effets des pratiques de consommation et influence de l'entourage », *Les Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, vol. 84, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 125-152.

GALLAND Olivier (2001), « Adolescence, post-adolescence, jeunesse : retour sur quelques interprétations », *Revue française de Sociologie*, vol. 42, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 611-640.

GARLAND David (1997), « "Governmentality" and the problem of crime: Foucault, criminology, sociology », *Theoretical Criminology*, vol. 2, n° 1, mai, pp. 173-214.

GARLAND David (1998), « Les contradictions de la "société punitive" : le cas britannique », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n° 124, septembre, pp. 49-67.

GARRAUD Philippe (2000), *Le Chômage et l'action publique : le "bricolage" institutionnalisé*, Paris, L'Harmattan.

GAUDET Stéphanie (2001), « La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte », *Lien social et Politiques*, n° 46, automne, pp. 71-83.

GELLY Maud (2016), *Classer pour soigner ? Savoirs d'État et raisons pratiques. Le cas du dépistage du sida en France*, Thèse de sociologie à l'Université Paris 8, décembre.

GÉNARD Jean-Louis (1992), *Sociologie de l'éthique*, Paris, L'Harmattan.

GÉNARD Jean-Louis (1999), *La Grammaire de la responsabilité*, Paris, Cerf.

GENEL Katia (2007), « Responsabilité morale et théorie sociale dans l'École de Francfort », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> semestre, pp. 91-109.

GERMES Mélina (2018a), « Cartographier les espaces vécus et les émotions », *Drogues, Sécurités, Politiques urbaines*, 13 décembre.

GERMES Mélina (2018b), « Déconstruire le " sentiment d'insécurité " par les émotions », *Drogues, Sécurités, Politiques urbaines*, 14 décembre.

GERMES Méлина (2019a), « La roue des émotions : construire une légende de carte mentale », *Drogues, Sécurité, Politiques urbaines*, 15 janvier.

GERMES Méлина (2019b), « Cartographie et drogues : enjeux théoriques et méthodologiques », *Drogues, Sécurité, Politiques urbaines*, 21 janvier.

GIRAUX-ARCELLA Pilar, JOUBERT Michel et MOUGIN Chantal (2005), *Villes et toxicomanies*, Toulouse, Érès.

GLENDENNIG Jonathan (2016), « Espace disciplinaire et normativité sociale contemporaine », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 28, n° 1, printemps, pp. 195-210.

GODELIER Maurice (1996), *L'Énigme du don*, Paris, Flammarion.

GOETZ Edward Glenn (1996), « The US War on Drugs as Urban Policy », *International Journal of Urban and Regional Research*, vol. 20, n° 3, septembre, pp. 539-549.

GOFFMAN Erving (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, trad. fr., Paris, Minit (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1963).

GOODMAN Aviel (1990), « Addiction: definition and implications », *British Journal of Addiction*, vol. 85, n° 11, décembre, pp. 1403-1408.

GORMAN Dennis, GRUENEWALD Paul et WALLER Lance (2013), « Linking places to problems: geospatial theories of neighborhoods, alcohol and crime », *GeoJournal*, vol. 78, n° 3, juin, pp. 417-428.

GOUZOULIS-MAYFRANK Euphrosyne et SCHERBAUM Norbert (2013), « Kapitel 3: Drogenabhängigkeit », in VODERHOLZER Ulrich et HOHAGEN Fritz (sous la dir. de), *Therapie Psychischer Erkrankungen*, Munich, Urban & Fischer, pp. 39-52.

GRANGE Aline (2005), *L'Europe des drogues : l'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie*, Paris, L'Harmattan.

GRECO Monica (1993), « Psychosomatics subjects and “The duty to be well”: Personal agency within medical rationality », *Economy and Society*, vol. 22, n° 3, août, pp. 357-372.

GREIG Albert (1998). « La réduction de méfaits aux É.-U, mouvement pour le changement », *Bulletin canadien VIH-SIDA et droit*, vol. 4, n° 1, janvier, pp. 24-28.

GROENEMEYER Axel (1993), « Drogenberatung und alltagsorientierte Sozialarbeit - Möglichkeiten und Folgen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Drogenberatung Bielefeld », *Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Erfahrungen, Konzepte, Forschungen*, Berlin, INDRO e.V., pp. 39-145.

GROENEMEYER Axel (1995), « Was wissen wir über den Drogentod ? » *Soziale Probleme*, vol. 5, n° 1/2, pp. 60-89.

GROENEMEYER Axel (2016), « Soziale Kontrolle », in KOPP Johannes et STEINBACH Anja, *Grundbegriffe der Soziologie*, Wiesbaden, Springer VS, pp. 177-182.

GROOTAERS Dominique et TILMAN Francis (2014), « L'empowerment ! De quoi s'agit-il ? », *Le Grain*, vol. 12, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre [En ligne]

GROSS Olivia (2020), « L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? », *La Santé en action*, Dossier éthique, prévention et promotion de la santé [En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2020-n-453-ethique-prevention-et-promotion-de-la-sante>].

GRUENEWALD Paul (2013), « Geospatial analyses of alcohol and drug problems: empirical needs and theoretical foundations », *GeoJournal*, vol. 78, n° 3, juin, pp. 443-450.

GUAY Jérôme (1982), « L'intervenant social face à l'aidant naturel », *Santé mentale au Québec*, vol. 7, n° 1, juin, p. 21-27.

GUILLEMOT Lionel et JAURAND Emmanuel (2018), « La fièvre du jeudi soir : soirées festives étudiantes et commerce de centre-ville à Angers », *Bulletin de l'Association de Géographes français*, vol. 95, n° 1, juin, pp. 97-112.

GUILLEUX Céline (2011), « La fiction de la responsabilisation des individus au cœur des décisions en « santé-environnement » : une analyse sociologique », *Environnement Risques Santé*, vol. 10, n° 3, mai-juin, pp. 247-250.

GUIMELLI Christian (1994), *Structures et transformations des représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

GUSFIELD Joseph (1996), *Contested Meanings. The Construction of Alcohol Problems*, Madison, University of Wisconsin Press.

HABER Stéphane (2007), *Penser le néo-capitalisme. Vie, capital et aliénation*, Paris, Les Prairies ordinaires.

HACHE Émilie (2007a), « Néolibéralisme et responsabilité », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 5-9.

HACHE Émilie (2007b), « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 49-65.

HAWTHORNE Tomothy, SOLIS Patricia, TERRY Brittney, PRICE Marie et ATCHISON Christopher (2014), « Critical reflection mapping as a hybrid methodology for examining sociospatial perceptions of new research sites », *Annals of the Association of American Geographers*, vol. 105, n° 1, novembre, pp. 22-47.

HEIDER Fritz (2020), *The Psychology of Interpersonal Relations*, Chicago, Barakaldo Books (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1958).

HERMAN Elisa (2007), « La notion d'autonomie et ses impensés dans la socialisation enfantine », *Mouvements*, vol. 49, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 46-52.

HERZLICH Claudine (2005), *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, EHESS.

HOAREAU Emmanuelle (2003), « L'usage de psychotropes en *free-party* : désordre ou critique ? », *Psychotropes*, vol. 9, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 79-94.

HOAREAU Emmanuelle (2007), « L'impact de la réduction des risques dans les espaces festifs techno », *Psychotropes*, vol. 13, n° 2, 2<sup>e</sup> trimestre, pp. 27-48.

HOFFMANN Laura (2021), *Ausstieg aus dem Drogenkonsum Biographieanalysen zu Crystal-Meth-Abhängigkeit*, Wiesbaden, Springer.

HONNETH Axel (2020), *La Reconnaissance. Histoire européenne d'une idée*, trad. fr., Paris, Gallimard (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1996).

HORKHEIMER Max (1974), *Éclipse de la raison*, trad. fr., Paris, Payot (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1967).

HUGHES Caitlin Elizabeth, MOXHAM-HALL Vivienne, RITTER Alison, WEATHERBURN Don et MACCOUN Robert (2016), « The deterrent effects of Australian street-level drug law

enforcement on illicit drug offending at outdoor music festivals », *International Journal of Drug Policy*, vol. 41, n° 2, décembre, pp. 91-100.

HUNT Neil (2004), « Public health or human rights: what comes first ? », *The International Journal of Drug Policy*, vol. 15, n° 4, septembre, pp. 231-237.

HUXLEY Aldous (2002), *Le Meilleur des mondes*, trad. fr., Paris, Pocket (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1932).

IMBERT Geneviève (2010), « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en Soins infirmiers*, vol. 102, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 23-34.

ION Jacques (2005), *Le Travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte.

JAEGER Marcel (2009), « Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation », *Vie sociale*, vol. 3, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 71-81.

JANIK Peter, KOSTICOVA Michaela, PROF JAN et TURCEK Michal (2017), « Categorization of psychoactive substances into “hard drugs” and “soft drugs”: a critical review of terminology used in current scientific literature », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 43, n° 6, janvier, pp. 636-646.

JANIS Irving Lester et MANN Leon (1977), *Decision Making*, New York, Free Press.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2009a), « Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship », *Health Sociology Review*, vol. 8, n° 2, avril, pp. 159-172.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2009b), « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux », *La Revue lacanienne*, vol. 5, n° 3, octobre, pp. 109-118.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2011a), « Les salles de consommation de drogues : entre santé et sécurité publiques », *Métropolitiques* [En ligne], mars, pp. 1-5.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (2011b), « Réduction des risques : succès et limites du modèle à la française », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 33, n° 2, janvier, pp. 101-110.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et SCHMITT Florent (2018), « Gouverner par autocontrôle ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues », *Terrains & Travaux*, vol. 32, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 55-80.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, SIMMAT-DURAND Laurence, LALAM Nacer et LABROUSSE Alain (2004), *Les Drogues, approche sociologique, économique et politique*, Paris, La Documentation française.

JOUAN Marlène (2012), « L'autonomie, entre aspiration et injonction : un idéal ? », *Vie sociale*, vol. 1, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 41-58.

JOUBE Bernard (2006a), « Politiques publiques et *empowerment*, l'exception française », *Économie et Humanisme*, n° 379, décembre, pp. 99-101.

JOUBE Bernard (2006b), « L'*empowerment* : entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement », *Géographie, Économie, Société*, vol. 8, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 5-15.

JOUBE Bernard (2006c), « L'*empowerment* : utopie conceptuelle, machine de guerre néolibérale ou voie de recomposition politique ? », *Pouvoirs locaux*, n° 71, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 113-118.

KALKE Jens (2001), *Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik*, Wiesbaden, Maison d'édition pour les sciences sociales.

KAMPHAUSEN Gerrit, WERSE Bernd et MARTENS Jennifer (2020) « MosyD Jahresbericht 2019: Drogentrends in Frankfurt am Main », *Centre for Drug Research*, Francfort sur-le-main, Goethe université de Francfort sur-le-main.

KARACHALIOU Krystallia, SEITZ Nicki-Nils, NEUMEIER Esther, SCHNEIDER Franziska, TÖNSMEISE Charlotte, FRIEDRICH Maria et PFEIFFER Tim (2020), « Rapport 2020 de la Commission nationale REITOX à l'OEDT (années des données 2019/2020) », *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction et DBDD*.

KEANE Helen (2009), « Foucault on methadone: beyond biopower », *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, n° 5, septembre, pp. 450-452.

KELLERHALS Jean (2003), « Relativisme et sociologie : le cas du sentiment de justice », *Revue européenne des Sciences sociales*, n° 126, septembre, pp. 137-50.

KOKOREFF Michel et MIGNON Patrick (1994), *La Production d'un problème social. Drogues et conduites d'excès : la France et l'Angleterre face aux usages et aux usagers d'ecstasy et de cannabis*, Paris, IRIS-TS.

KÖRKEL Joachim (2014), « Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder », *Suchttherapie*, vol. 15, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 165-173.

KOUTOUZIS Michel et PEREZ Pascale (1996), *Atlas mondial des drogues*, Paris, PUF.

KRAUS Ludwig (2005), « Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg », *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003*, Munich, Institut de recherche thérapeutique.

LABERGE Luc (2000), « Aspects sociopolitiques de la prévention du VIH auprès des personnes consommant des drogues par injection », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 13, n° 1, juin, pp.153-172.

LACROIX Marie (2003), « L'expérience des demandeurs d'asile vers l'élaboration de nouvelles pratiques sociales », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 178-191.

LAFARGUE DE GRANGENEUVE Loïc (2009), « Drogue et techno : les contradictions de l'État », *Sciences sociales et Santé*, vol. 27, n° 4, décembre, pp. 8-32.

LAFLAMME Simon (1995), *Communication et émotion. Essai de microsociologie relationnelle*, Paris, L'Harmattan.

LAHIRE Bernard (2005), *L'Esprit sociologique*, Paris, La Découverte.

LALANDE Aude (2010), « L'addictologie, pour quoi faire ? », *Vacarme*, vol. 51, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 70-73.

LAMBRETTE Grégory (2013), « Chapitre 20 : La réinsertion socioprofessionnelle des (ex)usagers de drogues au Grand-duché de Luxembourg. Une contribution pratique à partir de projets soutenus par le Fonds Social Européen », in PLOURDE Chantal, LAVENTURE Myriam, LANDRY Michel et ARSENEAULT Catherine (sous la dir. de), *Sortir des sentiers battus : pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*, Québec, Presses de l'université de Laval, pp. 375-395.

- LANDRY Michel et LECAVALIER Marie (2003), « L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en Toxicomanie », *Drogues, Santé et Société*, vol. 2, n°1, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 1-15.
- LANGLOIS Emmanuel (2013), « Évaluation des communautés thérapeutiques en France : enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés », in *Évaluation des politiques publiques*, novembre, Rapport d'étude, OFDT.
- LASCOUMES Pierre (1994), « VIH, exclusions et luttes contre la discrimination : une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction de la gestion des risques », *Cahiers de recherche Sociologique*, n° 22, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 61-75.
- LAUDE Anne (2013), « Le patient, entre responsabilité et responsabilisation », *Les Tribunes de la santé*, vol. 41, n° 4, hiver, pp. 79-87.
- LAURE Patrick (2000), *Dopage et société*, Paris, Ellipses.
- LAWRENCE Denis (1988), *Enhancing self-esteem in the class-room*, Londres, Chapman.
- LEARY Mark Richard (2004), *The Curse of the Self: Self-Awareness, Egotism, and the Quality of Human Life*, Oxford, Presses universitaires d'Oxford.
- LEBARON Frédéric (2008), *La Sociologie de A à Z, 250 mots pour comprendre*, Paris, Dunod.
- LE BOSSÉ Yann (2003), « De l'«habilitation» au «pouvoir d'agir» : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, p. 30-51.
- LE BOSSÉ Yann (2008), « L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien », *Nouvelles Pratiques sociales*, vol. 21, n° 1, automne, pp. 137-149.
- LE BOSSÉ Yann et VALLERIE Bernard (2006), « Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 39, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 87-100.
- LE GARREC Sophie (2002), *Ces ados qui « en prennent » : sociologie des consommations toxiques adolescentes*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.

LEGRAND Stéphane (2007), « L'extension sociale du marché dans le néolibéralisme », *Raisons politiques*, vol. 28, n° 4, 4<sup>e</sup> semestre, pp. 33-47.

LE GRAND Éric et LEMONNIER Fabienne (2014), « Éducation populaire et éducation pour la santé par les pairs, des liens intrinsèques », *Cahiers de l'Action*, vol. 43, n° 3, décembre, pp. 17-22.

LEIMDORFER François (2008), « Registres discursifs, pratiques langagières et sociologie », *Langage et Société*, vol. 124, n° 2, juin, pp. 5-14.

LEMIRE Marc (2008), « Application du concept de responsabilisation personnelle aux usages sociaux des technologies d'information et de communication en santé », *Tic & Société* [En ligne], vol. 2, n° 1, octobre.

LE NAOUR Gwenola et PURENNE Anaïk (2017), « Les effets paradoxaux de la participation des usagers de drogues aux politiques de santé. Regards croisés sur la France et le Canada », *Communication au Congrès de l'Association française de Science Politique*, Montpellier, juillet.

LETOURMY Alain et NAÏDITCH Michel (2009), « L'émergence de la démocratie sanitaire en France », *Santé, Société et Solidarité*, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 15-22.

LIANOS Michail (2001), *Le Nouveau Contrôle social*, Paris, L'Harmattan.

MAILLARD Isabelle (2015), « Agir par l'hébergement avec des usagers de drogues. Avancées, paradoxes et impasses des espaces intermédiaires », *Les Annales de la Recherche urbaine*, vol. 110, n° 1, septembre, pp. 34-45.

MALHERBE Jean-François (1994), *Autonomie et prévention*, Montréal, Arel-Fides.

MARTINEAU Aurélien et PLARD Mathilde (2016), « Notice méthodologique pour réaliser un état de l'art en sciences humaines et sociales : produire une analyse qualitative assistée en mobilisant Mendeley et Nvivo », *Working paper*, novembre, Université d'Angers, pp. 1-18.

MARTINOT Delphine (1995), *Le Soi : les approches psychosociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

MARZAHN Christian (1994), *Bene tibi: Über Genuss und Geist*, Bremen, Temmen.

MASLOW Abraham (1954), *Motivation and Personality*, New York, Harper and Row.

MASSÉ Raymond et SAINT-ARNAUD Jocelyne (2003), *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Laval, Presses de l'université Laval.

MAURICE Marc (1989), « Méthode comparative et analyse sociétale. Les implications théoriques des comparaisons internationales », *Sociologie du Travail*, vol. 31, n° 2, 2<sup>e</sup> trimestre, pp. 175-191.

MAURY Yolande et HEDJERASSI Nassira (2020), « *Empowerment*, pouvoir d'agir en éducation : à la croisée entre théorie(s), discours et pratique(s) », *Spirale*, n° 66, septembre, pp. 3-13.

MCLEAN Katherine (2013), « Reducing risk, producing order. The surprisingly disciplinary world of needle exchange », *Contemporary Drug Problems*, vol. 40, n° 3, novembre, pp. 415-445.

MEMMI Dominique (1988), *Bioéthique et droit*, Paris, PUF-CURAPP.

MEMMI Dominique (sous la dir. de) (2003), *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.

MÉRINI Corinne (2001), « Le partenariat : histoire et essai de définition », *Actes de la Journée nationale de l'OZP*, mai, pp. 1-6.

MICHAUD Philippe et ABESDRIS Julie (2003), « Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthode de mobilisation des acteurs de soins de premier recours », *Médecine et Hygiène*, n° 2451, septembre, pp. 1817-1822.

MILL John Stuart (1995), *Système de logique déductive et inductive*, trad. fr., Bruxelles, Mardaga (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1843).

MILLER Peter (2001), « A critical review of the harm minimization ideology », *Critical Public Health*, vol. 11, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 167-178.

MILLER William et ROLLNICK Stephen (2013), *L'Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*, trad. fr., Paris, InterÉditions (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 2012).

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ (2002), *Commission de terminologie et de néologie du domaine social*, Bulletin officiel, Solidarité-Santé, Vocabulaire du domaine social, n° 1 bis, Fascicule spécial.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2006), *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, Programme-services Dépendances, Offre de service 2007-2012.
- MINO Annie (1994), « Les nouvelles politiques de la drogue : exemple genevois », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 37, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 577-600.
- MOLENAT Xavier (2014), *L'Individu contemporain : regards sociologiques*, Auxerre, Éd. Sciences humaines.
- MOLINER Pascal (2001), *La Dynamique des représentations sociales*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- MOREAU Christophe et SAUVAGE André (2006), *La Fête et les jeunes : espaces publics incertains*, Rennes, Apogée.
- MOREL Alain (2008), « Drogues, plaisirs et politique », *Socio-anthropologie* [En ligne], n° 21, novembre, pp. 3-22.
- MOREL Alain (2015), « Les drogues : définition et classification », in MOREL Alain (sous la dir. de), *Addictologie. En 49 notions*, Paris, Dunod, pp. 21-29.
- MORIN Edgar (2013), *La Méthode. Tome 3. La connaissance de la connaissance*, Paris, Seuil (1<sup>re</sup> éd. : 1986).
- MUCCHIELLI Laurent (2013), *Délinquance et criminalité à Marseille : fantasmes et réalités*, Paris, Fondation Jean Jaurès.
- MUGFORD Stephen (1993), « Social change and the control of psychotropic drugs: Risk management, harm reduction and postmodernity », *Drug and Alcohol Review*, vol. 12, n° 4, janvier, pp. 369-375.
- MUGLIONI Jean-Michel (1993), *Kant, idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolite*, Paris, Bordas (1<sup>re</sup> éd. : 1784).
- MULLER Charles (1977), *Principes et méthodes de statistique lexicale*, Paris, Hachette.
- MUNCK Jean de, GÉNARD Jean-Louis, KUTY Olgierd, VRANCKEN Didier, DELGOFFE Didier, DONNAY Jean-Yves, MOUCHERON Martin et MACQUET Claude (2003), *Santé mentale et Citoyenneté*, Bruxelles, Academia Press.

MUSCAT Richard (2009), *Tendances de la recherche sur les drogues*, Strasbourg, Éd. du Conseil de l'Europe.

NAHAS Gabriel et MORELIS Pierre (1994), *La Drogue : bilan scientifique et médical : propriétés, effets*, Paris, F.-X. de Guibert.

NAHOUM-GRAPPE Véronique (1991), *La Culture de l'ivresse : essai de phénoménologie historique*, Paris, Quai Voltaire.

NAIMAN Dalhia (2012), *Entre itinérance et fin de vie*, Québec, PUQ.

NEGURA Lilian (2006), « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *Sociologies* [En ligne].

NICOLE-DRANCOURT Chantale (2015), « Mettre en perspective la perspective d'investissement social », *Revue de L'IREs*, vol. 85-86, n° 2-3, septembre, pp. 171-209.

NICOLE-DRANCOURT Chantale et ROULLEAU-BERGER Laurence (2006), *L'Insertion des jeunes en France*, Paris, PUF.

NINACS William (1995), « Empowerment et service social : approches et enjeux », *Service social*, vol. 44, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 69-93.

NORDMANN Roger (2006), *Désamorcer le cannabis dès l'école*, Paris, Éd. médicales internationales.

NUTT David (2012), *Drugs Without the Hot air: Minimising the Harms of Legal and Illegal Drugs*, Cambridge, UIT Cambridge.

NUTT David, KING Leslie, SAULSBURY William et BLAKEMORE Colin (2007), « Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse », *The Lancet*, vol. 369, n° 9576, juin, pp. 1047-1053.

OFDT (2018), « Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence », *Tendance*, vol. 122, n° 8, janvier, pp. 1-8.

OGIEN Albert et MIGNON Patrick (1994), *La Demande sociale de drogues. Drogues et toxicomanies*, Paris, Documentation française.

OLIEVENSTEIN Claude (2000), *La Drogue, 30 ans après*, Paris, Odile Jacob.

O'NEILL Anne et BAUDIN Martine (2018), « Anticipation et prévention : deux "pairs" se livrent », *Journal Première ligne* [En ligne], n° 8, juin.

OROBON Frédéric (2013), « La responsabilisation des individus vis-à-vis de leur santé a-t-elle un sens ? », *Carnet de voyage* [En ligne], mai.

OST François (1999), *Le Temps du droit*, Paris, Odile Jacob.

OTERO Marcelo (2000), « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec : la régulation des conduites », *Sociologie et Sociétés*, vol. 32, n° 1, octobre, pp. 213-228.

OTERO Marcelo (2012), *L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Boréal.

PADIOLEAU Jean-Gustave (1982), *L'État au concret*, Paris, PUF

PAQUIN Isabelle (2003), « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, Santé et Société*, vol. 2, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 1-10.

PAQUOT Thierry (2009), *L'Espace public*, Paris, La Découverte.

PARAZELLI Michel (2000), « L'imaginaire familialiste et l'intervention sociale auprès des jeunes de la rue : une piste d'intervention collective à Montréal », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, octobre, pp. 40-66.

PARSONS Talcott (1942), « Age and sex in the social structure of the United States », *American Sociological Review*, vol. 7, n° 5, octobre, pp. 604-618.

PAUGAM Serge (2012), *L'Enquête sociologique*, Paris, PUF.

PAVIE Alice et MASSON Ambroise (2014), « Comment les normes sociales se construisent. Sociologie des "entrepreneurs de morale" », *Regards croisés sur l'Économie*, vol. 14, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 213-215.

PEDERSEN Line (2013), « L'autonomie comme prédicat et objectif de soin des toxicomanes. L'identité de malade négociée autour du traitement de substitution dans les CSAPA », *Revue de Communication sociale et publique* [En ligne], n° 8, janvier, pp. 31-44.

PEELE Stanton (2009), « L'addiction au XXI<sup>e</sup> siècle », *Psychotropes*, vol. 15, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 27-40.

PELLETIER Sonia (2005), « Pour une redéfinition de l'espace public », *Inter*, n° 89, hiver, pp. 27-29.

PERETTI Christine de, LESELBAUM Nelly (1996), « Les jeunes et les drogues : réflexions pour la prévention », *Revue française de pédagogie*, vol. 114, n° thématique : L'éducation à la santé, pp. 29-43

PERETTI-WATEL Patrick (2005), *Cannabis, ecstasy du stigmaté au déni : les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*, Paris, L'Harmattan.

PERETTI-WATEL Patrick, BECK François et LEGLEYE Stéphane (2007), *Les Usages sociaux des drogues*, Paris, PUF.

PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul (2009), *Le Principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil.

PHARO Patrick (2007), « Naturalisme et phénoménologie dans l'explication sociologique : le cas de l'addiction », *L'Année sociologique*, vol. 57, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 103-125.

PHARO Patrick (2014), « Sociologie morale en pratique », in RUDE-ANTOINE Edwige et PIEVIC Marc (sous la dir. de), *Un état des lieux de la recherche et de l'enseignement en éthique*, Paris, L'Harmattan, pp. 11-22.

PICHON Pascale (2010), *Vivre dans la rue. Sociologie des sans domicile fixe*, Saint-Étienne, Presses universitaires de Saint-Étienne.

PIÉTAU Anne, POURTAU Lionel et GALAND Charles (2009), « De la découverte des substances psychoactives en milieu festif techno à l'usage maîtrisé », *Drogues, santé et société*, vol. 8, n° 1, juin, pp. 165-199.

PIERRU Frédéric (2008), « La santé au régime néolibéral », *Savoir/Agir*, vol. 5, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 13-24.

PIMOR Tristana (2014), *Zonards : une famille de rue*, Paris, PUF.

PINÇON Michel et PINÇON-CHARLOT Monique (1991), « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif », *Genèses*, vol. 41, n° 3, 3e trimestre, pp. 120-133

PINTO Louis (2011), « "Neutralité axiologique", science et engagement. Une lettre de Pierre Bourdieu », *Savoir/Agir*, vol. 16, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 109-113

PLANTIN Christian (2011), *Les Bonnes Raisons des émotions. Principes et méthodes pour l'étude du discours émotionné*, Berne, Peter Lang.

POULIOT Ève, CAMIRE Lucie et SAINT-JACQUES Marie-Christine (2013), « L'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité des techniques. », *Comment Faire ?*, Québec, Université Laval, Faculté des sciences sociales, Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque, pp. 1-52

PROVENZANO Elsa (2017), « Un bus itinérant au contact des fêtards éméchés », *Grand Bordeaux 20 minutes édition*, novembre, pp. 1-4.

QUIRION Bastien (2002), « Réduction des méfaits et gestion des risques : les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviance et Société*, vol. 26, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 479-495.

QUIRION Bastien (2010), « Les nouvelles tendances en matière de régulation de la pratique psychotrope : trente ans de politique québécoise sur l'usage de drogues et la toxicomanie (1976-2006) », *Drogues, santé et société*, vol. 9, n° 1, juin, pp. 249-294.

QUIRION Bastien et BELLEROSE Charles (2007), « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et *empowerment* », *Sociologie et Sociétés*, vol. 39, n° 1, printemps, pp. 29-50.

RAFFESTIN Claude (1985), « La carte et le pouvoir : perspectives historiques », *Mensuration, photogrammétrie, génie rural*, n° 6, juin, pp. 173-175.

RAGIN Charles (1987), *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*, Los Angeles, Presses universitaires de Californie.

RAITHEL, Jürgen (2003), « Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter [Risk-taking behavior and gender role orientation in adolescents] », *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, vol. 11, n° 3, septembre, pp. 21-28.

RAITHEL Jürgen (2010), « Examples of alterations caused by abestos fibrous dust shown by HCRT: a basis for concluding causality in medical check-ups and expert assessments », *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, vol. 45, n° 1, janvier, pp. 26-32.

RAMOS Elsa (2011), « Le processus d'autonomisation des jeunes », *Cahiers de l'Action*, n° 1, janvier, pp. 11-20.

Rapport annuel (2019), *Beratungs- und Behandlungsstelle Göttingen Drogenberatungszentrum (DROBZ) Göttingen Beratungs- und Behandlungsstelle Hann. Münden Fachstelle für Sucht und Suchtprävention*, Drobz, Göttingen.

RAPPORT INSERM (2010), *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Paris, Éd. INSERM.

RAPPORT OFFICIEL (2017), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, Paris, La Documentation française.

RAPPORT SANTÉ CANADA, (2002), *Recension de la documentation, traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa.

RAPPORT SANTÉ CANADA, (2006), *Meilleures pratiques. Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour les femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa.

RAULIN Anne (2014), *Anthropologie urbaine*, Paris, Armand Colin.

REINERT Marx (1983), « Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte », *Cahiers de l'Analyse des Données*, tome 8, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 187-198.

REINERT Marx (1993), « Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars », *Langage et Société*, n° 66, décembre, pp. 5-39.

REINERT Marx (2007), « Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours », *Langage et Société*, vol. 121-122, n° 3-4, décembre, pp. 189-202.

RENARD Tristan (2013), « La contrainte : quelles contraintes ? Les condamnés et les soignants : d'une responsabilité à l'autre », *Empan*, vol. 89, n° 1, 1<sup>er</sup> trimestre, pp. 32-37.

- RENAULT Emmanuel (2000), *Le Mépris social. Éthique et politique de reconnaissance*, Villeurbanne, Passant.
- REUTER Paul (1958), *Droit international public*, Paris, PUF.
- REYNAUD Michel (2005), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson.
- REYNAUD Michel, PARQUET Philippe-Jean et LAGRUE Gilbert (2000), *Les Pratiques addictives*, Paris, Odile Jacob.
- RICHARD Denis (2005), *Les Drogues*, Malakoff, Armand Colin.
- RICCEUR Paul (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- ROBERT Cécile (2008), « Expertise et action publique », in BORRAZ Olivier et GUIRAUDON Virginie (sous la dir. de), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 11-26.
- ROBERT Philippe et BAILLEAU Francis (2005), « Normes, déviations, réactions sociales sous le regard de jeunes sociologues français », *Déviance et Société*, vol. 29, n° 2, avril, pp. 99-10.
- ROCHÉ Sebastian (2004), *Sociologie politique de l'insécurité : violences urbaines, inégalités et globalisation*, Paris, PUF.
- ROCHER Guy (1996), « Les “phénomènes d'internormativité” : faits et obstacles », in BELLEY Jean-Guy (sous la dir. de), *Le Droit soluble : contributions québécoises à l'étude de l'internormativité*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, pp. 25-42.
- ROGERS Carl (1980), *A Way of Being*, Boston, Houghton Mifflin.
- ROQUES Bernard (1999), *La Dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob.
- ROSE Nikolas (1999), *Governing the Soul. The Shapping of the Private Self*, Londres, Free Association Books (1<sup>re</sup> éd. : 1989).
- ROSSI Silvia (2019), « Médecine narrative », in DELORY-MOMBERGER Christine (sous la dir. de) (2019), *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, Toulouse, Érès, pp. 236-238.
- ROUDET Bernard (2012), « Qu'est-ce que la jeunesse ? », *Après-demain*, vol. 24, n° 4, 4<sup>e</sup> trimestre, pp. 3-4.

- RUMPF Hans Jürgen (2000), « Fachzeitschrift Sucht », *Hogrefe*, vol. 46, n° 2, avril, pp. 9-17.
- RUMPF Hans Jürgen (2010), « Selbstheilung bei Abhängigkeitserkrankungen: was kann man von ihnen lernen? », *Conférence scientifique annuelle* [Online].
- SAHED Imaine (2016), « Consommer la cigarette, le cannabis à l'adolescence : quête identitaire et vulnérabilité dans le parcours de consommation », *Santé et Société*, vol. 14, n° 2, mars, pp. 1-23.
- SANDRIN-BERTHON Brigitte (2008), « Patient et soignant : qui éduque l'autre ? », *Contact Santé*, vol. 225, n° 2, 2<sup>e</sup> trimestre, pp. 43-45
- SAPIRO Gisèle (2008), « De la responsabilité pénale à l'éthique de responsabilité », *Revue française de Science politique*, vol. 58, n° 6, décembre, pp. 877-898.
- SARTORI Giovanni (1994), « Bien comparer, mal comparer », *Revue internationale de Politique comparée*, vol. 1, n° 1, septembre, pp. 19-36.
- SAUL Alinsky (2012), *Être radical : manuel pragmatique pour les radicaux réalistes*, trad. fr., Aden, Bruxelles (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1971).
- SAYLER Jeanne et VIA Patricia (1999), « Psychosocial self-efficacy and personal characteristics of veterans attending a diabetes education program », *The Diabetes Educator*, vol. 25, n° 5, septembre-octobre, pp. 727-737.
- SCHAFF Adam (1966), « De la vérité objective en sociologie », *L'Homme et la société*, vol. 2, n° 1, février, pp. 41-48
- SCHLEGEL Jean-Louis (2017a), « Paul Ricœur, penseur des institutions justes. Introduction », *Esprit*, n° 439, novembre, pp. 39-42.
- SCHLEGEL Jean-Louis (2017b), « Les institutions, entre le juste et le bon », *Esprit*, n° 439, novembre, pp. 43-51.
- SCHMID Peter (2003), « The characteristics of a person-centered approach », *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, vol. 2, n° 2, juin, pp. 104-120.
- SCHNAPPER Dominique (2012), *La compréhension sociologique : démarche de l'analyse typologique*, Paris, PUF.

SEGAUD Marion (2007), *Anthropologie de l'espace. Habiter, fonder, distribuer, transformer*, Paris, Armand Colin.

SEITZ Nicki-Nils, RAUSCHERT Christian et Kraus Ludwig (2020), « Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 », *ESPAD*, Enquête auprès des élèves de 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> année en Bavière, Institut de recherche thérapeutique (IFT).

SEN Amartya (2012), *Éthique et économie et autres essais*, trad. fr., Paris, PUF (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1988).

SIMON Barbara (1994), *The Empowerment Tradition in American social Work: a History*, New York, Columbia University Press.

SMITH ILTIS Ana et RASMUSSEN Lisa (2005), « Patient ethics and responsibilities », *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 30, n° 2, avril, pp. 131-137.

SINGLY François de (2010), « Jeunesse et pouvoir sur soi », *Agora débats/jeunesses*, vol. 56, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 25-33.

SINGLY François de (2016), *Le Questionnaire*, Paris, Armand Colin (1<sup>re</sup> éd. : 1992).

SMELSER Neil (1976), *Comparative Methods in the Social Sciences*, Upper Saddle River, Prentice-Hall.

SOULET Marc-Henry (2005), « Une solidarité de responsabilisation ? », in ION Jacques (sous la dir. de), *Le Travail social en débats*, Paris, La Découverte, pp. 86-103.

SOULET Marc-Henry (2016), « Le travail social, une activité d'auto-conception professionnelle en situation d'incertitude », *Sociologie, Dossiers : Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité*, pp. 1-16.

SUEUR Christian (2004), « Éduquer le toxicomane », *Psychotropes*, vol. 10, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 47-79.

THOENIG Jean-Claude (1985), « Chapitre 1 : L'analyse des politiques publiques », in GRAWITZ Madeleine et LECA (sous la dir. de), *Traité de Science politique*, vol. 4, Paris, PUF, pp. 1-60.

THOMAS William et ZNANIECKI Florian (1998), *Le Paysan polonais en Europe et en Amérique. Monographie d'un groupe d'immigrants. Désorganisation et réorganisation en Pologne. Tome 4*, trad. fr., Paris, Nathan (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1920).

TOCQUEVILLE Alexis de (1999), *De la démocratie en Amérique. Tome 1*, Paris, Flammarion, (1<sup>re</sup> éd. : 1835).

TOURETTE-TURGIS Catherine (1990), « *Counseling* : retrouver la dimension du dialogue », *Le Journal du Sida*, n° 43-44, octobre, pp. 23-33.

TRASHER Evelyn et REVELS Mark (2012), « The role of information technology as a complementary resource in healthcare integrated delivery systems », *Hospital Topics*, vol. 90, n° 2, avril, pp. 23-32.

TREMBLAY Joël et SIMONEAU Hélène (2010), « Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives », *Drogues, Santé et Société*, vol. 9, n° 1, juin, pp. 165-210.

TRILLES Thierry et THIANDOUM Barbara (2003), « La drogue dans la fête : un point d'interrogation aux politiques sanitaires », *Psychotropes*, vol. 9, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 95-103.

TROCKI Karen, MICHALAK Laurence et MC DANIEL Patricia (2003), « Exploratoire de l'usage des drogues dans les bars », *Psychotropes*, vol. 9, n° 3, 3<sup>e</sup> trimestre, pp. 203-211.

TURNER Bryan (1992), *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Londres, Routledge.

VALLUY Jérôme (1999), *Le Gouvernement partenarial. Étude de la prolifération des activités de gouvernement conventionnelles (AGC) dans deux configurations de politique publique de l'environnement industriel en France*, Thèse de science politique, Paris, Institut d'études politiques.

VAN CALOEN Benoît (2004), « Dilemmes de l'individualisme : un contexte sociétaire de l'usage des drogues », *Santé et Société*, vol. 3, n° 1, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 69-86.

VAN DEN BERG Charlotte, SMIT Colette, VAN BRUSSEL Giel, COUTINHO Roel (2007), « Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users », *Addiction*, vol. 102, n° 9, septembre, pp. 1454-1462.

VAN DER STRATEN Georges (2011), « Confusion entre prévention des addictions et prévention des risques », *Pensée plurielle*, vol. 27, n° 2, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 151-160.

VAN DE VELDE Cécile (2008), *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, Paris, PUF.

VAUTIER Claude (2008), « La longue marche de la sociologie relationnelle », *Nouvelles Perspectives en Sciences sociales*, vol. 4, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 77-106.

VEDELAGO François (2011), « La construction socio-cognitive de l'usager des politiques de santé », *Hal SHS*, n° 00984077, septembre, pp. 1-17.

VICARELLI Giovanna (2012), « Le *family learning* socio-sanitaire : une approche innovante en éducation thérapeutique. Évaluation de la satisfaction des patients et de leur famille », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, n° 3, juillet, pp. 187-195.

VICARELLI Giovanna (2017), « L'Italie à l'épreuve de l'efficacité de son système de santé », *CDSA*, n° 25, 2<sup>e</sup> semestre, pp. 171-190.

VIELLE Pascal, POCHET Philippe et CASSIERS Isabelle (sous la dir. de) (2005), *L'État social actif, vers un changement de paradigme ?*, Berne, Peter Lang.

VIGOUR Cécile (2016), *La Comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte.

VINCENT Denise et HAMAD Nazir (2001), « Le *counseling*. Entretien avec Catherine Tourette-Turgis », *Journal français de Psychiatrie*, vol. 12, n° 1, 1<sup>er</sup> semestre, pp. 38-39.

WALLERSTEIN Nina (2006), *Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe-Organisation mondiale de la santé.

WALTON Robert, DOVEY Susan, HARVEY Emma et FREEMANTLE Nill (2001), « Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice », *Cochrane Review*, vol. 22, n° 1, février, pp. 1-22.

WALZER Michael (1990), *Critique et sens commun : essai sur la critique sociale et son interprétation*, trad. fr., Paris, La Découverte (1<sup>re</sup> éd. en anglais : 1987).

WEBER Max (1967), *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, trad. fr., Paris, Plon (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1904-1905).

WEBER Max (1995), *Économie et Société*, trad. fr, Paris, Plon (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1921).

WEBER Max (1996), *Le Savant et le Politique*, trad. fr., Paris, 10/18 (1<sup>re</sup> éd. en allemand : 1919).

WEMMERS Jo-Anne (2003), *Introduction à la victimologie*, Montréal, Presses universitaires Montréal.

WERB Dan (2017), « Une guerre mondiale contre la drogue », *Esprit*, n° 432, février, pp. 55-64.

WESTLEY William (1953), *Violence and the Police. A Sociological Study of Law, Custom, and Morality*, Cambridge, MIT Press.

WYART Aude (2013), « Peut-on sérieusement parler de drogues sans parler de plaisir ? », *ASUD* [En ligne], n° 52.

YOUNG Jason et GILMORE Michael (2013), « The spatial politics of affect and emotion in participatory GIS », *Annals of the Association of American Geographers*, vol. 103, n° 4, juillet, pp. 808-823.

YVOREL Jean-Jacques (1992), *Les Poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Quai Voltaire.

ZIELINSKI Agata (2009), « Le libre choix : de l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités », *Gérontologie et Société*, n° 131, décembre, pp. 11-24.

ZIELINSKI Agata (2010), « L'éthique du *care*, une nouvelle façon de prendre soin », *Études*, tome 413, n°12, décembre, pp. 631-641.

ZOLA Irving Kenneth (1972), « Medecine as an institution of social control. The sociology of health and illness », *Critical Perspectives*, vol. 20, n° 4, novembre, pp. 487-504.

## Tables des tableaux, figures, cartes et photos

### Tableaux

Tableau n° 1 : Caractéristiques des perspectives méthodologiques holistes et individualistes

Tableau n° 2 : Récapitulatif des méthodologies utilisées sur nos terrains d'enquête

Tableau n° 3 : Carnet d'observation

Tableau n° 4 : Les structures enquêtées en France et en Allemagne

Tableau n° 5 : Récapitulatif des méthodes employées dans les structures d'enquête à Göttingen

Tableau n° 6 : Récapitulatif des méthodes employées dans les structures d'enquête à La Rochelle

Tableau n° 7 : Récapitulatif des méthodes employées à La Rochelle et Göttingen

Tableau n° 8 : Distinction idéal-typique entre l'analyse par les cas et l'analyse par les variables

Tableau n° 9 : Démarche de la recherche comparée

Tableau n° 10 : Les caractéristiques de la comparaison en fonction du nombre de cas étudiés et de la stratégie adoptée

Tableau n° 11 : Typologie des attitudes des fumeurs à l'égard du tabagisme

Tableau n° 12 : Profils d'opinions à l'égard du tabac et motifs d'usage parmi les fumeurs quotidiens

Tableau n° 13 : Théorie de l'autodétermination par Deci et Ryan

Tableau n° 14 : Balance décisionnelle dans le cas de la consommation d'alcool

Tableau n° 15 : Approche comparative des trois théories de la motivation : l'entretien motivationnel, la théorie de la motivation et la théorie des préoccupations actuelles

Tableau n° 16 : Synthèse des droits et devoirs conférés par la loi Kouchner de 2002

Tableau n° 17 : Les différents statuts des personnes accueillies ou accompagnées en structure dans le cadre de l'usage de drogue et les conditions inhérentes

Tableau n° 18 : Classification de Louis Lewin, 1924

Tableau n° 19 : Classification de Delay et Deniker, 1957

Tableau n° 20 : Classification de Thuillier et Pelicier, 1991

Tableau n° 21 : La dangerosité des drogues selon l'OMS en 1971

Tableau n° 22 : Classification de Monique Pelletier (1978), basé sur celle de l'OMS (1971)

Tableau n° 23 : Classification du rapport Roques (1998)

Tableau n° 24 : Fréquence de citations selon les sous-groupes

Tableau n° 25 : Rangs moyens d'évocation à partir de l'inducteur « *drogues* » (de 1 à 10)

Tableau n° 26 : Connotation positive ou négative selon les sous-groupes

Tableau n° 27 : Scores moyens de caractérisation pour l'objet « *drogues* » (scores de 1 à 10)

Tableau n° 28 : Évolution de la structure de la population par tranche d'âge entre 2007 et 2017

Tableau n° 29 : Palmarès 2015 des villes où il fait bon étudier : pourcentage de points pour la ville de La Rochelle

Tableau n° 30 : Palmarès 2015 des villes où il fait bon étudier : pourcentage de points pour les villes de Bordeaux, La Rochelle et Toulouse

Tableau n° 31 : Palmarès 2015 des villes où il fait bon étudier : pourcentage de points pour les villes de La Rochelle, Pau et Toulon

Tableau n° 32 : Synergies et conflits des structures enquêtées

Tableau n° 33 : Fiche fictive Samu social

Tableau n° 34 : Compte-rendu réunions techniques

Tableau n° 35 : Extrait de document CAARUD

Tableau n° 36 : Récapitulatif des types de données par structure

Tableau n° 37 : Description de l'échantillon (méthode quantitative)

Tableau n° 38 : Profils différents pour la structure CSAPA : les questions utilisées pour la détermination des profils de la structure CSAPA

Tableau n° 39 : Quatre profils d'utilisateurs du CSAPA

Tableau n° 40 : Questions utilisées pour la détermination d'un profil commun au sein du CAARUD

Tableau n° 41 : Récapitulatif des profils étudiés

Tableau n° 42 : Résultats de l'analyse selon la méthode de Walker

Tableau n° 43 : Comparatif entre l'obligation et l'injonction de soins

Tableau n° 44 : Récapitulatif des différentes stratégies d'autonomisation sur le terrain rochelais

Tableau n° 45 : La tolérance à la réduction des risques

Tableau n° 46 : Évolution de la population de Göttingen entre 1980 et 2019

Tableau n° 47 : Distribution de la pratique religieuse au sein de la population de Göttingen

Tableau n° 48 : Caractéristiques démographique de la ville de Göttingen selon l'âge

Tableau n° 49 : Distribution de la population active, étudiante et sans emploi

Tableau n° 50 : Les types d'habitats (en % et en places) proposés à Göttingen

Tableau n° 51 : Proportions de prestations sociales de 2015 à 2019

Tableau n° 52 : Bénéficiaires des allocations de revenu minimum social à la fin de 2019 par État fédéral

Tableau n° 53 : Taux des bénéficiaires de prestations sociales minimales en %

Tableau n° 54 : Tendances de la prévalence sur 12 mois de la consommation de stimulants chez les 18-59 ans en Allemagne, 1990-2018

Tableau n° 55 : Tendances de la prévalence de l'usage de stimulants sur 12 mois chez les jeunes de 12 à 25 ans en Allemagne, 1993 et 2001-2019 respectivement

Tableau n° 56 : Prévalence de la consommation de toute drogue illicite en Allemagne

Tableau n° 57 : Prévalence de la consommation de cannabis en Allemagne

Tableau n° 58 : Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis sur 12 mois chez les 18-64 ans en Allemagne par groupe d'âge, 1990-2018

Tableau n° 59 : Nombre et sexe des usagers en fonction de la prise de contact en 2019 : régulier (plus d'un rendez-vous), un seul contact et contact par les proches

Tableau n° 60 : Nombre de contact (individuel et par groupe)

Tableau n° 61 : Principaux diagnostics pour les usagers de "longue durée" (plus de deux contacts)

Tableau n° 62 : Pourcentage d'évaluation des problèmes de dépendance (substance) à la fin des soins (usagers continus, plus de 2 contacts)

Tableau n° 63 : Distribution en pourcentage des principaux diagnostics selon les groupes d'âge (usagers réguliers, plus de 2 contacts)

Tableau n° 64 : Description de l'échantillon (Méthode quantitative)

Tableau n° 65 : Profils différents : les questions utilisées pour la détermination des profils de la structure *Drobz*

Tableau n° 66 : Trois profils d'usagers de *Drobz*

Tableau n° 67 : Récapitulatifs des profils

Tableau n° 68 : Récapitulatif des processus d'autonomisation et de leurs effets

Tableau n° 69 : Récapitulatif des types d'accompagnement selon l'âge

Tableau n° 70 : Exemple d'un tableau clinique pour le cannabis, les opiacés et la cocaïne

Tableau n° 71 : Récapitulatif, en moyenne, des approches en matière de politiques des drogues en Allemagne et en France

Tableau n° 72 : Les types de politiques en matière de drogues, en France et en Allemagne

Tableau n° 73 : Processus d'autonomisation utilisés et publics ciblés selon le domaine d'inscription des structures

Tableau n° 74 : L'orientation des professionnels pour les usagers

Tableau n° 75 : Représentations des structures selon l'âge

Tableau n° 76 : Autonomie étudiée selon l'âge

Tableau n° 77 : Typologies et modélisation

Tableau n° 78 : Effets des types de prévention privilégiées au niveau national

Tableau n° 70 : Trois types de politiques publiques

Tableau n° 80 : Processus d'autonomisation utilisés et publics ciblés selon le domaine d'inscription des structures

Tableau n° 81 : L'autonomie perçue des usagers sous l'angle des professionnels

Tableau n° 82 : Représentations des structures selon l'âge des usagers

Tableau n° 83 : L'attache au collectif, l'attache aux professionnels selon l'âge et les structure

Tableau n° 84 : Autonomie ressentie selon âge et la structure d'inscription

Tableau n° 85 : Autonomie étudiée selon l'âge

### Figures

Figure n° 1 : Représentation de nos hypothèses de recherche

Figure n° 2 : La roue des émotions

Figure n° 3 : L'esprit de l'entretien motivationnel

Figure n° 4 : Tendances du VIH (modélisation) et du Sida (données de déclaration) dans l'UE, 1978-2000.

Figure n° 5 : Évolution de la distribution de matériel d'injection entre 2008 et 2014

Figure n° 6 : Concubinage et interpénétration des logiques de contrôle

Figure n° 7 : Dangerosité pour le consommateur/dangerosité pour les non consommateurs

Figure n° 8 : Mortalité en fonction des drogues consommées

Figure n° 9 : Cube de la dangerosité pharmacologique : toxicité, intensité et dépendance des drogues

Figure n° 10 : Cube des satisfactions : potentiels sociaux, hédoniques et thérapeutiques de l'usage de drogues

Figure n° 11 : Les représentations de l'amphétamine par les usagers de drogues

Figure n° 12 : Les représentations de la cocaïne par les usagers de drogues

Figure n° 13 : Les représentations de la kétamine par les usagers de drogues

Figure n° 14 : Les représentations de l'héroïne par les usagers de drogues

Figure n° 15 : Les représentations du rachacha par les usagers de drogues

Figure n° 16 : La loi de l'effet :  $E = SIC$

Figure n° 17 : Des sécurités

Figure n° 18 : Carte des individus du CSAPA : représentation graphique des profils

Figure n° 19 : Trois profils extraits du questionnaire des usagers du CAARUD

Figure n° 20 : Caractéristiques des trois profils extraits du questionnaire destiné aux usagers du CAARUD

Figure n° 21 : Courbes théoriques de la théorie du renversement d'après Michael Apter

Figure n° 22 : Carte des individus du CSAPA : représentation graphique des profils

Figure n° 23 : Caractéristiques des trois profils extraits du questionnaire destiné aux usagers de *Drobz*

Figure n° 24 : Pyramide de Skinner

Figure n° 25 : Degré d'intrusion, croyance et place accordée aux savoirs des usagers et des professionnels

Figure n° 26 : Schématisation du degré d'autonomie perçu par les professionnels en fonction de la durée d'implantation dans l'usage et/ou la précarité

Figure n° 27 : Degrés et qualificatifs des relations entre la police et les structures pour les personnes consommatrices de drogues/en situation de précarité

Figure n° 28 : Grille des socles de compétences de l'estime de soi selon Germain Duclos

Figure n° 29 : Représentation des besoins en terme d'accompagnement à l'autonomie selon l'âge des individus

### Cartes

Carte n° 1 : Découpage par quartiers : La Rochelle et Göttingen

Carte n° 2 : Les salles de consommation à moindre risque en Allemagne

Carte n° 3 : Principales confessions religieuses en 2011 en Allemagne

Carte n° 4 : Évolutions du protestantisme en France de 1520 à 2012 : présence du protestantisme et des Églises protestantes

Carte n° 5 : La légalisation du cannabis (possession et usage récréatif) dans le monde, 2018

Carte n° 6 : Le campus rochelais

Carte n° 7 : Plan quartiers La Rochelle

Carte n° 8 : Le centre-ville de La Rochelle

Carte n° 9 : Zone d'intervention nocturne du Samu social

Carte n° 10 : Superposition de quatre maraudes avec le Samu social

Carte n° 11 : Les couronnes et les profils des usagers

Carte n° 12 : Zones d'interventions des brigades de la police municipale

Carte n° 13 : Zone d'intervention de la maraude de la mairie et points d'interventions importants

Carte n° 14 : Emplacements du CAARUD et du CSAPA

Carte n° 15 : Carte mentale d'un usager de la ville de La Rochelle : dissipation de l'émotion correspondant au dégoût lors du passage du jour à la nuit

Carte n° 16 : Les craintes construites sur des lieux spécifiques : la gare

Carte n° 17 : La peur de la réprimande et de l'indignité dans le centre-ville

Carte n° 18 : La peur de la confrontation dans des lieux de rassemblements, la nuit

Carte n° 19 : Un assemblage d'émotions en centre-ville la nuit

Carte n° 20 : Émotions négatives/émotions positives dans les structures d'accueil et d'accompagnement dans le cadre de l'usage de drogues

Carte n° 21 : Emplacement des salles de consommation à moindre risque en Allemagne

Carte n° 22 : Part du SPD au second tour des élections fédérales (%) en 2017

Carte n° 23 : Les structures en lien avec l'addictologie à Göttingen

Carte n° 24 : Emplacement de la *Mauerstraße* de Göttingen

Carte n° 25 : Répartition des principales structures d'aides aux personnes dépendantes aux drogues

Carte n° 26 : Répartition par région des CSAPA et des CAARUD (nombre d'établissements par région)

### Photos

Photo n° 1 : Matériel de réduction des risques

Photo n° 2 : Ramassage de seringues à Bordeaux par les usagers fréquentant la CASE

Photo n° 3 : Pourcentage de la présence de différentes drogues selon les festivals

Photo n° 4 : Campagne « *L'Alcool noie la fête* »

Photo n° 5 : Façade de l'association AIDES à La Rochelle

Photo n° 6 : « *Le bilan est très positif* » pour la « *Salle de shoot* » de Paris

Photo n° 7 : Baiser à la *Gänseliesel* de Göttingen pour fêter l'obtention d'un doctorat

Photo n° 8 : Célébration de l'obtention de doctorats à la *Gänseliesel*

# Annexes

## Annexe 1 : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

J.O. Numéro 2 du 3 Janvier 2002 page 124

### LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1)

NOR : MESX0000158L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

#### Chapitre Ier Principes fondamentaux

#### Section 1 Des fondements de l'action sociale et médico-sociale

#### Article 1er

Le titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par un chapitre VI intitulé : « Action sociale et médico-sociale », comprenant les articles L. 116-1 et L. 116-2.

#### Article 2

Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

## Annexe 2 : Lettre de mission à Claire Compagnon concernant la réorganisation du système de santé autour du patient, 13 mai 2013



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

*Paris, le* 13 MAI 2013

CAB OTS - EP/PX - Me D.13-3614

Madame,

Le Premier ministre m'a confié la responsabilité de définir et mettre en œuvre une stratégie nationale de santé afin de réorganiser notre système de santé autour du patient. Le monde hospitalier doit prendre toute sa part dans cette stratégie. Il doit ainsi y trouver un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention. Ces évolutions ne seront possibles que grâce à la participation de tous les professionnels qui concourent aujourd'hui à son fonctionnement.

J'ai la conviction qu'une plus grande efficacité des établissements de santé passe également par une meilleure implication des usagers et c'est pourquoi je souhaite renforcer leur place dans la vie des établissements. C'est là une suite logique au mouvement de démocratisation initié par la loi du 4 mars 2002, auquel il convient de donner une impulsion nouvelle. Un service hospitalier moderne ne peut se concevoir sans que soient mises en place de nouvelles modalités de collaboration avec les usagers, pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la sécurité et la qualité des soins.

La participation des usagers à la vie des établissements est une pratique maintenant répandue. Pour autant, elle est appelée aujourd'hui à évoluer, ce qui nécessite des modifications dans la gouvernance des établissements en même temps que dans les outils qui sont mis à la disposition des usagers. Des propositions, dans le rapport que m'a remis Édouard Couty, vont en ce sens avec en particulier la proposition de création d'un comité technique des usagers dans les grands établissements.

J'ai décidé dans le prolongement de cette réflexion de vous confier une mission sur la représentation des usagers dans les établissements de santé (établissements publics, privés, et privés d'intérêt collectif) et je vous remercie d'avoir accepté d'en assurer la charge.

Madame Claire COMPAGNON  
4 ter passage de Melun  
75019 PARIS



## **Intervention de la Police Nationale**

Comparatif des 6 derniers mois 2017 avec les 6 premiers mois 2018 :

*Préfecture* : 370 interventions (contre 508 en 2017) liées principalement aux appels au 17 (police secours).

- Stabilité des atteintes aux personnes (25 faits)
- Augmentation des atteintes crapuleuses aux biens (17 contre 13 en 2017)
- Baisse des Comportements perturbants (60 contre 107 en 2017).

*St Nicolas / La Gare*

- Stabilité des atteintes aux personnes (13 interventions)
- Stabilité des atteintes crapuleuses aux biens
- Stabilité dégradations, incendies, feux de poubelles
- Comportements dangereux (1% à peine des interventions)
- Comportements perturbants : 70% des interventions sur La Gare (tapages, stup).

*Verdun / Stes Claires*

- Augmentation des comportements dangereux (3 contre 2 en 2017)
- Baisse des atteintes aux personnes : (20 contre 25 en 2017)
- Baisse des atteintes crapuleuses aux biens : (16 contre 24 en 2017)
- Comportements perturbants : 60% des interventions secteur Verdun (trafic)
- Ivresse publique et manifeste : 26.

*Notre Dame Arsenal* : Baisse des interventions (48 contre 80 en 2018)

- Comportements perturbants : 68% des interventions

*Le Gabut* : très calme – 3 interventions (contre 7 en 2017) soit 1 Vol par effraction / 2 indésirables et tapage nocturne.

*La Police nationale invite les participants à visiter les locaux à la suite de la réunion.*

## **Intervention de la Police Municipale**

### Synthèse générale

Pas de modification depuis avril 2017 et la mise en place de la Brigade de Nuit.

Les horaires : le lundi 8h à 19h, du mardi au samedi 8h à 3h du matin, le dimanche 9h à 17h.

Depuis le Poste Central de l'Arsenal, les patrouilles sont projetées sur l'ensemble de la Ville, en fonction des demandes d'intervention, des événements ou des manifestations mais aussi pour une surveillance générale de la totalité du territoire communal.

Un agent référent par quartier et des permanences ont lieu une fois par semaine dans les mairies de proximité, où l'on rencontre un nombre relativement faible de personnes.

Forte augmentation sur l'ensemble du territoire rochelais avec + de 70% de procès-verbaux relevés (soit environ 5000 interventions).

### Procès-Verbaux CV1 :

| Quartier                                    | 2017 |      |      |      | 2018 |      |      |      | Variation |      |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|------|
| La Préfecture - Verdun -<br>Saintes Claires | 559  | 19 % | 1440 | 49 % | 827  | 17 % | 2529 | 51 % | 48 %      | 76 % |
| Notre Dame - Arsenal                        | 649  | 22 % |      |      | 1389 | 28 % |      |      | 114 %     |      |
| Saint Nicolas - La Gare - Le<br>Gabut       | 232  | 8 %  |      |      | 313  | 6 %  |      |      | 35 %      |      |

### Rapports :

CV1 : 70 Rapports (sur 109 soit 64 %)

- La Préfecture - Verdun - Saintes Claires : 14 rapports (sur 109 soit 13%)  
*(3 problèmes d'urbanisme, 2 Fermetures tardives de Débits de Boissons, 2 dépôts d'encombrants, 1 IPM, 3 ICR, 1 ODP, 1 outrage, 1 différents de voisinage)*
- Notre Dame – Arsenal : 36 RAPPORTS (sur 109 soit 33%)  
*(11 IPM, 7 commerces (dont 4 ODP, 2 Fermetures tardives, 1 défaut de licence), 5 ICR, 1 ILS, 2 dégradations par VL PM, 2 AVP, 2 vol, 2 outrages et rébellion, 1 FPR+ avec port d'arme, 1 découverte de cyclo volé, 1 chien mordeur, 1 rixe)*
- Saint Nicolas - La Gare - Le Gabut : 20 RAPPORTS (sur 109 soit 18%)

*(7 IPM, 3 ICR, 2 commerces (fermeture tardive et nuisances, 1 squat, 1 chien mordeur, 1 AVP, 1 FPR +, 1 Urbanisme, 1 Vol, 1 fugue, 1 décès à domicile).*

**Tapages :** CV1 : 27 procédures (sur 50 soit 54 %)

- La Préfecture - Verdun - Saintes Claires : 6 procédures (sur 50 soit 12%)
- Notre Dame – Arsenal : 15 procédures (sur 50 soit 30 %)
- Saint Nicolas - La Gare - Le Gabut : 6 procédures (sur 50 soit 12%).

**36 des mictions sur VP (sur 37 soit 97%)**

- La Préfecture - Verdun - Saintes Claires : 5 procédures (sur 37 soit 13%)
- Notre Dame – Arsenal : 26 procédures (sur 37 soit 70 %)
- Saint Nicolas - La Gare - Le Gabut : 5 procédures (sur 37 soit 13%).

**Dossiers suivis :**

- Suivi des squats, rassemblements ou campements sauvages pour la Commission de Suivi des Sans Abri
- Patrouilles mixtes et opérations conjointes PM/PN
- Sécurisation des Manifestations.
- Occupation du Domaine Public et Nuisances.

**Intervention du Commandant des pompiers de Mireuil**

*Comparatif : janvier à avril 2017 / janvier à avril 2018 :*

4ème secteur en volume pour les feux sur voie publique (7 contre 3 en 2017) et 1<sup>er</sup> secteur pour l'ivresse et rixes (83 contre 138 en 2017) de l'activité sapeur-pompier dans les domaines concernés.

**Statistiques intégrant les chiffres de novembre 2009 au 30 avril 2018.**

**Feux sur voie publique :** baisse / 4<sup>ème</sup> secteur sur cette thématique.

**Ivresse et rixes :** reprise. 1<sup>ère</sup> cause d'intervention, presque une intervention sur 5 toutes natures confondues. Marqueur du secteur qui cache une réalité sous-estimée.

**Interventions de nuit** : tendance générale à la baisse. Directement corrélé à l'augmentation de l'ivresse et rixes. 96% des interventions de nuit pour ivresse se font sur CV1.

**Pics d'activité**: 1 à 4h. max à 2h.

**Mois d'activité**: feux sur Voie publique : majoritairement en juillet et avril / recrudescence des feux sur voie publique en juillet et août.

Ivresse et rixes : répartition sur toute l'année. Pics en juin et septembre.

**Adresses récurrentes**: Cour du Temple + rue du Temple / Place de Verdun / Quai Valin /Quai Duperré / Cour des Dames / Rue Léonce Vieljeux / Commissariat Verdun.

### **Intervention du Comité de quartier « PREVER »**

Le Comité « PREVER» mentionne un squat de personnes sans abri cet hiver rue Chef de Ville. Dégradations sur porte d'entrée et attitude agressive. Les commerçants se sont plaints de cette situation.

Le Commissaire [REDACTED] précise que la loi n'interdit pas à ces personnes d'occuper l'espace public. La police nationale n'intervient que lorsqu'un individu commet un délit. Les dégradations quant à elles, sont verbalisables.

Monsieur [REDACTED] mentionne que la Ville a répondu à 3 pétitions depuis novembre 2017 concernant la rue Chef de Ville. La présence de la brigade policière de nuit et les patrouilles renforcées de jour comme de nuit sur le Centre-Ville ont permis de réguler cependant ce type de problématique. Une nette amélioration est constatée depuis un mois et demi.

Plaintes de riverains pour nuisances sonores provenant de l'Oxford.

Monsieur [REDACTED] mentionne que l'Oxford a dû occasionnellement ouvrir ses portes suite à un problème d'infiltration générant de fortes odeurs nauséabondes. Depuis, la situation est rentrée dans l'ordre. Il rappelle que La Direction de la Santé publique contrôle assidûment les établissements de nuit en termes de « décibels ».

Afin d'éviter les débordements en soirée, la police municipale de nuit assure une surveillance toute particulière auprès des établissements de nuit et plus particulièrement auprès des établissements « La Trinquette » et « l'Endroit ».

Mise en place de la vidéoprotection sur le Centre-ville (au total 9 caméras d'ici le 1<sup>er</sup> septembre) sur les points stratégiques : angle rues Vieljeux/Verdière, Cour du Temple et rue du Temple, Place de la Caille, Place des Petits Bancs.

Madame [REDACTED] mentionne, pour la pose des caméras, que les riverains doivent donner leur accord devant notaire pour que les câbles passent sur leur façade. Une convention est établie pour chacune des personnes.

Satisfaction des habitants de la mise en place de ce dispositif.

### **Intervention du Lycée Fénelon**

Situation calme dans l'ensemble.

Depuis le réaménagement de la rue Massiou, plus de trafic constaté dans cette rue.

Présence de véhicules « ventouses » rue Marcel Paul. La Police municipale mentionne intervenir prochainement.

Les rumeurs via les réseaux sociaux posent souci.

Les poubelles installées sur la voie publique sont rapidement pleines. Des sacs poubelles sont déposés, au quotidien, sur les trottoirs.

### **Intervention du Collège Fromentin**

Toujours du trafic au jardin des plantes.

Quelques dégradations aux abords de l'établissement.

La consommation de produits de stupéfiants aux abords de l'établissement est plus dense depuis l'arrivée des beaux-jours (certains élèves fument du cannabis avant la rentrée des cours de 8h). Le Collège remercie la police nationale pour leur réactivité et leur présence régulière.

Des anciens élèves exclus du collège suite à un conseil de discipline traînent aux entrées et sorties du Collège.

Déjections récurrentes de chiens sur trottoir.

Les élèves ne sortent pas pendant la pause du déjeuner. Les dégradations au Muséum ne relèvent pas des jeunes du Collège.

Stationnement gênant rue du Collège, rue Jaillot, rue d'Orbigny. Cette situation obstrue la visibilité » pour l'automobiliste. L'accès rue du Collège n'est toujours pas sécurisé. Monsieur RULIE sollicite la mise en place d'un ralentisseur au niveau du croisement de la rue Jaillot et de la rue du Collège pour faire ralentir les voitures. Monsieur AUGER va relayer l'information auprès du service Voirie.

Encombrants et déchets retrouvés au quotidien dans la rue Pauléon.

Madame FRIOU invite les établissements scolaires à participer à la prochaine balade urbaine du quartier.

### **Intervention du Comité de quartier Préfecture Verdun**

Stationnement récurrent à l'angle de la rue Cordouan / Pauléon.

Monsieur [REDACTED] invite le comité de quartier à envoyer un courrier au service Voirie pour effectuer un marquage au sol (bande jaune continue sur le bord du trottoir).

Constat de poubelles laissées sur voie publique à toute heure sur le cœur de Ville. Monsieur [REDACTED] précise que le ramassage se fait pourtant au quotidien. Certaines personnes ne sont pas respectueuses des horaires de ramassage et manquent de civisme.

### **Intervention du Comité de quartier Notre dame Arsenal**

Hormis La Cour du Temple qui reste un lieu festif et attractif où se concentrent un très grand nombre de jeunes et d'adultes, la situation s'est améliorée sur le cœur de Ville. La mise en place de la Police municipale de nuit et les patrouilles conjointes Police municipale et Police nationale permettent de réguler et de veiller à la tranquillité publique.

La fermeture administrative de l'établissement « La Terrasse » (de mars à mai) a été positive. Depuis la réouverture de cet établissement, les riverains ont fait part de leur satisfaction quant à la baisse des nuisances sonores.

Problématique récurrente du trafic au jardin des plantes. Les jeunes (et pas seulement des lycéens) s'installent désormais le long du péristyle, ce qui occasionne une gêne pour le passage. Une réflexion est en cours pour qu'une partie du jardin des plantes ne soit accessible qu'en passant par l'accueil du Museum.

### **Intervention du Délégué de la Sûreté Poitou-Charentes - SNCF**

Baisse de fréquentation des marginaux et des chiens qui les accompagnent à la gare.

Intensification des incivilités en tout genre (certaines personnes fument dans le hall, consomment de l'alcool, ou bien encore traversent le hall de la gare en deux roues).

Stationnement gênant de véhicules devant le portail du parking situé à la sortie de la gare, empêchant parfois les bus de sortir.

Monsieur [REDACTED] demande si la Ville envisage l'installation d'une vidéoprotection à la gare? Monsieur [REDACTED] mentionne que ce lieu ne fait pas partie des endroits concernés par la mise en place de ce dispositif, axé prioritairement sur le cœur de ville.

Monsieur [REDACTED] mentionne la continuité des passages de la police municipale sur site. Cependant, la police ferroviaire peut intervenir aussi, même si elle n'est pas affectée à la Gare de La Rochelle.

Quelques squats de marginaux sous les halls en direction du canal de Rompsay. La SNCF a signalé la situation à la propriétaire du bâtiment (non utilisé).

**Monsieur [REDACTED] clôt la séance et remercie les partenaires de leur présence.**

## Annexe 4 : Modèle convention entre un CSAPA et un CAARUD

([https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/04/MODELE\\_ConventionCSAPA-CAARUD.pdf](https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/04/MODELE_ConventionCSAPA-CAARUD.pdf))



**{MODELE} Délivrance de médicaments à base de Naloxone et de l'eau PPI**  
**Convention pour la délivrance au CAARUD *{INSER}***

ENTRE LES SOUS-SIGNES

***{INSER STRUCTURE CSAPA }***

Sis au : ***{INSER ADRESSE}***

Représenté par ***{INSER REPRESENTANT SIGNATAIRE QUALITE NOM PRENOM}***  
(ci-après désignée « Le CSAPA »)

ET :

***{INSER STRUCTURE CAARUD }***

Sis au : ***{INSER ADRESSE}***

Représenté par ***{INSER REPRESENTANT SIGNATAIRE QUALITE NOM PRENOM}***  
(ci-après désigné « Le CAARUD »).

Préambule

**Considérant que :**

La loi de financement de la sécurité sociale a accordé aux personnes intervenant au sein des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) la possibilité de délivrer des médicaments dont la liste est fixée par arrêté. Cette délivrance en dehors du circuit officinal se justifie par l'urgence des situations sanitaires auxquelles ces centres et leurs usagers peuvent être confrontés.

Le décret du 10 mai 2017 définit les contours de cette délivrance. Désormais, les personnels salariés des CAARUD assurent la détention, le contrôle, la gestion et la délivrance de ces médicaments tandis que les personnels bénévoles sont uniquement habilités à délivrer ces produits.

Seuls deux médicaments correspondant aux missions de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues peuvent être détenus, conservés et dispensés dans les CAARUD :

- Les médicaments à base de **Naloxone**, indiqués dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connus ou suspectés, se manifestant par une dépression respiratoire et dans l'attente d'une prise en charge par une structure d'urgence, et soumis à prescription médicale.
- **L'eau pour préparation injectable.**

*Ce modèle de convention a été conçu par la Fédération Addiction sur la base des modèles établis par ses adhérents. Pour toute question 01 42 28 83 21*

Ces médicaments sont détenus dans un lieu auquel seuls les personnels du CAARUD ont accès.

Ils sont conservés sous la responsabilité du directeur **{de l'association ou de l'établissement selon structure}**.

Afin de s'approvisionner en médicaments, le CAARUD **{INSER}** signe une convention avec le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) **{INSER}**.

Cette convention précise les modalités selon lesquelles le médecin exerçant au sein du CSAPA apporte son concours à la bonne gestion de la détention et de la délivrance des médicaments au sein du CAARUD, notamment en ce qui concerne :

- Le retrait ou le rappel des lots ;
- La traçabilité des lots de médicaments livrés ;
- La surveillance des dates de péremption ;
- Le bon usage des médicaments destinés aux usagers de drogues ;
- Le signalement au centre régional de pharmacovigilance des éventuels effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament.

A cet effet, une convention de partenariat est établie entre le CAARUD **{INSER}** et le CSAPA **{INSER}** afin de permettre au CAARUD **{INSER}** de délivrer ces médicaments.

#### **Article 1 : Objet de la convention**

L'objet de la présente convention est de permettre au personnel du CAARUD de pouvoir délivrer les médicaments de réduction des risques que sont l'eau pour préparation injectable (PPI) et la Naloxone aux usagers de drogues.

#### **Article 2 : Fonctionnement**

Le médecin du CSAPA **{INSER}** est en charge de la gestion, de la détention et de la délivrance des médicaments cités plus haut. A cet effet, un protocole de délivrance de ces médicaments est établi et en précise les modalités. Ce protocole figure en annexe de la présente convention.

#### **Article 3 : Evaluation**

Une évaluation du dispositif, comprenant notamment la mise à jour régulière du protocole et des produits disponibles, sera organisée à minima chaque année par le directeur(trice), le médecin coordonnateur et l'infirmier(ère) du CAARUD.

Fait à **{INSER}** le **{INSER}**

Le directeur du CSAPA

**{INSER}**

**{SIGNATURE}**

Le directeur du CAARUD

**{INSER}**

**{SIGNATURE}**

*Ce modèle de convention a été conçu par la Fédération Addiction sur la base des modèles établis par ses adhérents. Pour toute question 01 42 28 83 21*

## Annexe n° 5 : exemple de planning d'une semaine à l'Opentherapiezentrum

| Heures      | Lundi  | Mardi  | Mercredi   | Jeudi  | Vendredi   | Samedi   | Dimanche   |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 06:00-07:00 | 06:30-07:00<br>Sport matinal   |  |
| 07:00-08:00 | 07:00-07:30<br>Test d'alcoolémie   |  |
|             | 07:30-08:00<br>Petit-déjeuner                    | 07:30-08:00<br>Petit-déjeuner                    | 07:30-08:00<br>Petit-déjeuner                    | 07:30-08:00<br>Petit-déjeuner                    | 07:30-08:00<br>Petit-déjeuner                    | 07:30-08:00<br>Petit-déjeuner  |  |
| 08:00-09:00 | Nettoyage des zones/chambres                     | 08:00-10:30<br>Nettoyage de la zone/chambre (temps libre uniquement après acceptation) | 08:00-08:30<br>Test d'alcoolémie                                   |
| 09:00-10:00 | Objectifs Individuels*                           | 09:00-10:20<br>Ergothérapie                      | 09:10-09:30<br>Plénière patients                 | 09:00-10:20<br>Objectifs individuels*            | 09:00-10:20<br>Groupe indicateur                 |  | 08:00-09:30<br>Petit-déjeuner                                      |
| 10:00-11:00 | 10:20-10:30<br>Pause                             | 10:20-10:30<br>Pause                             | 09:30-10:30<br>Grand groupe                      | 10:20-10:30<br>Pause                             | 10:20-10:30<br>Pause                             |  |  |
| 11:00-12:00 | 10:30-11:50<br>Thérapie de groupe                | 10:30-11:30<br>Ergothérapie                      | Objectifs individuels*                           | 10:30-11:50<br>Thérapie de groupe                | Objectifs individuels*                           | Loisirs  | Loisirs  |
|             |  | Objectifs individuels*                           |  |  |  |  |  |
| 12:00-13:00 | 12:00-12:30<br>Déjeuner                          | 12:00-12:30<br>Déjeuner                          | 12:00-12:30<br>Déjeuner                          | 12:00-12:30<br>Déjeuner                          | 12:00-12:30<br>Déjeuner                          | 12:00-12:30<br>Déjeuner  |  |
|             | 12:30-13:00<br>Pause déjeuner                    | 12:30-13:00<br>Pause déjeuner                    | 12:30-13:00<br>Phase 1 - Achats                  | 12:30-13:00<br>Pause                             | 12:30-13:00<br>Pause déjeuner                    | 12:30-13:00<br>Pause déjeuner  |  |
| 13:00-14:00 | 13:00-14:20<br>Ergothérapie                      | 13:00-14:20<br>Thérapie de groupe                | 13:15-13:45<br>Groupe d'admission                | 13:00-14:20<br>Groupe indicateur                 | 13:00-14:20<br>Ergothérapie                      | Objectifs individuels*   | 13:00-13:30<br>Déjeuner  |
| 14:00-15:00 | 14:20-14:30<br>Pause                             | 14:20-14:30<br>Pause                             | 14:00-15:20<br>Sport                             | 14:20-14:30<br>Pause                             | 14:20-14:30<br>Pause                             | 14:00-14:30<br>Grand groupe  | 14:00-15:30<br>Activités de groupe pour la phase 1 avec adaptation |
|             | 14:30-15:30<br>Ergothérapie                      | Objectifs individuels *                          | 14:30-15:00<br>Thérapie de groupe                | 14:30-15:30<br>Ergothérapie                      | 14:30-14:45<br>Conseil des patients              | 14:45-15:15<br>L'heure du journal  | 14:00-15:30<br>Activités de groupe pour la phase 1 avec adaptation |
| 15:00-16:00 | 15:40-16:00<br>L'heure du journal                | 15:40-16:00<br>L'heure du journal                | Objectifs individuels *                          | 15:40-16:00<br>L'heure du journal                | 15:40-16:00<br>L'heure du journal                | Loisirs  |  |
|             | Objectifs individuels *                          | Objectifs individuels *                          |  | Objectifs individuels *                          | Objectifs individuels *                          |  |  |
| 16:00-17:00 |  |  | Temps libre, Activités organisées                |  | Temps libre, Activités organisées                |  |  |
| 17:00-18:00 | Temps libre, Activités organisées                |  |  |
| 18:00-19:00 | 18:00-18:30<br>Dîner                             | 18:00-18:30<br>Dîner                             | 18:00-18:30<br>Dîner                             | 18:00-18:30<br>Dîner                             | 18:00-18:30<br>Dîner                             | 18:00-18:30<br>Dîner   | 18:00-18:30<br>Dîner   |
|             | 18:30-21:30<br>Temps libre, Activités organisées | 18:30-23:30<br>Temps libre (sortie jusqu'à 21h30)                                      | 18:30-19:00<br>Gruppentreffen                                      |
| 19:00-20:00 |  |  |  |  |  |  | 19:00-23:30<br>Loisirs   |
| 20:00-21:00 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21:00-22:00 | 21:30-22:30<br>Loisirs                           | 21:30-22:30<br>Loisirs                           | 21:30-22:30<br>Loisirs                           | 21:30-22:30<br>Loisirs                           | 21:30-23:30<br>Loisirs                           |  |  |
| 22:00-23:00 | 22:30<br>Tour de chambre, repos au lit           |  |  |  |
| 23:00-24:00 |  |  |  |  | 23:30<br>Tour de chambre, repos au lit           | 23:30<br>Tour de chambre, repos au lit   | 23:30<br>Tour de chambre, repos au lit                             |

\*Objectifs individuels : Rencontres individuelles, visites des œuvres d'art, déplacements dans les bureaux, AGT, etc.

\*\* Veuillez prendre note des heures d'ouverture des salles de loisirs et de la réglementation des phases pour vos activités de loisirs.

Source : <https://www.goettingen-suchthilfe.de/wp-content/uploads/FOB-12-Therapieplan-Fachklinik.pdf>

## Table des matières

|   |     |
|---|-----|
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | 3   |
| <b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....  | 5   |
| <b>PREMIÈRE PARTIE : CONSTRUCTION DE L’OBJET D’ÉTUDE</b> .....                                    | 19  |
| <b>CHAPITRE 1 : ÉLÉMENTS DE CONSTRUCTION DE LA THÈSE</b> .....                                    | 21  |
| 1) Problématisation .....   | 22  |
| A) Problématique et intérêt de la recherche.....  | 22  |
| B) Arrière-plan théorique pour une analyse des politiques publiques en matière de<br>drogues..... | 27  |
| C) Hypothèses de recherche .....  | 36  |
| 2) Méthodologie et difficultés .....  | 45  |
| A) Méthodes qualitatives .....  | 47  |
| A.1) <i>Observations</i> .....  | 47  |
| A.2) <i>Entretiens avec grilles (semi directives et informelles)</i> .....                        | 51  |
| B) Méthodes quantitatives .....   | 66  |
| B.1) <i>Questionnaires</i> .....  | 66  |
| B.2) <i>La « carte mentale »</i> .....  | 85  |
| B.3) <i>Système d’information géographique (SIG)</i> .....  | 93  |
| C) Difficultés contextuelles .....  | 95  |
| 3) L’analyse comparative .....  | 98  |
| A) La sélection des terrains.....   | 99  |
| B) Cadre général de l’analyse comparative .....   | 106 |
| C) Une recherche comparée spécifique .....  | 108 |
| C.1) <i>Place, forme et objectifs</i> .....   | 108 |
| C.2) <i>Plusieurs méthodes d’analyse</i> .....  | 110 |

|   |     |
|---|-----|
| C.3) <i>Les étapes de notre analyse comparative</i> .....   | 112 |
| CHAPITRE 2 : APPARITION DE LA NOTION DE RESPONSABILISATION :  |     |
| INJONCTION OU REVENDICATION ?.....  | 116 |
| 1) La responsabilisation dans le champ de la santé, application d'une<br>notion controversée .....  | 117 |
| A) Retour sur une notion populaire .....  | 117 |
| A.1) <i>La responsabilisation : définition d'une notion déifiée</i> .....   | 117 |
| A. 2) <i>La surresponsabilisation comme impératif sociétal</i> .....  | 121 |
| B) Des populations vulnérables au cœur d'une demande inéquitable de<br>responsabilisation ?.....  | 123 |
| B.1) <i>La responsabilisation au cœur du processus de socialisation chez les jeunes</i> ....  | 123 |
| B.2) <i>Une construction collective de l'individu</i> .....   | 125 |
| B.3) <i>Les individus vulnérables face à une injonction inégalitaire</i> .....  | 127 |
| B.4) <i>Les personnes accueillies ou accompagnées dans le cadre de l'usage de<br/>            drogues : des stratégies de mesure de la responsabilisation influencées ?</i> ..... | 128 |
| 2) Néolibéralisme .....   | 129 |
| A) Un nouveau lien social : entre autonomie et contrôle.....  | 130 |
| A.1) <i>La notion de contrôle social</i> .....  | 130 |
| A.2) <i>Le contrôle social en application : un système de sanction</i> .....  | 133 |
| A.3) <i>L'autonomie au cœur du processus de socialisation</i> .....   | 134 |
| A.4) <i>L'application de l'autonomie en santé</i> .....   | 136 |
| B) La responsabilisation comme technique néolibérale .....  | 139 |
| B.1) <i>Définition du néolibéralisme</i> .....  | 139 |
| B.2) <i>La responsabilisation comme technique découlant du néolibéralisme</i> .....   | 140 |
| B.3) <i>Biopouvoir et nouveau rapport individu société</i> .....  | 143 |
| C) Le néolibéralisme en santé.....  | 145 |

|   |     |
|---|-----|
| C.1) <i>Du juridique au psychologique</i> .....   | 145 |
| C.2) <i>Le néolibéralisme dans le système de santé</i> .....  | 146 |
| D) Les inégalités .....   | 149 |
| D.1) <i>Une équation désolidarisante</i> .....  | 149 |
| D.2) <i>Les inégalités multifactorielles</i> .....  | 150 |
| D.3) <i>L'exemple de la consommation de tabac : des inégalités sociales aux inégalités de santé</i> .....     | 152 |
| 3) La démocratie sanitaire .....  | 158 |
| A) Du contrôle à la coopération symbolique .....  | 159 |
| A.1) <i>Théorie de l'autodétermination</i> .....  | 159 |
| A.2) <i>L'entretien motivationnel</i> .....   | 161 |
| A.3) <i>Théorie des préoccupations actuelles</i> .....  | 165 |
| B) Un bref historique .....   | 169 |
| B.1) <i>L'épopée de la démocratie participative</i> .....   | 169 |
| B.2) <i>Un point d'honneur pour les associations</i> .....  | 171 |
| C) Les droits .....   | 173 |
| C.1) <i>Les droits individuels</i> .....  | 173 |
| C.2) <i>Les droits collectifs</i> .....   | 176 |
| <br>CHAPITRE 3 : LA RESPONSABILISATION DANS LE DOMAINE DE<br>L'ADDICTOLOGIE : UNE POLITIQUE, DES ENJEUX ..... |     |
| 1) La réduction des risques, des dommages, des méfaits ou des doses ? .....                                   | 183 |
| A) La panique morale bornée par la prohibition : un diptyque en errance .....                                 | 183 |
| A.1) <i>L'apparition d'une panique morale</i> .....   | 184 |
| A.2) <i>Une fusion hésitante</i> .....  | 185 |
| B) Entre prohibition et réduction des risques : une dualité paradoxale française ? .....                      | 188 |
| B.1) <i>La politique de réduction des risques, une discipline des corps ?</i> .....                           | 188 |

|   |     |
|---|-----|
| B.2) <i>La réduction des risques, un dispositif de sécurité ?</i> .....   | 190 |
| C) Une politique polymorphe .....   | 193 |
| C.1) <i>Des propositions différentes selon la définition retenue</i> .....  | 194 |
| C.2) <i>Une pluralité d'outils pour une pluralité d'actions (urbain, rural, festif, quotidien)</i> .....  | 197 |
| C.3) <i>La réduction des risques au quotidien</i> .....   | 201 |
| C.4) <i>Des outils pour des risques</i> .....   | 205 |
| C.5) <i>Une définition aux enjeux pluriels</i> .....  | 208 |
| 2) <i>L'empowerment, une valeur de la réduction des risques</i> .....   | 213 |
| A) Origines et définition spécifique au contexte .....  | 213 |
| A.1) <i>Les origines de l'apparition du concept</i> .....   | 213 |
| A.2) <i>Définition d'une notion parasiter par ses traductions</i> .....   | 216 |
| A.3) <i>Des empowerments ?</i> .....  | 221 |
| A.4) <i>D'une finalité à un processus : des changements de rôles dans la démarche de soin</i> .....   | 224 |
| B) Les différentes pratiques d'empowerment en addictologie .....  | 227 |
| B.1) <i>La place des savoirs profanes</i> .....   | 228 |
| B.2) <i>Des expériences individuelles</i> .....   | 232 |
| B.3) <i>Des expériences collectives</i> .....   | 235 |
| B.4) <i>Salles de consommation à moindre risque et programme AERLI, du dialogue à l'expérimentation : des pratiques intégrées dans un logique d'empowerment ?</i> ..... | 242 |
| C) Un processus dénaturé ? .....  | 247 |
| C.1) <i>Un processus collectif détourné</i> .....   | 248 |
| C.2) <i>Un objectif de contrôle social</i> ... ..   | 250 |
| C.3) <i>... Ou de statu quo</i> .....   | 254 |
| 3) <i>La représentation des drogues et des usagers</i> .....  | 259 |
| A) <i>Des perceptions diverses de la dangerosité des drogues</i> .....  | 260 |

|  |     |
|--|-----|
| A.1) <i>Définition de la drogue</i> .....  | 260 |
| A.2) <i>Des classification différentes : effets et dangers</i> .....   | 263 |
| A.3) <i>Des représentations de la dangerosité composites</i> .....   | 269 |
| B) <i>Les entrepreneurs de morale</i> .....  | 273 |
| B.1) <i>Construction d'une norme sociale</i> .....   | 273 |
| B.2) <i>Une approche par la déviance</i> .....   | 276 |
| B.3) <i>La pression des « entrepreneurs de morale » : l'exemple de la régulation du cannabis et de l'implantation de la salle de consommation à moindre risque</i> ..... | 281 |
| C) <i>Des représentations par catégorisation</i> .....   | 285 |
| C.1) <i>Les dangers versus les satisfactions : un point de vue biologique</i> .....  | 286 |
| C.2) <i>Des représentations selon les consommations et l'entourage</i> .....   | 290 |
| C.3) <i>Les représentations d'utilisateurs sur les substances</i> .....  | 296 |
| <b>DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE COMPARATIVE</b> .....   | 304 |
| <b>CHAPITRE 4 : MONOGRAPHIE DU TERRAIN FRANÇAIS : LA ROCHELLE</b> .....  | 306 |
| 1) <i>Présentation du terrain et des structures enquêtées</i> .....  | 308 |
| A) <i>La ville de La Rochelle</i> .....  | 308 |
| A.1) <i>Une population étudiante importante</i> .....  | 308 |
| A.2) <i>Des espaces segmentés entre vente, consommation de drogues et consommation d'alcool</i> .....  | 312 |
| A.3) <i>Des espaces festifs différenciés</i> .....   | 315 |
| A.4) <i>Une multitude d'acteurs pour différentes consommations</i> .....   | 317 |
| B) <i>Les structures enquêtées</i> .....   | 319 |
| B.1) <i>Les structures spécifiques pour l'usage de drogues</i> .....   | 320 |
| B.2) <i>Une structure pour les personnes en situation de précarité</i> .....   | 324 |
| B.3) <i>Les structures représentatives de la politique de la ville</i> .....   | 326 |
| B.4) <i>Les polices</i> .....  | 329 |

|  |     |
|--|-----|
| C) Les jeux d'acteurs .....  | 331 |
| C.1) <i>Un collectif addiction restreint</i> .....   | 331 |
| C.2) <i>Synergies entre acteurs locaux</i> .....   | 333 |
| C.3) <i>Conflits et neutralité entre acteurs locaux</i> .....  | 335 |
| 2) Des enjeux pluriels et paradoxaux.....  | 339 |
| A) Diverses qualités de savoirs sur le terrain rochelais .....   | 339 |
| A.1) <i>Les savoirs spatiaux des acteurs intervenant dans l'espace public</i> .....                                | 340 |
| A.2) <i>Les savoirs spatiaux des acteurs qui accueillent le public</i> .....                                       | 349 |
| B) Des processus de sécurisation divers .....  | 355 |
| B.1) <i>Dans le cadre de la santé publique</i> .....   | 355 |
| B.2) <i>Sur l'ensemble de la vie sociale et économique</i> .....   | 359 |
| C) Différents types d'émotions négatives .....   | 367 |
| C.1) <i>Les émotions négatives des usagers de la ville</i> .....   | 368 |
| C.2) <i>Les émotions négatives des usagers accueillis et accompagnés dans le cadre de l'usage de drogues</i> ..... | 372 |
| 3) Des processus d'autonomisation : des réceptions pour des pratiques .....  | 379 |
| A) Des profils d'usagers aux représentations plurielles .....  | 380 |
| A.1) <i>Les profils des usagers du CSAPA</i> .....   | 381 |
| A.2) <i>Les profils des usagers du CAARUD</i> .....  | 386 |
| A.3) <i>Une mise en perspective de ces profils, analyse et corrélations</i> .....                                  | 392 |
| B) Des processus d'autonomisation différentes.....   | 397 |
| B.1) <i>L'estime de soi : des interventions laissées à l'initiative du bénéficiaire</i> .....                      | 398 |
| B.2) <i>Par l'éducation = un changement 50/50</i> .....  | 406 |
| B.3) <i>Par l'injonction, la répression</i> .....  | 410 |
| B.4) <i>Une autonomie aux compréhensions composites</i> .....  | 427 |

|  |     |
|--|-----|
| C) Une volonté étatique de rapprochement entre le domaine social et le domaine médical : des pratiques encore hésitantes ..... | 433 |
| <i>C.1) Des représentations rapprochantes mais encore disjointes .....</i>   | 433 |
| <i>C.2) Des réductions des risques .....</i>   | 440 |
| <i>C.3) Des incitations partenariales : un rapprochement contraint ? .....</i>   | 452 |
| CHAPITRE 5 : MONOGRAPHIE DE GÖTTINGEN .....  | 464 |
| 1) Présentation du terrain allemand .....  | 466 |
| A) La ville de Göttingen .....   | 466 |
| <i>A.1) Une ville étudiante .....</i>  | 466 |
| <i>A.2) Des conditions de vie en amélioration .....</i>  | 470 |
| B) La politique en matière de drogues.....   | 473 |
| <i>B.1) Une politique nationale .....</i>  | 473 |
| <i>B.2) Des politiques en matière de drogues selon les États : l'exemple de la Basse-Saxe et de Göttingen .....</i>            | 484 |
| C) Les structures .....  | 493 |
| <i>C.1) La « Straso » .....</i>  | 494 |
| <i>C.2) « Drobz » .....</i>  | 500 |
| <i>C.3) « Opentherapiezentrum » .....</i>  | 507 |
| 2) La structure de l'accompagnement.....   | 519 |
| A) Des usagers, des représentations.....   | 520 |
| <i>A.1) Des profils d'usagers au sein de « Drobz » .....</i>   | 521 |
| <i>A.2) Des profils d'usagers de l'« Opentherapiezentrum » .....</i>   | 527 |
| <i>A.3) Mise en perspective des profils.....</i>   | 529 |
| <i>A.4) La représentations des usagers de drogues à Göttingen.....</i>   | 531 |
| B) Un accompagnement différencié .....   | 535 |
| <i>B.1) Des processus d'autonomisation et des objectifs communs .....</i>  | 535 |

|   |     |
|---|-----|
| B.2) <i>Différents types de dépendances</i> .....   | 548 |
| B.3) <i>Un objectif généralisé d'abstinence</i> .....   | 551 |
| B.4) <i>Un accompagnement différent selon l'âge</i> .....   | 554 |
| C) <i>Partenariats et difficultés locales</i> .....   | 557 |
| C.1) <i>Une formation obligatoire</i> .....   | 557 |
| C.2) <i>Des partenariats pluriels</i> .....   | 560 |
| C.3) <i>Les relations Polices/Professionnels de l'addiction</i> .....   | 561 |
| C.4) <i>Les difficultés perçues</i> .....   | 563 |
| <br>  |     |
| CHAPITRE 6 : "DÉLOCALISATION" DE LA RECHERCHE ET PISTES DE<br>RÉFLEXIONS .....  | 570 |
| 1) De la comparaison de monographies à la délocalisation de la recherche.   | 572 |
| A) Synthèse : analogies et disparités entre les terrains d'enquête .....  | 572 |
| A.1) <i>L'échelle nationale</i> .....   | 572 |
| A.2) <i>Le point de vue des professionnels</i> .....  | 579 |
| A.3) <i>Le point de vue des usagers</i> .....   | 581 |
| B) Typologie : une délocalisation de la recherche.....  | 584 |
| B.1) <i>Typologies générales des politiques en matière de drogues</i> .....   | 585 |
| B.2) <i>Typologies spécifiques : les processus d'autonomisation sous l'angle des<br/>professionnels</i> .....         | 591 |
| B.3) <i>Typologies spécifiques : les processus d'autonomisation sous l'angle des<br/>usagers des structures</i> ..... | 596 |
| 2) Pistes de réflexions : éléments pour la construction de préconisations<br>pratiques .....                          | 602 |
| A) Réinsertion de la notion de plaisir .....  | 602 |
| A.1) <i>De la prévention négative à celle positive</i> .....  | 602 |
| A.2) <i>Déplacement du plaisir dans l'intervention</i> .....  | 606 |

|   |     |
|---|-----|
| A.3) <i>L'estime de soi, un vecteur de plaisir</i> .....  | 610 |
| A.4) <i>Dépénalisation : le droit au plaisir et la « maturité de la drogue »</i> .....                                  | 613 |
| B) Les limites du concept de dépendance.....  | 615 |
| B.1) <i>La dépendance : vers une évaluation unique restreignante et une limitation du pouvoir d'agir</i> .....          | 615 |
| B.2) <i>Morales publiques versus morales privées</i> .....  | 617 |
| B.3) <i>La responsabilité cadrée : l'inscription de l'utilisateur de drogues comme usager du système de santé</i> ..... | 620 |
| C) Préconisations pratiques .....   | 621 |
| C.1) <i>Un lieu hybride : langage commun plutôt qu'une harmonisation des pratiques</i>                                  | 621 |
| C.2) <i>À la sortie des dispositifs</i> .....   | 624 |
| <b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....  | 633 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....  | 657 |
| <b>TABLES DES TABLEAUX, FIGURES, CARTES ET PHOTOS</b> .....   | 693 |
| <b>ANNEXES</b> .....  | 701 |
| <b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....   | 713 |

*Résumé :*

La reconstruction des liens entre la sécurité urbaine et la drogue a le plus souvent recours aux travaux ayant trait au développement de l'économie souterraine et aux dangers encourus par l'utilisateur. Deux types de risques coexistent : ceux objectifs, liés à l'ensemble de la population, et ceux subjectifs, concernant les consommateurs. La responsabilisation du patient occupe, dès lors, une place de plus en plus importante en termes de prise en charge. Elle possède, entre autres, deux visées paradoxales : l'émancipation et le contrôle, correspondant précisément aux risques évoqués. Afin de mieux comprendre ces enjeux, nous nous interrogerons sur les processus d'autonomisation et d'*empowerment*. Cette contribution reposera sur deux monographies approfondies : La Rochelle et Göttingen. À ce titre, l'enquête se concentrera sur les approches de structures sociales, sanitaires et institutionnelles ainsi que sur les états émotionnels des publics concernés. Dans le cadre de cette démarche comparative, l'analyse des résultats obtenus servira de support à diverses recommandations, qu'il s'agisse de l'accompagnement des bénéficiaires, des partenariats ou des savoirs profanes ou experts avec, en toile de fond, les débats autour de la dépendance, de la vulnérabilité ou de la réinsertion.

Mots clés : Accompagnement ; Analyse comparative : La Rochelle-Göttingen ; Autonomisation ; *Empowerment* ; Représentations ; Responsabilisation ; Risques objectifs/subjectifs ; Savoirs profanes/experts ; Sécurité urbaine ; Usages de drogues.

*Abstract :*

The reconstruction of the links between urban security and drugs is most often based on work relating to the development of the underground economy and the dangers incurred by users. Two types of risk coexist: objective risks, linked to the population as a whole, and subjective risks, concerning the users. The accountability of the patient therefore occupies an increasingly important place in terms of patient care. It has, among other things, two paradoxical aims: emancipation and control, corresponding precisely to the risks mentioned. In order to better understand these issues, we will examine the processes of empowerment. This contribution will be based on two in-depth monographs: La Rochelle and Göttingen. As such, the investigation will focus on the approaches of social, health and institutional structures as well as on the emotional states of the concerned population. Within the framework of this comparative approach, the analysis of the results obtained will serve as a basis for diverse recommendations, whether it is a question of support for the beneficiaries, partnerships or lay or expert knowledge with, as a backdrop, the debates around dependence, vulnerability or reintegration.

*Key words:* Accountability ; Comparative analysis: La Rochelle-Göttingen ; Drug use ; Empowerment ; Lay/expert knowledge; Objective/subjective risks ; Patient support ; Representations ; Urban safety.