

Florent Schmitt, Marie Jauffret-Roustide

Gouverner par autocontrôles ?

La réduction des risques auprès des usagers de drogues

■■■ résumé

Cet article propose une analyse du travail de prévention mené par les professionnels œuvrant dans des établissements de « réduction des risques » pour usagers de drogues. Ce travail consiste à vérifier si ceux-ci mettent bien en pratique un certain nombre de règles de prévention puis à les y inciter, notamment en vue de limiter les risques sanitaires liés à l'injection. Si certaines analyses y ont vu une forme de *discipline* des corps au sens foucauldien du terme, nous montrons à partir de deux terrains ethnographiques que s'y jouent également la nécessité de construire une relation de confiance, des occasions légitimes de « parler consommation » et une négociation autour de l'application des règles permettant l'évitement des risques. Le travail de prévention apparaît alors moins comme une *discipline* que comme une forme de *gouvernement par autocontrôles* où le professionnel et l'utilisateur de drogues doivent, l'un comme l'autre, contrôler leurs conduites.

Mots clés : gouvernement des corps, contrôle, ethnographie, réduction des risques, prévention, drogues

■■■ abstract

Governing by self-control? Harm-reduction with drug users

This paper provides an analysis of preventive work conducted by professionals in harm reduction facilities for people who use drugs. This type of action involves controlling if people who use drugs respect prevention practices and encourages them to do so, in particular to reduce sanitary risks associated with injection. If some authors consider this activity as a form of body discipline, we rather would like to show by using two ethnographic studies that this work requires building a trust relationship, finding good opportunities to talk about drug consumption and finally negotiating the adoption of rules that reduce risks. Thus, preventive action seems not to be a form of body discipline, but much more a “government by self-controls” where professional and drugs user both have to control their behaviours.

Keywords: body governmentality, control, ethnography, harm reduction, prevention, drugs

À PARTIR DE la fin des années 1980¹, une politique dite de « réduction des risques liés à l’usage de drogues » s’est mise en place en France et dans d’autres pays européens afin d’endiguer l’épidémie de VIH/sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette politique se traduira d’abord par la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987, puis par l’autorisation de la délivrance de traitements de substitution aux opiacés (méthadone et Subutex) en médecine de ville et en centres de soins spécialisés en 1995. Parallèlement, des établissements médicosociaux aujourd’hui appelés CAARUD (Centre d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) se sont implantés, avec notamment pour mission de délivrer des outils de consommations stériles (seringues, pailles pour le snif, pipes pour l’inhalation de crack²) et des conseils de prévention en vue de limiter les risques d’infections virales (VIH et hépatites C et B), de contaminations bactériennes (abcès, septicémie) et d’overdoses, en plus de fournir assistance aux usagers de drogues marginalisés (services de première nécessité, démarches administratives, accompagnement vers le soin). L’ensemble de ces dispositifs a introduit une rupture radicale dans la façon de concevoir ce qui s’appelait auparavant « l’intervention en toxicomanie » (Bergeron, 1996). L’usager de drogues ne peut logiquement plus être appréhendé sous l’angle d’une affection pathologique nécessitant un sevrage, mais comme un individu à même de devenir responsable de sa santé car il dispose désormais des moyens de se protéger des risques qu’il encourt (Bergeron, 1999 ; Jauffret-Roustide, 2004 et 2011a ; Quirion et Bellarose, 2007). Des études anglo-saxonnes partagent une analyse relativement proche en proposant de saisir la politique de réduction des risques comme la déclinaison d’un mode de « gouvernementalité néolibérale » propre aux politiques de santé publique contemporaines (Keane, 2009). Par ce concept, il s’agit d’affirmer que la puissance publique a délégué directement à l’usager de drogues la gestion du risque et mis en œuvre, par là même, une manière de gouverner les conduites à risques fondée sur la capacité des individus à être rationnels et autonomes dans la gestion de leur santé et donc à devenir les premiers responsables de leur « souci de soi » (Bull, 2008 ; Moore et Fraser, 2006 ; Jauffret-Roustide, 2009).

1. Cette recherche a bénéficié d’un financement de l’Université Paris-Saclay dans le cadre d’une allocation de thèse et de l’Agence nationale de recherche sur le sida.

2. Le crack est obtenu à partir d’un mélange chauffé de cocaïne et de bicarbonate de soude ou d’ammoniaque permettant l’obtention de cristaux destinés ensuite à être fumés (ou plus rarement injectés).

Cette inclination à compter sur la responsabilité de l'usager de drogues n'induit cependant pas pour autant l'absence de toute tentative d'encadrement et de contrôle des pratiques de consommation. Les professionnels exerçant dans les dispositifs de réduction des risques tels que les CAARUD prêtent en effet une attention particulière à ce que le public accueilli observe certaines règles de prévention dans l'usage des outils distribués et des substances. À la fois issues des savoirs de la médecine préventive et des enquêtes épidémiologiques auprès des consommateurs, ces règles sont destinées aux usagers injecteurs (« ne jamais partager ou réutiliser sa seringue », « préparer son injection dans un endroit "propre" et "calme" », « utiliser un plan de travail stérile »), aux usagers sniffeurs (« ne jamais partager sa paille », « désinfecter son support à l'alcool ou à la Chlorhexidine », « ne jamais utiliser de billets, de ticket de métro ou de papier ayant été mis dans la poche »...) et aux fumeurs de crack (« ne jamais partager sa pipe et ses embouts », « utiliser de préférence un Kit-Base plutôt qu'une pipe en verre ou une canette », « baser la cocaïne avec du bicarbonate de soude et non de l'ammoniaque »...). À ce titre, les professionnels œuvrant au sein de ces établissements – travailleurs sociaux majoritairement, mais aussi infirmiers, psychologues et médecins – sont censés les inciter, le cas échéant, à respecter ces différentes règles. 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.

Dans un article issu d'une enquête ethnographique menée dans un établissement de type CAARUD de la ville de New York, la sociologue Katherine McLean (2013) propose de théoriser cette forme de prévention de proximité en tant que révélateur du fonctionnement de ces établissements comme « lieu de discipline » (*site of discipline*) des corps. La notion de *discipline* est empruntée ici à Michel Foucault, tout du moins au sens où l'entend le philosophe dans *Surveiller et Punir* (1975) pour décrire les systèmes de pouvoir localisés à l'œuvre au sein du « camp militaire », de « l'école-bâtiment » ou encore de « l'hôpital-édifice » (Foucault, 1975 : 173-179). La chercheuse retient de ces descriptions un « pouvoir modeste » dont l'objectif est de « former et organiser les corps » sans « recours à la force », mais par des moyens « insidieux » cherchant à « contraindre » les individus par la surveillance continue et répétée de leurs agissements au point où ils finissent par « intérioriser le "regard" » – ici des travailleurs sociaux – « et à ajuster leurs comportements en conséquence » (McLean, 2013 : 412-424). Partant de cette définition, elle développe alors son analogie avec la manière dont les

professionnels en réduction des risques entendent inciter les usagers de drogues à adopter les différentes règles de prévention. D'abord, écrit-elle, à travers une surveillance globale des situations socioéconomiques et des états de santé des usagers de drogues qui, dans l'établissement étudié, passe par des questionnaires et des entretiens individuels réguliers d'évaluation devant notamment jouer comme motivation à agir en faveur du « souci de soi ». Cette surveillance incitative s'exerce également directement sur les « conduites à risques » : des renseignements sont collectés sur les pratiques de consommation à l'occasion de discussions informelles ou d'entretiens individuels formalisés (et répétés dans le temps) pour vérifier la conformité de ces pratiques avec les règles de prévention et corriger ensuite les « erreurs » repérées. Enfin, l'auteure pointe l'utilisation de « techniques de confession » (McLean, 2013 : 433), entendues ici comme moyen de dévoiler la parole de l'utilisateur sur son histoire personnelle et ses expériences de consommation pour le « déculpabiliser d'une transgression passée » (McLean, 2013 : 434) – comme par exemple une prise de risque – et favoriser une prise de conscience chez lui devant favoriser son « autodiscipline » à long terme.

Cependant, la sociologue montre dans un article plus récent (McLean, 2015) que ces différentes modalités de surveillance ne parviennent pas à exercer une influence sur l'engagement de tous les usagers de drogues à respecter les règles de prévention. Si certains d'entre eux – les plus insérés économiquement – adhèrent à une vision « doctrinale » de la réduction des risques et endossent même le rôle des professionnels en incitant leurs pairs à « consommer propre », la plupart se positionnent de façon plus ou moins distante ou critique vis-à-vis des discours de prévention, voire même face à la surveillance de leurs pratiques de consommation. L'auteure distingue ainsi trois catégories d'usagers « récalcitrants » : les « comédiens », qui demeurent indifférents au travail de prévention des professionnels, car ils viennent en priorité dans l'établissement pour s'y divertir en se mettant en scène dans des situations comiques ; les « déviant disciplinés », qui consentent au principe d'être individuellement responsables de leur santé, mais remettent en cause certaines règles de prévention quand celles-ci contredisent leurs propres expériences ; les « réfractaires » enfin, qui perçoivent leur rapport aux produits comme essentiellement positif et n'apportent que peu de crédit aux discours des professionnels au point de refuser ou subvertir leurs sollicitations à parler de leur consommation et à se « confesser ».

Les descriptions et analyses de Katherine McLean sont très stimulantes : elles permettent d'aller au-delà des discours officiels qui présentent ces

établissements comme des dispositifs visant à « répondre aux besoins des usagers » tout en mettant à distance les jugements normatifs sur l'acte de consommation (Jaufret-Roustide, 2016). De la lecture des deux articles de McLean ressort plutôt que « les besoins des usagers » constituent moins une finalité qu'un point de départ pour déployer des micro-mécanismes de pouvoir visant à normaliser les comportements des usagers et induisant en retour des formes d'adhésion, de résistance et de contournement de leur part. Cependant, cette analyse proposée par l'auteure laisse dans l'ombre deux éléments qui ont leur importance dans la construction de l'activité de prévention réalisée par les professionnels. Premièrement, il est peu fait état de la manière dont les professionnels utilisent en pratique les modalités de surveillance incitatives. Comment, en effet, parviennent-ils à avoir accès à la parole des usagers sur leurs pratiques de consommation dès lors que ces pratiques sont habituellement stigmatisées et illégales et que, comme le montrait déjà en partie Katherine McLean, les usagers ne viennent pas nécessairement dans ces établissements dans ce but ? Deuxièmement, si les usagers de drogues peuvent se montrer récalcitrants à respecter certaines (ou l'ensemble) des règles de prévention, comment les professionnels s'y prennent-ils pour tenter néanmoins de les en convaincre et, ainsi, remplir complètement leur rôle ? En partant de ces questions, nous proposons d'appréhender dans cet article le travail de prévention *en acte*, ce qui nous amènera à proposer une analyse différente de cette interprétation de la réduction des risques comme *discipline des corps*.

Notre démarche consistera à montrer que l'activité de prévention ne peut être comprise sans tenir compte des enjeux relationnels, organisationnels et éthiques qui structurent les interactions entre professionnels et usagers dans le cadre d'un établissement de réduction des risques. Dans une première partie, nous mettrons en lumière que les professionnels ne peuvent amener les usagers de drogues à dévoiler leurs pratiques de consommation sans construire une relation de confiance et sans délaissier les autres priorités institutionnelles qui motivent la venue des usagers. Il découle de ces deux conditions que les professionnels doivent respecter certaines règles d'interaction implicites qui limitent, mais légitimement en même temps, la tenue d'un échange privilégié avec l'utilisateur sur son rapport aux substances et à son corps. Dans une deuxième partie, nous nous pencherons sur le second moment de l'activité de prévention : celui où les professionnels partent de ce que l'utilisateur accepte de dévoiler de ses pratiques de consommation pour tenter de les rendre plus conformes aux règles de prévention. Face aux réticences des usagers de drogues, nous montrerons que le professionnel ne peut imposer son point de vue afin de

conserver une relation symétrique et de bonne entente avec ces derniers. Il doit au contraire prendre en compte le point de vue situé de l'utilisateur, et en particulier ici les contraintes et les habitudes gestuelles empêchant l'application des règles dans son contexte de vie. L'échange prend de fait la tournure d'une négociation où il faut « faire autorité » sans donner l'impression d'être autoritaire, par l'usage de compromis, d'explications argumentées et d'émotions. Partant de ces analyses et de celles effectuées en première partie, nous proposerons, en conclusion, une interprétation du travail de prévention, non plus comme *discipline*, mais comme une forme de *gouvernement par autocontrôles* (Memmi, 2003).

Cet article est issu d'une thèse s'inscrivant dans un programme de recherche en cours sur les modalités pratiques, les dilemmes moraux et les affects des travailleurs de première ligne œuvrant au sein de dispositifs de réduction des risques. L'essentiel des données mobilisées ici a été récolté à l'occasion de l'observation ethnographique d'espaces collectifs de deux établissements, l'un situé dans une commune d'un département à dominante rurale, l'autre dans un quartier parisien. Les échanges durant lesquels les professionnels « évaluaient » les pratiques de consommation des usagers de drogues pour les conseiller ensuite sur les « bonnes pratiques » à adopter ont été retranscrits de façon simultanée à leurs déroulements pour limiter le plus possible la déperdition de détails. Nous nous appuyons également ici sur 22 entretiens semi-directifs menés avec des professionnels (11 hommes, 11 femmes) de statuts différents (directeurs, chefs d'équipes, « premières lignes »), d'âges variables (20 ans à 59 ans) et de nombre d'années d'expérience diversifiées (quelques mois à 20 ans). Nous avons, enfin, mené 28 entretiens semi-directifs avec des usagers de drogues (17 hommes, 11 femmes) de statuts sociaux relativement homogènes (allant de situations de désaffiliation à une relative insertion dans l'emploi), d'âges variés (24 ans à 47 ans) et consommant essentiellement par voie intraveineuse et par inhalation (crack).

■ Faire parler l'utilisateur : construire la confiance et s'adapter aux priorités institutionnelles

Dans une structure spécifiquement missionnée pour limiter les risques liés à l'usage de drogues, on pourrait s'attendre à ce que le travail de prévention soit considéré comme une activité allant de soi. Or, dès lors que le professionnel doit, pour ce faire, se renseigner sur les pratiques de consommation de l'utilisateur, les choses ne sont plus si évidentes. Un

tel acte de libération de la parole suppose en fait ce qu'Erving Goffman (1986) appelle des « conditions de félicité », soit un ensemble de circonstances et de contraintes auxquelles doit se plier toute énonciation dans un contexte donné de façon à ce que son destinataire la juge acceptable et puisse lui donner une suite favorable. Dans cette partie, nous montrerons que ces conditions de félicité sont de deux ordres dans les CAARUD. D'abord, le professionnel doit établir ce qu'il considère être une « relation de confiance » avec l'utilisateur, c'est-à-dire dans ce cas précis faire en sorte que ses intentions et ses actions futures soient perçues comme bénéfiques. Ensuite, le professionnel devra adapter le moment où il choisit d'interroger l'utilisateur sur ses pratiques de consommation aux dispositions matérielles et relationnelles induites par les priorités institutionnelles de ces dispositifs.

Désamorcer la crainte du jugement moral...

Dans les établissements de réduction des risques, les professionnels s'efforcent d'obtenir la confiance de leur public par la mise en retrait affichée de toute forme de jugement moral sur leurs consommations et les situations plus ou moins problématiques qui se présentent à eux. Les professionnels ont ainsi l'habitude de se présenter comme « non jugeants » à tous les usagers qui pénètrent pour la première fois dans leur établissement. Or, malgré cette précaution verbale, nombre de ces nouveaux arrivants craignent tout de même de susciter des opinions défavorables, voire d'être traités avec mésestime. « Ici, je voulais pas venir au début, car je voulais surtout pas qu'on me juge », nous dira par exemple une usagère lors d'un échange informel, tandis que d'autres nous confieront que « par rapport aux salariés, on a l'impression d'avoir quelque chose en moins, une faiblesse par rapport à eux », ou encore qu'« au début, je pensais qu'ils allaient me demander des trucs sur moi pour pouvoir ensuite se moquer ». Ces craintes conduisent certains usagers à restreindre leur présence sur les lieux et à limiter leur expression sur leurs pratiques de consommation. Dans ces circonstances, l'évaluation des pratiques de consommation en vue de produire un discours de prévention personnalisé est contrariée. Certains usagers, lorsqu'ils se voient demander des informations sur leurs manières de consommer lors des premières fois où ils viennent chercher du matériel stérile peuvent, par exemple, se mettre à fuir du regard et se contenter de réponses laconiques par « oui » ou « non ». D'autres utilisent une tactique bien connue des professionnels consistant à se faire passer pour l'intermédiaire d'un autre usager de drogues, comme en témoigne par exemple cette éducatrice spécialisée (33 ans, 4 ans d'ancienneté) :

Tu sais, l'usager qui est passé tout à l'heure, lui, au départ, il est venu la première fois, il m'a dit qu'il voulait du matériel pour un pote. Je lui ai dit : « Ah bon, c'est qui ? ». « C'est Machin. » Bon. J'ai noté que c'était pour « Machin ». La fois d'après, il vient prendre du matériel, un ou deux mois après. Et puis je lui dis : « C'est toujours pour ton pote ? » Eh bien, non, non, il ne voit pas de quoi je parle.

Cette crainte d'être jugé par des professionnels peut se comprendre à l'aune de la fréquente réprobation morale vis-à-vis de l'usage de drogues qui peut être intériorisée par les « usagers de CAARUD ». Pour la plupart consommateurs d'opiacés et/ou de crack et ayant recours à l'injection pour près de la moitié d'entre eux (Cadet-Taïrou et Dambélé, 2014), ils constituent en effet une catégorie de consommateurs associés à « l'automatisme de la déchéance » et à « l'expérience de l'irresponsabilité » (Ogien, 1998 : 147). Une étude sur les perceptions vis-à-vis des usagers de drogues menée en population générale a par ailleurs montré que les représentations les plus communes des personnes consommant de l'héroïne étaient celles d'individus « malades », dérivant immanquablement vers la délinquance et cherchant à « entraîner les jeunes » (Beck et Perreti-Watel, 2001 : 142). Mettre en mots leurs consommations au sein d'un CAARUD suppose donc pour ces usagers de drogues de s'habituer à une tolérance vis-à-vis de leur consommation qu'ils n'ont encore jamais connue et qui peut leur apparaître d'autant plus suspecte après avoir généralement vécu la désapprobation, voire le rejet, de leurs sphères de sociabilité ordinaires – familiales, amicales ou professionnelles – en raison de leur « déviance » et de ses effets sur leurs comportements (Ouvray, 2009).

Conscient de ces réalités sociales, les professionnels s'attachent à adopter une attitude et une manière de parler ostensiblement bienveillantes afin de rendre plus visibles leurs « bonnes » intentions et de ne pas laisser craindre qu'ils puissent porter des jugements dépréciatifs. Les premiers temps de l'accueil sont, de fait, souvent l'occasion de manifester des affects montrant à l'usager qu'une valeur est accordée à sa présence. Salutations chaleureuses, sourires clairement affichés, ton jovial, discussions ordinaires, usage de l'humour (« une société sans drogue, ça n'existe pas et ça n'existera jamais, rappelle-toi, déjà les druides faisaient de la potion ! ») font ainsi partie des tactiques verbales couramment utilisées à cet effet. Ces tactiques ne s'intègrent pas dans une stratégie d'attitudes et d'expressions fixées à l'avance par les directions des établissements dans le cadre d'une relation « client ». Les professionnels en font plutôt une utilisation personnalisée afin d'apparaître avant tout sous un jour « authentique » et

créer une forme de complicité, susceptible de les positionner – du moins en apparence – d'égal à égal dans l'échange avec leur public et, par là même, créer une proximité propice à neutraliser la crainte de se dévoiler (Gaspard, 2012 ; Lévy-Vroelant, Joubert et Reinprecht, 2015).

... et celle d'être « fiché »

La confiance envers les intentions des professionnels ne s'obtient cependant pas seulement grâce à la construction d'une relation marquée par la proximité. Les usagers de drogues, ou du moins une partie d'entre eux, l'accordent seulement s'ils ont aussi la certitude que leur anonymat sera respecté au sein de la structure, en raison de l'illégalité de leurs actes. Autrement dit, accepter de se présenter comme usager de drogues et de parler de sa consommation, c'est aussi attendre en retour que ce type d'informations ne soit pas utilisé, volontairement ou non, à des fins malveillantes, par exemple en étant transmises à d'autres institutions, notamment répressives. En apparence, un tel enjeu semble anodin. Les structures de réduction des risques sont tenues de conserver au secret toutes les informations contenues dans les dossiers individuels de leur public. Dans la loi, aucune de ces informations ne peut être transmise à un service extérieur à la structure sans le consentement de l'utilisateur. En outre, il est demandé aux nouveaux venus de s'identifier sous un pseudonyme afin que les autres usagers fréquentant l'espace collectif ne puissent connaître leur identité. Ces précautions ne sont cependant pas toujours suffisantes. L'assurance de bénéficier d'un anonymat dépend aussi de la manière même dont les professionnels recueillent des informations personnelles auprès des usagers au moment où ils entrent dans le dispositif afin de connaître leurs « besoins » en matière de réduction des risques (matériel stérile et dépistage) et d'accompagnement (soins en addictologie, recherche de logement, accès aux droits sociaux, etc.).

Pour le comprendre, précisons que ces établissements œuvrant dans le secteur de l'action sociale et médicosociale sont soumis à l'obligation de mettre en place un « contrat de séjour » ou un « document individuel de prise en charge » (DIPEC) depuis l'entrée en vigueur de la loi de janvier 2002 « rénovant l'action sociale et sanitaire ». Cette disposition législative, portée par un souci de rationalisation et d'évaluation des dispositifs socio-sanitaires, vise notamment à instaurer la définition d'objectifs individuels avec les bénéficiaires, à définir le type d'accompagnement dont ils sont censés relever, ainsi qu'à assurer le suivi de l'évolution de leurs « problématiques » au long terme. Dans les CAARUD, ce procédé s'est notamment traduit par la nécessité d'administrer un questionnaire dit de

« primo-accueil » lors des premières fois où l'utilisateur se rend dans l'établissement. Hormis des renseignements administratifs (âge, sexe, ville d'habitation...), une multiplicité de thèmes y est abordée, allant du type de ressources (emploi, aides sociales), à l'accès au logement, en passant par le statut sérologique et les pratiques de consommation (type de produits, fréquences d'usage, modes de consommation, prises de risques...). Ces deux derniers thèmes sont, de fait, censés, par la mise en connaissance détaillée du rapport à la consommation et aux risques, créer une occasion privilégiée de diffuser/rappeler les règles de prévention.

Cependant, proposer à un usager de drogues de donner différentes informations personnelles dès son premier jour d'arrivée peut avoir de quoi susciter son inquiétude. Tout d'abord, parce qu'il n'est pas encore familiarisé avec les intentions réelles des professionnels, mais également parce qu'il se trouve dans un lieu reconnu et autorisé par les autorités locales, ce qui peut le conduire à s'interroger sur la nature des informations circulant d'une institution à une autre. Les propos de cet usager de drogues (26 ans, injecteur de Skénan® et d'héroïne) en sont une illustration :

Ici, quand je suis arrivé, tout de suite ils m'ont posé des questions. Et ils m'ont mis dans la salle d'à côté. Si ça avait été mon premier CAARUD, j'aurais pété un plomb, hein. Là, ça va, je connaissais. Mais, genre, tu rentres dans la structure, t'imagines, tu sais pas c'que c'est ? Et genre... questionnaire ! Tu crois que t'es fiché, quoi. C'est chaud ! Alors, peut-être que c'est des questions anodines, mais ça change pas que quand tu rentres et que... c'est un truc... tu sais déjà c'est illégal, tu vois ? Tu commences à sortir des feuilles, à noter... c'est psychologique. Tu te dis : « Qu'est-ce qu'ils notent ? ». « Je sais pas, je connais pas ces gens. » C'est une structure... donc tu te demandes : « C'est quoi les liens avec l'État ? ».

Là encore, les professionnels peuvent avoir conscience des craintes des usagers et en font l'expérience lorsqu'ils s'aperçoivent par exemple que certains usagers ont délivré de fausses informations ou ne sont plus jamais revenus à l'issue de la passation du questionnaire. Ces réactions peuvent les conduire à en réajuster le principe en fonction des signes d'ouverture au dialogue et de la disponibilité manifestée par les usagers lors de leurs venues. La passation du questionnaire peut ainsi être déplacée à court ou moyen terme et les professionnels peuvent glaner, en attendant, des informations au hasard de discussions informelles, qui seront alors complétées sur le questionnaire, de manière décalée, en l'absence de l'utilisateur. De façon exceptionnelle, les professionnels peuvent également se résoudre à

ne jamais l'administrer, notamment si l'utilisateur vient peu fréquemment. Ce type d'arrangements témoigne des tensions du travail social entre la nécessité de respecter les logiques bureaucratiques et celle de devoir, tout en même temps, s'ajuster aux situations singulières et aux contraintes de terrain imprévues par l'organisation du travail (Ravon, 2009). Si ce questionnaire évalue et contribue à la surveillance des situations sociales et des pratiques de consommation, la priorité qu'accordent les professionnels au maintien du lien avec les usagers peut les conduire à en assouplir le cadre formel et/ou à attendre le moment opportun pour le proposer. Nous allons voir à présent qu'il s'agit là en réalité d'une forme d'ajustement à laquelle les professionnels doivent se plier plus généralement s'ils veulent réussir à « parler consommation » avec les publics qu'ils accueillent dans leurs dispositifs.

Adapter l'acte de prévention aux priorités institutionnelles

Même si une relation de confiance semble s'être instaurée entre le professionnel et l'utilisateur, le dévoilement des pratiques de consommation par l'utilisateur ne peut pour autant s'effectuer à tout moment et dans n'importe quelles conditions, en raison des autres priorités qui occupent la vie quotidienne au sein des CAARUD. Si la distribution de matériel en est une, il en existe néanmoins deux autres qui occupent une place non négligeable dans le travail des professionnels. En les précisant mieux ici, nous pourrions alors montrer comment celles-ci forgent des dispositions à l'ouverture de la parole de l'utilisateur sur ses consommations.

La première de ces priorités est celle qui vise à fournir une assistance aux franges des usagers de drogues les plus précarisés. Celle-ci est héritée du développement des premiers dispositifs de réduction des risques qui, dès le début des années 1990, avaient vocation à capter des populations usagères de drogues fortement désaffiliées et n'ayant pas recours aux systèmes de soins spécialisés, et ce afin de leur permettre de se raccrocher à une prise en charge plus adaptée à leurs conditions d'existence (Jacob, 1996). Cette vocation s'est notamment traduite par la délivrance gratuite de prestations de première nécessité censées les aider à mieux faire face aux difficultés de la vie en errance, mais aussi pour favoriser une première « accroche » avec les professionnels sur la base de besoins supposés essentiels. Dans cette optique, la grande majorité des CAARUD a progressivement mis à disposition des douches, des machines à laver, une offre de collations, un ordinateur avec une connexion à Internet, un téléphone fixe, mais aussi, et si les moyens alloués et la surface disponible le permettent, une infirmerie pour les soins de première nécessité,

un espace de repos et des casiers attitrés pour stocker des affaires. Si ces établissements demeurent ouverts à tous les usagers de drogues, ces différentes prestations ont produit une certaine sélection des profils en attirant une forte proportion de consommateurs en situation qualifiée de « forte précarité », ainsi qu'une frange, plus minoritaire, ne déclarant aucune ressource légale (Cadet-Tairou et Saïd, 2015). Il en résulte que les professionnels, sans jamais se définir comme prestataires de « besoins de base » durant les entretiens que nous avons eus avec eux, consacrent néanmoins, selon les études disponibles sur leur activité, près de 22 % de leurs actes quotidiens à en assurer la délivrance et l'organisation (Díaz Gómez et Milhet, 2016).

La deuxième priorité qui occupe la vie quotidienne des CAARUD est celle qui tient cette fois à la construction d'une proximité entre professionnel et usager – celle dont nous avons précisé plus haut l'importance pour favoriser l'instauration d'une relation de confiance. Cette priorité est en fait assez commune aux acteurs du travail social dont l'aspiration est, au moins depuis les années 1980, à l'établissement de relations en apparence plus symétriques entre professionnels et bénéficiaires de l'action, sans pour autant évacuer tout rapport de pouvoir (Lemerrier, 2015). En pratique, cette recherche de proximité est aussi utilisée par les professionnels de réduction des risques pour accomplir leur travail à deux autres niveaux essentiels. D'une part, celle-ci permettrait d'assurer la fidélisation de l'usager au dispositif et rendrait, de fait, plus probable qu'il y recoure dans le cas où il aurait besoin d'un accompagnement en matière de soins ou de droits sociaux. D'autre part, celle-ci serait en même temps propice à remédier à l'exclusion sociale vécue par les usagers de drogues dans une perspective communément partagée dans le champ du travail social, où les liens de proximité sont censés être un « instrument [...] pour remédier aux maux sociaux » (Dartiguenave, 2010). Dans les établissements que nous avons investigués, cette recherche de proximité reposait alors d'abord sur la production de sociabilités ordinaires par des attitudes des professionnels à l'égard des usagers et par l'agencement de l'espace. Les professionnels demandaient régulièrement des nouvelles aux usagers (« Comment ça va depuis la dernière fois ? ») et l'espace d'accueil avait été arrangé de façon à être propice à la convivialité (accès permanent à du café, du thé ou des jus, tables et chaises pour s'asseoir, discuter, salle de diffusion de films, organisation de repas collectifs...). Cette proximité passait aussi par des tentatives de réduire la distance liée au statut d'autorité des professionnels à travers des signes verbaux (le tutoiement y est normalisé) et non verbaux (pas de port de vêtements associés au

monde médical comme la blouse blanche). Enfin, dans l'une des structures étudiées, la direction a fait retirer les affiches de prévention au sein de l'espace d'accueil, à la demande des usagers, afin de favoriser leur sentiment de se trouver dans un « chez soi ». Ces multiples agencements spatiaux et relationnels induisent alors que les professionnels accordent un temps important pour discuter avec les usagers sans autre objectif que de favoriser une interconnaissance mutuelle³.

Au regard de la place accordée au sein des CAARUD aux deux priorités que nous venons d'explicitier (assistance aux usagers et construction d'une proximité), il est plus aisé de se rendre compte qu'il n'est pas envisageable de « parler consommation » avec les usagers à tout moment et en toutes circonstances. D'un côté, la délivrance régulière de prestations de première nécessité suppose que les professionnels et les usagers ne sauraient être toujours disponibles pour discuter, les premiers étant occupés à répondre aux sollicitations occasionnées par ces prestations (« J'peux avoir du savon pour la douche ? », « J'peux avoir les clefs de mon casier ? ») et les seconds à en faire usage. D'un autre côté, si la recherche de proximité est centrale dans les interactions avec l'utilisateur, cela suppose pour le professionnel de ne plus pouvoir se saisir du seul prétexte de la présence de ce dernier dans l'établissement pour l'interroger sur ses consommations. En effet, les liens de sociabilité qui découlent de cette proximité incitent les professionnels à considérer que toute interrogation non justifiée sur les pratiques de consommation des usagers peut être interprétée comme une sorte de « flicage », voire de « retour du stigmate », car cela revient finalement à atrophier l'identité de l'individu pour ne plus le définir qu'à travers la catégorie abstraite des politiques de santé publique de « groupe à risques » (Campbell et Shaw, 2008) :

Le truc qui est compliqué, c'est de prendre en compte qu'on n'a pas face à nous que des usagers de drogues. Ce sont aussi des pères, maris, qui travaillent. Les réduire à un statut de simples usagers de drogues, c'est hyper réducteur pour eux ! (éducatrice spécialisée, 38 ans, 4 ans d'ancienneté)

Si les priorités liées aux modalités de mise en pratique du travail de réduction des risques induisent donc des dispositions limitatives à l'ouverture de la parole des usagers autour de leurs consommations, celle-ci ne demeure cependant pas totalement marginale. Les professionnels s'efforcent de

3. Temps qui, au niveau national, a été calculé à hauteur de 44 % de leurs actes quotidiens (Cadet-Taïrou et Saïd, 2015).

ne pas perdre de vue leur mission de prévention. Ils cherchent plutôt à l'adapter aux prestations d'assistance et à la proximité entretenue avec les usagers de drogues. Plus précisément, ils tentent de s'appuyer sur les temps morts du quotidien et sur les multiples interactions avec les usagers comme des leviers pour accéder à leur parole sur leurs pratiques de consommation. Par exemple, les professionnels peuvent utiliser le caractère convivial de l'espace d'accueil pour organiser des ateliers de prévention collectifs où l'utilisateur sera, non pas invité à se dévoiler, mais à livrer son point de vue sur des sujets comme le VIH ou les hépatites, ce qui permet parfois de créer des « ponts » vers des discussions plus ciblées sur les pratiques individuelles. Suivant une même technique utilisée par les bénévoles en prévention sur les lieux de dragage gays (Mendès-Leite et Proth, 2002), le professionnel peut aussi profiter d'une discussion avec un usager de drogues sur un sujet « ordinaire » pour, progressivement, en venir à questionner ou à « libérer sa parole » sur un sujet plus intime d'où pourra émerger un échange privilégié sur sa consommation et/ou ses prises de risques. Une occasion où l'utilisateur de drogues réclame du matériel de réduction des risques à un moment où il est disponible constitue, pour les professionnels, une raison légitime pour l'interroger sur ses pratiques de consommation, dans la mesure où les outils demandés « obligent » en quelque sorte déjà l'utilisateur à en révéler des indices. Ces quelques exemples révèlent donc de prime abord qu'ouvrir la parole de l'utilisateur sur ses manières de consommer reste possible. D'une certaine manière, cela confirme aussi que la symétrie des relations recherchée dans le travail social par l'établissement d'une proximité entre professionnel et usager n'élimine pas tout rapport de pouvoir – ici celui de la surveillance des pratiques de consommation –, mais en constitue plutôt un appui potentiel. Cependant, comme le suggèrent également ces différents exemples, ce pouvoir de surveillance demeure à la fois contraint – puisque ne devant s'exercer qu'en des moments occasionnels – et partiel, puisque qu'étant limité à des échanges informels ne permettant pas de « tout » savoir comme avec une série de questions prédéfinies à l'avance. En fin de compte, cela signifie que la surveillance des pratiques de consommation est précisément rendue possible du fait de sa régulation par les professionnels.

■ Négocier les règles de prévention sans les imposer

Suivant notre objectif de saisir le travail de prévention en acte, il nous faut désormais interroger la tournure que prend l'échange avec le professionnel une fois que l'utilisateur a accepté de lui dévoiler une partie de ses pratiques

de consommation. À cette occasion, le professionnel détecte le (ou les) geste(s) ou technique(s) « problématique(s) » et tente de les faire modifier par l'utilisateur en lui proposant d'adopter une (ou des) règle(s) de prévention supplémentaire(s). L'enjeu de cet échange consiste alors à lever les réticences de l'utilisateur qui, pour des raisons que nous détaillerons par la suite, n'accepte que rarement d'intégrer immédiatement la prescription énoncée. Le professionnel devra donc négocier, mais en prenant garde à ne pas donner l'impression d'imposer son point de vue, avec la tentative d'instaurer une symétrie du rapport à l'utilisateur, qui s'inscrit également dans le souci d'éviter de porter préjudice à la relation. Négocier signifie ici que le professionnel prendra à la fois en compte les capacités (en matière de manipulation du matériel par exemple) et les choix personnels de l'utilisateur pour, ensuite, tenter de le convaincre d'intégrer le plus possible dans ses pratiques les règles de prévention officiellement édictées par la santé publique.

En ce sens, il nous semble que les CAARUD ne peuvent pas être envisagés comme des lieux de *discipline* au sens foucauldien du terme, c'est-à-dire des dispositifs employant des moyens plus ou moins contraignants pour conformer le sujet à un modèle de normes de comportements optimales. Si les professionnels considèrent ce que *peut* et *veut* l'utilisateur, alors ces établissements présentent plutôt des traits communs avec les technologies de régulation des populations que Michel Foucault nommait les *dispositifs de sécurité*. En effet, au sein de ces dispositifs 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 » – pour faire en sorte que les conduites les plus « défavorables » soient reportées vers les plus « favorables » (Foucault, 2004). Pour mieux saisir cette forme de régulation des risques, et donc mieux comprendre ce deuxième temps de l'acte de prévention, il nous faut maintenant analyser comment celle-ci se traduit dans les attitudes et les discours des professionnels.

Des compromis adaptés aux contraintes pratiques des usagers

Dans le cadre d'un échange à visée préventive, une première réticence à laquelle les professionnels sont confrontés tient aux contraintes économiques, temporelles ou symboliques empêchant la mise en application des différentes règles de prévention. C'est, par exemple, le cas des usagers de drogues injecteurs en situation de précarité qui, faute d'avoir un accès à un logement personnel, consomment dans les espaces semi-publics ou publics où la crainte de l'arrestation policière peut les amener à partager accidentellement leurs seringues (Small *et al.*, 2006 ; Jauffret-Roustide, 2011b) et où les mauvaises conditions d'hygiène facilitent la

contamination de leur matériel (Rhodes *et al.*, 2007). Cela peut être aussi le cas d'usagers de drogues qui, craignant d'être discrédités – non en tant que consommateurs, mais en tant que « dépendants » – limitent volontairement le nombre de seringues dont ils ont besoin pour conserver une impression de contrôle sur leur consommation tout en s'exposant à des risques de contamination bactérienne liés à la réutilisation du matériel.

Face à ces contraintes d'arbitrages entre risques concurrents auxquels sont confrontés les usagers de drogues (soit entre celui d'être « en manque » et celui d'une contamination virale ou bactérienne), les professionnels cherchent à leur faire adopter ce qu'on pourrait appeler un « compromis ». Cela sous-entend qu'il est possible, dans certains cas, de contourner une règle de prévention censée être normalement prescrite pour conseiller à la place une technique de protection moins efficace, mais néanmoins mieux adaptée aux contraintes situationnelles ou symboliques des usagers de drogues. C'est ce qu'a, par exemple, été conduit à faire un professionnel (éducateur spécialisé, 34 ans, 5 ans d'ancienneté) face à un usager qui déclarait réutiliser ses seringues faute de pouvoir assumer qu'il était « un gros injecteur ». Ne pouvant l'obliger à prendre davantage de matériel (« Tu peux pas lui mettre dans la poche de force ! »), le professionnel lui proposa à la place de stériliser les seringues qu'il réutilisait en appliquant « le protocole javel », comme cela était conseillé aux usagers injecteurs dans les années 1990, alors que le matériel d'injection était moins accessible qu'aujourd'hui. On retrouve ici cette logique consistant à proposer une stratégie de prévention imparfaite (cette technique de stérilisation est en effet considérée aujourd'hui comme étant peu efficace, en particulier contre l'hépatite C) plutôt qu'une règle de prévention « parfaite », mais inapplicable du point de vue de l'usager. Cependant, comme l'usager a suivi sa recommandation, cela a ensuite permis au professionnel de le relancer à ce sujet, lui demandant « s'il a trouvé ça mieux » et s'il n'accepterait pas de prendre 5 seringues supplémentaires au prétexte « que la seringue est quand même abîmée » après plusieurs réutilisations. À terme, précise le professionnel, « on est passé de 5 seringues par mois à une seringue par injection ». La règle de prévention habituellement prescrite sous les termes de « une seringue = une injection » a donc été mise en œuvre par l'usager, mais en passant par différentes étapes.

L'utilisation de ce compromis par le professionnel peut être analysée comme une forme de « bricolage », selon Marc-Henry Soulet, un procédé qu'il qualifie de courant dans l'action sociale où les travailleurs sociaux se décalent des exigences institutionnelles en mobilisant « des capacités créatives et relationnelles » pour « composer avec les possibilités

et les impossibilités » de la clientèle et leur « apport[er] des réponses ponctuelles construites en fonction des opportunités » (Soulet, 1997 : 55). Ce décalage face à la règle de prévention officielle permet aussi au professionnel d'accompagner l'usager pas à pas vers son adoption, témoignant alors d'une manière d'agir proche ici des « accompagnateurs budgétaires » qui, dans leur mission d'assistance aux situations de surendettement, « préforment en douceur » les demandeurs aux normes comptables en s'adaptant à leurs difficultés pratiques (Perrin-Heredia, 2011 : 74). Enfin, cette recherche de compromis, en ne pressant pas l'usager à accepter la « bonne règle », assure au professionnel de conserver une posture préventive tout en évitant de donner à l'usager le sentiment de se voir imposer sa conduite.

« Laisser faire sans laisser aller »

Les professionnels peuvent cependant faire face à des réticences qui ne sont pas uniquement liées à un ordre de contraintes matérielles ou symboliques. Les réticences peuvent aussi être le produit de ce que professionnels et usagers nomment couramment des « habitudes ». Ce terme sous-tend l'idée que les usagers de drogues développent certaines manières d'utiliser le matériel de consommation (à travers leurs propres expériences et celles de leurs pairs) qui, répétées au fil des mois et des années, deviennent des routines qui sont en même temps rassurantes, car associées à la garantie d'obtenir l'effet recherché et de ne pas avoir à réfléchir à chacun de ses gestes lorsque l'envie de consommer se fait sentir. Cette association entre ce qui relève des étapes de préparation d'un côté et la performance obtenue de l'autre (en termes d'effets et de rapidité) donne une dimension rituelle à l'acte de consommation en amenant l'usager à considérer de façon symbolique chaque « séquence [de préparation] comme aussi importante que son processus complet » (Grund, 1993 : 139). Cette analyse permet de mieux comprendre comment le réajustement de cette séquence ritualisée qu'induirait l'adoption d'une nouvelle règle de prévention peut susciter la réticence de certains usagers. Quand le professionnel fait face à ce type de situation où le compromis n'est plus envisageable, il ne peut espérer inciter l'usager à modifier ses pratiques qu'avec sa capacité d'argumentation. Une première manière de procéder consistera à se montrer persuasif sans être insistant, toujours afin de ne pas donner l'impression de s'imposer dans l'échange. L'extrait d'observation qui suit en est une illustration. Un usager de drogues (d'environ 30 ans) s'était approché du comptoir de distribution de matériel de l'espace d'accueil pour demander des outils d'injection à une

professionnelle (éducatrice spécialisée, 38 ans, 5 ans d'ancienneté) qui commence par se renseigner sur l'état de l'avant-bras gauche de l'utilisateur.

– Éducatrice (légèrement grimaçante) : *Il faut qu'on puisse trouver ensemble comment faire.*

– Usager (impassible) : *Ça va aller, je pense.*

– Éducatrice (haussant un peu le ton) : *Ouais... faudrait voir, parce que ton avant-bras était quand même assez gonflé la dernière fois.*

– Usager : *Oui, je sais.*

– Éducatrice (d'un ton plus doux cette fois) : *Ce que tu peux faire, à la rigueur, mais on en avait un peu parlé déjà... c'est d'essayer d'injecter à d'autres endroits que tes avant-bras pour les faire reposer un peu. Par exemple, il y a certaines veines du pied. C'est pas l'endroit le plus conseillé, mais ça serait toujours mieux que dans tes avant-bras pour l'instant. Tu as déjà essayé ?*

– Usager : *Ouais je vois. Mais en fait, j'ai pas spécialement envie de tenter d'autres endroits, c'est pas trop mon truc. C'est ça le souci.*

– Éducatrice : *Ben, en tout cas, c'est à toi de voir par la suite.*

La professionnelle s'assure que l'utilisateur injecte bien en direction du cœur, puis reprend l'échange.

– Éducatrice : *D'accord. Alors du coup, dis-moi, qu'est-ce que je te mets comme matériel ?*

L'utilisateur détaille sa demande, précisant notamment qu'il souhaite avoir des tampons-alcool⁴.

– Éducatrice (tout en préparant le matériel demandé) : *Par rapport aux tampons-alcool... je ne sais pas si tu as déjà utilisé la Chlorhexidine⁵, c'est un peu la même chose, ça vaut le coup d'essayer parce que ça affecte moins la peau et c'est plus efficace en terme de désinfection que l'alcool.*

– Usager : *J'en ai entendu parler ouais, mais... j'sais pas trop.*

– Éducatrice : *En fait, c'est simple, maintenant, c'est ce qu'on utilise partout. Parce que qu'est-ce qu'ils utilisent à l'hôpital ?*

L'utilisateur reste silencieux.

À l'hôpital, ils utilisent de la Chlorhexidine. C'est ça qu'on mettra sur ton bras pour faire une prise de sang.

4. Les « tampons-alcool » servent à désinfecter le point d'injection.

5. La Chlorhexidine est un antiseptique qui peut être recommandé par certains professionnels en remplacement des tampons-alcool. Distribuées sous forme de lingettes, celles-ci servent aussi bien à la désinfection des mains qu'à celle du point d'injection.

- Usager : *Ouais, je comprends... mais j'ai pas envie de changer mes habitudes.*
 - Éducatrice (d'un air légèrement surpris) : *Bon... OK.*
- L'éducatrice lui donne son sac rempli de matériel et lui propose de boire un café.

Au fil de l'échange, on voit comment la professionnelle incite l'usager de drogues à modifier un certain nombre de ses pratiques, mais en prenant bien soin de ne pas s'y atteler de façon franche et résolue. Elle évite de dévoiler des inquiétudes évidentes face à l'état de son avant-bras, réagit de manière calme à ses réticences pourtant directes, n'argumente jamais plus d'une fois et, finalement, préfère clore l'échange sans avoir pu obtenir d'accord. En agissant de la sorte, il s'agissait moins en fait de parvenir à un résultat concret en matière de changement de pratiques que d'avoir déjà réussi, dans un premier temps, à rappeler des règles de prévention. En somme, elle modère toute manifestation d'autorité en s'illustrant ici dans le fait de « laisser faire sans laisser aller » pour reprendre la formule qu'utilise Dahlia Namian pour qualifier un des modes opératoires des dispositifs socio-sanitaires fondés sur la responsabilisation de l'individu (Namian, 2012 : 100). Ici, le « laisser[-]faire » a l'avantage de ne pas braquer un usager réticent afin d'autoriser, à plus ou moins long terme, une nouvelle tentative de négociation. D'un autre côté, « ne pas laisser aller » signifie qu'on montre au bénéficiaire de l'action socio-sanitaire un minimum de souci à son égard afin de lui insinuer qu'il pourra toujours, si le besoin se présente, solliciter une écoute, un conseil, une présence.

L'insistance autorisée

Lorsque les usagers de drogues manifestent leur réticence à mettre en application des règles de prévention en raison de leurs « habitudes », le professionnel peut cependant parfois recourir à l'insistance. Pour en rendre compte, nous mentionnons ici l'extrait d'un échange avec la même professionnelle, mais cette fois avec un autre usager. L'enjeu de cet échange est, pour la professionnelle, de convaincre l'usager (34 ans, injecteur de Skénan[®] et fumeur de crack) de fabriquer du crack avec du bicarbonate plutôt qu'avec de l'ammoniaque, substance considérée comme plus « dangereuse » car donnant des maux de tête et irritant les voies respiratoires. L'échange démarre au moment où la professionnelle questionne l'usager pour savoir pourquoi il lui demande une seringue à l'unité, puisque les seringues sont, en général,

toujours demandées avec d'autres outils indispensables pour préparer une injection.

– Éducatrice (d'un air surpris) : *Donc c'est pour...*

– Usager (coupant) : *Ben pour doser. Je prends la pompe⁶ de 1 ml pour tirer l'ammoniaque pour la mettre dans la cuillère ensuite⁷.*

– Éducatrice (coupant – et d'un ton plus ferme) : *Ah ! tu me donnes mal à la tête avec ton ammoniaque dès le matin ! Et puis tu me donnes mal à la gorge, beurk ! Si tu me dis (se met alors à sourire) un autre mot, par exemple le bicarbonate, là tout d'un coup je n'ai plus mal ! (rires)*

– Usager (silencieux quelques instants) : *Mais j'y peux rien, moi, c'est comme ça que j'ai l'habitude de faire. Et puis moi ça me fait du bien !*

– Éducatrice (levant le ton plus haut en gardant le sourire) : *Oui, mais ça fait pas du bien à ton corps !*

L'enquêteur se met à rire.

– Éducatrice (riant toujours et voyant rire l'enquêteur, se tourne vers lui) : *Tu ne peux pas te permettre de dire ça à tout le monde. Mais avec Étienne⁸ tu peux, parce qu'Étienne c'est quelqu'un de bien ! (fait un grand sourire)*

– Usager (prenant un temps de réflexion, détourne le regard, laissant échapper un demi-sourire, puis se tournant vers elle en la regardant droit dans les yeux) : *Oui, mais Louise⁹... mon corps, c'est moi.*

– Éducatrice : *Oui, mais ton corps il préfère largement le bicarbonate. L'ammoniaque, ça fait mal à la tête, ça te fait une barre non ? Et ça fait mal à la gorge.*

– Usager (en haussant légèrement le ton) : *Non, moi, ça me fait pas de barre à la tête. Et moi, ça me fait pas mal à la gorge. J'vois bien les mecs autour de moi qui toussent pendant 15 minutes après avoir tiré¹⁰, mais moi ça m'le fait pas.*

6. Dans le langage des usagers de drogues, la « pompe » désigne la seringue.

7. L'usager sous-entend qu'il extrait l'ammoniaque depuis une bouteille à l'aide de la seringue. S'il met le contenu extrait dans une cuillère, c'est ensuite pour y ajouter de la cocaïne et chauffer le mélange obtenu (première étape de fabrication du crack).

8. Prénom d'emprunt.

9. Prénom d'emprunt.

10. « Tiré » signifie ici aspiré.

La discussion dérive ensuite peu à peu et l'éducatrice retient encore l'usager pendant une quinzaine de minutes pour lui expliquer comment fabriquer du crack avec du bicarbonate et ainsi finir par faire « passer le message ».

Contrairement à l'échange précédent, la professionnelle argumente cette fois à plusieurs reprises la même règle de prévention. Elle manifeste également des signes verbaux de dégoût (« beurk ! ») et emploie un ton nettement plus directif. Elle est donc bien, cette fois, dans une forme d'insistance. Une insistance certes atténuée par les sourires et les rires de la professionnelle qui, sans doute, traduisent son inconfort avec cette manière de s'adresser à l'usager. Si elle s'autorise néanmoins cette attitude, c'est en fait parce qu'un certain attachement mutuel s'est développé entre eux au gré de leurs rencontres répétées dans l'établissement (manifesté d'ailleurs durant l'échange par la professionnelle : « Parce qu'Étienne, c'est quelqu'un de bien ! »). Contrairement à l'usager de l'échange précédent, cet usager-ci est en effet un habitué de longue date du lieu et des équipes. Or, du fait de ses fréquentations régulières, ils ont appris qu'ils avaient tous les deux une fille du même âge, ce qui leur a ouvert des possibilités d'avoir des échanges privilégiés sur leurs vies privées respectives. Durant notre enquête dans l'établissement, nous avons aussi constaté que les passages de cet usager créaient parfois des occasions pour les professionnels de l'encourager à s'investir dans la nouvelle formation professionnelle qu'il suivait. Ces quelques exemples suggèrent que l'échange à l'occasion duquel la professionnelle a tenté de convaincre l'usager d'utiliser du bicarbonate s'inscrit en fait dans le cadre plus large d'un passé institutionnel fait de moments de partage, d'émotions et de sollicitude à son égard. Les attitudes qu'adoptent les professionnels pour négocier la mise en application des règles de prévention peuvent donc s'apparenter à une tentative d'imposer leurs points de vue, mais à condition que cela soit camouflé par un lien de proximité solide avec l'usager de drogues.

■ Conclusion : un gouvernement par autocontrôles

Les descriptions et analyses présentées dans cet article permettent d'établir un double constat. D'un côté, les professionnels sont amenés à limiter et maîtriser leurs incitations à faire appliquer les règles de prévention aux usagers de drogues. Mais d'un autre côté, ils peuvent parfois y parvenir en employant des chemins de traverse et en ajustant leurs discours aux

réticences des usagers. Dès lors, même si nous avons vu que l'activité de prévention ne s'apparentait pas à une discipline du corps, cette activité n'en reste pas moins, d'une certaine manière, une tentative de normaliser les usages que l'on en fait. Comment alors redéfinir cette manière si elle n'est pas, précisément, disciplinaire ?

La notion de « gouvernement par autocontrôles » proposée par Dominique Memmi (2003) dans l'un de ses ouvrages portant sur le recours à l'assistance médicale à la procréation, à l'avortement et à la stérilisation peut nous y aider. Cette notion lui sert à qualifier les rapports qui sont à l'œuvre durant l'entretien obligatoire auquel doit se soumettre le demandeur afin de faire vérifier par un médecin si son choix peut être justifié et pleinement assumé. La sociologue montre alors qu'un double attendu d'autocontrôle se joue à cette occasion. Celui du demandeur (devenu patient) d'un côté, parce qu'il doit respecter un délai de réflexion prévu par la loi, exposer les motifs de sa décision et se montrer capable de parler de son corps. Celui du médecin, de l'autre, car la loi lui a confié le rôle d'évaluer et non de combattre le choix du patient. Il doit, en d'autres termes, accepter de ne pas imposer ni les attendus d'autocontrôle du patient ni sa décision, et s'en tenir à « informer, expliquer, symboliser ce qu'il considère comme devant être fait de ce corps et de ce sujet qui lui sont amenés là » (Memmi, 2003 : 49-50). Il en ressort une forme de gouvernement sur la manière dont les individus veulent utiliser leurs organes et leurs corps, qui passe exclusivement par la parole, mais qui, en devant modérer son autorité, rencontre des difficultés à investiguer l'histoire personnelle et les motivations du patient (le médecin y parvenant néanmoins de façon limitée, par intuition par exemple ou au détour d'une question sur la santé ou encore de façon diluée dans le temps, à la faveur des rencontres répétées) et à refuser ou forcer ouvertement la prestation médicale demandée. Telle que décrite par Dominique Memmi, la configuration de ce gouvernement par autocontrôles présente des similitudes avec celle qui est prise par les interactions entre professionnel et usager dans le cadre des activités de régulation des risques dans un CAARUD (mais aussi et sans doute avec d'autres dispositifs de prévention spécialisés). Tous les deux doivent aussi, d'une certaine manière, s'autocontrôler. D'une part, l'usager, car il est censé maîtriser les « bonnes manières » d'utiliser les outils de consommation, anticiper les risques sanitaires qu'il encourt et, nous l'avons vu, verbaliser et justifier ses pratiques de consommation. D'autre part, le professionnel puisqu'il doit contenir son rôle d'incitateur au respect des règles de prévention. Il ne peut amener l'usager à dévoiler ses pratiques de consommation qu'après avoir gagné sa confiance. Il ne saurait décider

à tout moment de faire parler l'utilisateur sur ses consommations en raison de ses autres priorités institutionnelles (assistance aux usagers et construction d'une proximité) et parce qu'il cherche à éviter de renvoyer trop brutalement ce dernier à son statut de consommateur. Enfin, dans la mesure où il tente de maintenir un rapport symétrique et une bonne entente avec l'utilisateur, il ne pourra chercher à imposer le respect des règles de prévention – notamment en se montrant insistant –, sauf dans des conditions où cela lui est permis par un fort lien de proximité avec l'utilisateur.

De ce double attendu d'autocontrôle découle alors, dans notre cas aussi, une forme de gouvernement – dans ce cas de figure sur les modalités de mise en œuvre des normes de santé publique – aux usages 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. En somme, ce « gouvernement par autocontrôles » apparaît dans notre cas comme une forme de contrôle non autoritaire qui s'exerce par petites touches et de manière à la fois diffuse et régulière sur le corps. Si cette manière de normaliser les pratiques de consommation des usagers de drogues semble moins sophistiquée qu'une discipline passant par des moyens contraignants de surveillance et de dressage, celle-ci demeure néanmoins plus subtile en restant particulièrement difficile à repérer.

■■■ références

- Beck F., Peretti-Watel P.**, 2001. L'héroïne entre répression et réduction des risques : comment sont perçues les politiques publiques ?, *Sociétés contemporaines*, 41-42 (1), 133-158.
- Bergeron H.**, 1996. *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*, Paris, L'Harmattan.
- Bergeron H.**, 1999. *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.
- Bull M.**, 2008. *Governing the heroin trade: From treaties to treatment*, Aldershot, Ashgate.
- Cadet-Tairou A., Dambélé S.**, 2014. *Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT.
- Cadet-Tairou A., Saïd S.**, 2015. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012, *Tendances*, 98, 1-8.
- Campbell N.D., Shaw S.J.**, 2008. Incitements to discourse: Illicit Drugs, Harm Reduction and the Production of Ethnographic Subject, *Cultural Anthropology*, 23 (4), 688-717.
- Dartiguenave J.-Y.**, 2010. *Pour une sociologie du travail social*, Rennes, PUR.
- Díaz Gómez C., Milhet M.**, 2016. Les CAARUD en 2014. Couverture, publics et matériels de RdR distribués, *Tendances*, 113, 1-6.
- Foucault M.**, 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- Foucault M.**, 2004. *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Gallimard – Éd. du Seuil.
- Gaspar J.-F.**, 2012. *Tenir ! Les raisons d'être des travailleurs sociaux*, Paris, La Découverte.
- Goffman E.**, 1986. La condition de félicité – 1, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 64, 63-78.
- Grund J.-P.C.**, 1993. *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and determinants of self-regulation*, Rotterdam, Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- Jacob E.**, 1996. *Capter les usagers de drogues. Analyse des transformations des modes d'intervention en matière de toxicomanie au travers de l'expérience de quatre dispositifs d'accueil dits à « bas-seuil »*, Mémoire pour le D.E.A de l'Université de Paris VIII.
- Jauffret-Roustide M.**, 2004. *Les Drogues. Approche sociologique, économique et politique*, Paris, La Documentation française.

- Jauffret-Roustide M.**, 2009. Self-support for drug usagers in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship, *Health Sociology Review*, 18 (2), 159-162.
- Jauffret-Roustide M.**, 2011a. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française, *Alcoologie et Addictologie*, 30 (2), 101-110.
- Jauffret-Roustide M.**, 2011b. Les salles d'injection, à la croisée de la santé publique et de la sécurité publique, *Métropolitiques* [En ligne]. Mis en ligne le 16/03/2011 (consulté le 03/05/2018). URL : <http://www.metropolitiques.eu/Les-salles-de-consommation-de.html>
- Jauffret-Roustide M.**, 2016. Les salles de consommation à moindre risque : apprendre à vivre avec les drogues, *Esprit*, 429 (11), 115-123.
- Keane H.**, 2009. Foucault on methadone: Beyond biopower, *International Journal of Drug Policy* [En ligne], 20 (5), 450-452. Mis en ligne le 19/12/2008 (consulté le 03/05/2018). URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395908002053?via%3Dihub> ; DOI : <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.005>
- Lemercier E.**, 2015. La proximité en prévention spécialisée. Une symétrisation des rapports sociaux dans le travail social ?, in J.-P. Payet, A. Purenne (dir.), *Tous égaux ! Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, L'Harmattan, 105-120.
- Lévy-Vroelant C., Joubert M., Reinprecht Ch. (dir.)**, 2015. *Agir sur les vulnérabilités sociales. Les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge*, Saint-Denis, Presse universitaires de Vincennes.
- McLean K.**, 2013. Reducing risk, producing order: The surprisingly disciplinary world of needle exchange, *Contemporary Drug Problems*, 40 (3), 415-445.
- McLean K.**, 2015. From responsible users to recalcitrant dope fiends: Mapping modes of engagement with harm reduction, *Addiction Research & Theory*, 23 (6), 490-498.
- Memmi D.**, 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.
- Mendès-Leite R., Proth B.**, 2002. Pratiques discrètes entre hommes, *Ethnologie française*, 32 (1), 31-40.
- Moore D., Fraser S.**, 2006. Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications, *Social Science & Medicine*, 62 (12), 3035-3047.
- Namian D.**, 2012. *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindre*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Ouvray K.**, 2009. *Rester dépendant des institutions médicosociales. Destins socio-temporels sans perspective de travail*, Paris, L'Harmattan.

Ogien A., 1998. Grammaire de la drogue, in A. Ehrenberg (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Esprit, 143-169.

Perrin-Heredia P., 2011. Faire les comptes : normes comptables, normes sociales, *Genèses*, 84 (2), 69-92.

Quirion B., Bellerose C., 2007. Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et *empowerment*, *Sociologie et sociétés*, 30 (1), 29-50.

Ravon B., 2009. Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux, *Informations sociales*, 152 (2), 60-68.

Rhodes T., Watts L., Davies S., Martin A., Smith J., Clark D., Craine N., Lyson M., 2007. Risk, shame and the public injector: A qualitative study of drug injecting in South Wales, *Social Science & Medicine*, 65 (3), 572-585.

Small W., Kerr T., Charette J., Schechter M., Spittal P., 2006. Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation, *International Journal of Drug Policy*, 17 (2), 85-95.

Soulet M.-H., 1997. *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*, Fribourg, Éd. universitaires Fribourg.



Florent Schmitt est doctorant en sociologie. Cermes3 (UMR 8211), U-PSud, EHESS, Université Paris Descartes, CNRS, Inserm U988.

■ florent.schmitt@mailoo.org

Marie Jauffret-Roustide est chargée de recherche Inserm. Cermes3 (UMR 8211), EHESS, Université Paris Descartes, CNRS, Inserm U988.

■ marie.jauffretroustide@gmail.com

