HAL
open science

Les effets paradoxaux de la participation des usagers de drogues aux politiques de santé. Regards croisés sur la France et le Canada

Gwenola Le Naour, Anaïk Purenne

To cite this version:

Gwenola Le Naour, Anaïk Purenne. Les effets paradoxaux de la participation des usagers de drogues aux politiques de santé. Regards croisés sur la France et le Canada . Congrès de l'Association française de Science Politique, Jul 2017, Montpellier, France. hal-01775132

HAL Id: hal-01775132

https://hal.science/hal-01775132v1

Submitted on 24 Apr 2018

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.

Congrès AFSP Montpellier 2017

Section thématique 51 « Les publics précaires dans les associations : dynamiques politiques et rapport à l'action sociale », organisée par Charlotte Dolez et Florence Haegel

Gwenola Le Naour, Sciences Po Lyon, Triangle UMR 5206, Université de Lyon, gwenola.lenaour@orange.fr

Anaïk Purenne, UMR EVS 5600-ENTPE, Université de Lyon, anaik.purenne@entpe.fr

Les effets paradoxaux de la participation des usagers de drogues aux politiques de santé.

Regards croisés sur la France et le Canada

Introduction

La littérature scientifique a depuis longtemps prouvé que la participation à la vie politique était en général inversement proportionnelle aux ressources (économiques, sociales et culturelles) des individus. Des recherches récentes portant sur la politisation des publics défavorisés ont cependant observé que la faiblesse des ressources ne rimait pas nécessairement avec un désintérêt ni une absence de compétence pour la chose publique, dès lors que l'analyse ne s'intéresse pas aux seules formes traditionnelles (participation électorale, engagement partisan, etc.) de politisation (Braconnier, Mayer, 2015 ; Carrel, Kaya, Purenne, 2017 ; Hbila, 2014 ; Merklen, 2009). La politisation des « précaires » peut alors, à certaines conditions, les conduire à agir collectivement (Boumaza, Pierru, 2007 ; Chabanet *et al*., 2011 ; Mathieu, 1999). La littérature sur les mouvements sociaux a toutefois souligné certains écueils et effets pervers des mobilisations qui cherchent à rendre audibles les précaires. Leur genèse et leur développement reposent souvent sur l'engagement et les ressources de militants aguerris qui s'expriment au nom des premiers concernés (Mouchard, 2002 ; Péchu, 2004). Selon Xavier Dunezat, les précaires sont alors « mobilisés bien plus qu'ils ne se mobilisent » (Chabanet *et al*., 2011), au risque que ces registres d'*advocacy* ne redoublent en leur sein les rapports sociaux de domination qu'ils cherchaient à contester (Dunezat, 2009 ; 2011).

Le présent texte s'intéresse au cas singulier des associations d'usagers de drogues illicites. A la différence des associations reposant sur des logiques d'*advocacy* et/ou des logiques assistancielles, les groupes étudiés –aussi appelés associations d'auto-support- valorisent la mobilisation directe des premiers concernés, ainsi que l'expertise ou les savoirs « profanes » des consommateurs de substances psychoactives illégales. De telles mobilisations ont pu être vues comme d'autant plus improbables que ces derniers font l'objet de « dénis identitaires (…) plus souvent à l'origine de comportements auto-destructeurs (…) que porteurs de revendications politiquement structurées et collectivement organisées » (Boumaza, Pierru,

2007). L'une des spécificités de ces associations est pourtant d'avoir émergé à l'initiative de personnes se réclamant de la communauté des usagers de drogues. Des mouvements « par et pour » les consommateurs se sont ainsi constitués dans de nombreux pays occidentaux, certains d'entre eux perdurant plusieurs décennies après leur création. Leur émergence correspond à une situation de crise sanitaire liée à l'épidémie de sida. Alors que les intervenants en toxicomanie, formés dans les années 1970 et 1980, avaient développé des convictions et argumentaires fondés sur l'idée que les toxicomanes dépendants devaient être éloignés de leur milieu d'origine et devaient pouvoir développer une autre identité que celle stigmatisée de toxicomane, ces convictions ont été ébranlées par l'épidémie de sida et d'hépatite C (Bergeron, 1999 ; Coppel, 2002). Les usagers engagés dans les associations ont alors été progressivement admis, au sein d'instances locales et nationales, non seulement pour discuter des formes de prise en charge, mais aussi pour mettre en œuvre des programmes de prévention.

Ces associations offrent de la sorte un prisme particulièrement intéressant pour interroger le rapport au politique et à l'action publique de personnes socialement stigmatisées, ainsi que pour appréhender ses transformations dans la durée. Une partie des savoirs experts mobilisés par les premiers militants a été de fait progressivement incorporée, voire assimilée par les dispositifs d'action publique, parfois au détriment des objectifs initiaux qui présidaient à leur entrée en lutte, posant ainsi la question du statut de cette expertise issue de l'expérience : celle-ci peut-elle survivre au contexte de son émergence et, si oui, à quelles conditions ? Dans quelle mesure peut-on parler de pérennisation de la participation et de la politisation des « usagers » ? Les évolutions de « l'auto-support des usagers de drogues » permettent de formuler l'hypothèse d'une légitimation paradoxale de la participation des usagers à cette action publique. Les politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues (RDR) assignent en effet plusieurs rôles à ces « usagers » qui sont à la fois des experts, mais également des représentants d'un groupe bien difficile à dénommer et qualifier, s'agissant de personnes revendiquant au mieux une addiction, au pire une pratique délinquante. En érigeant certaines associations en partenaires à part entière de l'action publique et en assignant à leurs publics un rôle de représentant des usagers du système de soins, les réformes de santé publique les exposent par hypothèse à amoindrir leur portée politique à mesure qu'elles contribuent à leur professionnalisation.

Cette hypothèse est discutée à travers la mise en perspective de deux pays, la France et le Canada, qui se caractérisent par des modèles d'action publique et des traditions d'action collective fortement contrastés en matière de prise en charge de la toxicomanie[1]. La comparaison de cas très différents (Giraud, 2012) permet d'apprécier le degré de convergence ou de divergence des phénomènes à l'étude (soit le rapport au politique des associations d'usagers de drogues), dans un contexte d'internationalisation des modes de définition et de régulation de la consommation de drogues illicites.

[1] Le travail d'enquête repose sur des matériaux de première et de seconde main issus de la passation d'entretiens semi-directifs auprès d'une variété d'acteurs combinés à la collecte de nombreuses sources documentaires. Ces matériaux sont complétés dans le cas français par l'observation ethnographique de plusieurs associations réparties sur le territoire national. Il s'agit d'associations locales de réduction des risques et des dommages à Marseille et Lyon notamment, et d'une association nationale appelée Auto Support des Usagers de Drogues (ASUD). Ces associations sont plus ou moins composées d'anciens usagers, comme c'est également le cas du *Vancouver Area Network of Drug Users* (VANDU) étudié au Canada. Dans ce dernier cas d'étude, l'enquête, qui a débuté une quinzaine d'années après la période de forte mobilisation des usagers de drogues en faveur de l'ouverture d'un site d'injection supervisée, s'est davantage appuyée sur la collecte de sources écrites (rapports, témoignages d'usagers,…) complétée par des entretiens avec les principaux acteurs (représentants des usagers, professionnels de santé, acteurs municipaux, police…) ayant joué un rôle clé dans la genèse de cette nouvelle politique sanitaire.

S'agissant du Canada, les spécialistes s'accordent à souligner la prégnance historique d'un régime prohibitionniste qui s'est déployé au tout début du XXe siècle en réponse à la « démocratisation » de la consommation d'opium sur la côte Ouest et à l'action des ligues de tempérance nord-américaines (Carrier, 2013). La médicalisation s'y est ensuite, comme dans de nombreux pays, imposée avec force dans les années 1980-1990, donnant naissance à une politique dite de réduction des risques. « Cette politique s'inscrit dans le cadre de la 'nouvelle santé publique', un ensemble de discours et pratiques qui valorisent les capacités des individus à se prendre en charge. Renonçant à l'idéal d'éradication des toxiques illicites, cette approche propose de « vivre avec les drogues » tout en réduisant les risques sanitaires qui leurs sont associés » (Jauffret-Roustide, 2015). Au Canada, cette approche qui s'incarne dans des programmes d'échange de seringues mais aussi des salles d'injection supervisée s'inscrit dans un modèle gradualiste, qui articule des logiques de réduction des risques, de soin et de sevrage (Kellogg, 2003).

La France se caractérise par une approche très différente en matière de toxicomanie. Les pouvoirs publics ont longtemps résisté à l'adoption d'une telle politique de réduction des risques (Bergeron, 1999) et sa mise en œuvre connaît une trajectoire chaotique. En effet, à partir de 2005, la réduction des risques subit des évolutions paradoxales. Désormais inscrite dans le Code de la santé publique, elle bénéficie d'une reconnaissance juridique et financière à l'échelle nationale. La criminalisation de la consommation s'est pourtant durcie en parallèle, à mesure que les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) devenaient un indicateur du travail policier[2]. Après une politique de promotion de l'approche de réduction des risques incarnée par Nicole Maestracci (présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie –MILDT- de 1998 à 2002[3]), priorité est donnée à la lutte contre toutes les drogues et à la réaffirmation - sous la présidence d'Etienne Apaire (2007 à 2012) - de l'interdiction de l'usage simple de stupéfiants[4], cantonnant la réduction des risques à la politique de prévention et de soins (Le Naour, 2010).

Un second contraste entre ces deux pays tient à la place et aux formes de l'action collective. Au Canada, des mouvements d'usagers ont émergé dans le prolongement du mouvement d'émancipation des malades qui s'est développé, dès les années 1970, en Amérique du Nord. Ces groupes se sont en particulier développés sur la côte Ouest, en particulier dans la ville de Vancouver qui est l'une des scènes les plus actives dans la consommation de drogues et dans la lutte contre le sida. Ils privilégient des répertoires d'action radicaux inspirés du *community organizing*[5] et se placent sur un registre d'interpellation des pouvoirs publics en vue de réclamer une transformation de l'action publique et des formes d'intervention socio sanitaire innovantes. En France, les associations d'auto-support se sont davantage attachées, comme on le verra dans

[2] En 2008, les ILS connaissent une forte augmentation en France (+31 % par rapport à 2007). En valeur absolue, cela équivaut à 150 000 interpellations. Pour se faire une idée plus précise de l'ampleur de l'augmentation : en 1995, l'OCTRIS recensait 52 112 ILS. Le chiffre a donc été multiplié par trois. En 2008, 90 % des cas concernent des usagers de cannabis. 10 % des interpellations concernent d'autres substances que le cannabis, ce qui représente 14 800 interpellations (Chiffres OCTRIS). Des études menées aux Etats-Unis prouvent que la présence policière nuit aux mesures réduction des risques (Werb et *alii*, 2008 ; Cooper et *alii*, 2005 ; Friedman et *alii*, 2006).

[3] Sur ce point, voir le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, ainsi que la campagne « Savoir Plus, Risquer Moins ».

[4] Cf. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies*, 2008-2011.

[5] Cette expression désigne des formes d'action collective contestataires valorisant la mobilisation et l'expression directe des habitants de quartiers défavorisés dans le cadre de campagnes visant à obtenir des avancées concrètes en termes de conditions de vie à travers l'instauration d'un rapport de force avec l'Etat (Balazard, 2012, 2015 ; Talpin, 2016)

la première partie de ce texte, à faire reconnaître l'expertise des usagers de drogues dans la mise en œuvre des programmes sanitaires.

En dépit de ces différences, des dilemmes très proches se posent pourtant aux associations et à leurs membres, une fois leur rôle reconnu dans l'action publique. Dans ces deux contextes, cette communication prouve en effet les ambiguïtés de la participation des usagers de drogues aux associations et à l'action publique. La première partie de ce texte revient sur les évolutions parallèles du positionnement des représentants des usagers de drogues au sein des politiques de réduction des risques à Vancouver et dans plusieurs villes françaises. La seconde partie analyse les tensions convergentes qui se font jour entre la figure de l'expert et celle du représentant au sein de la politique de santé, tout en soulignant une diversité de réponses face à ces tensions.

1. De la participation à la représentation

1.1 Un air du temps propice à la participation

Dans les pays occidentaux, l'ampleur de l'épidémie de sida a favorisé, on le sait, une critique de la médecine instituée (Dodier, 2003), sous la pression de mobilisations de malades aux formes et aux raisons d'agir diversifiées. Au cours des années 1990, des individus aux trajectoires marquées par différentes formes d'engagement fondent ainsi, dans différents pays, des associations locales qu'ils qualifient de groupes d'auto–support ou de santé communautaire. En France comme au Canada, la spécificité de ces associations est d'avoir été fondées soit par des individus se réclamant de la « communauté » des usagers de drogues, soit par des travailleurs médico-sociaux souhaitant leur implication active dans le développement des actions.

S'agissant de la France, la création de ces nouvelles associations est inspirée par la conviction que les usagers de drogues peuvent et doivent participer à l'action publique et notamment à la prévention des conduites à risques. Les notions d'éducation par les pairs et d'aller vers (traduction littérale d'*outreach* qui désigne des formes d'intervention développées dans des pays anglo-saxons) sont fréquemment employées par les différents fondateurs pour expliquer l'intérêt des structures nouvelles qui voient le jour en France. L'*outreach* repose sur l'idée qu'il convient de ne pas attendre que les toxicomanes se présentent d'eux-mêmes dans les structures de soins, et pose le principe d' « aller vers », c'est-à-dire aller à leur rencontre et les aider à se maintenir en bonne santé. L'éducation par les pairs postule que les usagers ou ex-usagers sont les plus à même d'avoir un discours adapté et de favoriser l'apprentissage de nouvelles pratiques.

Peu conceptualisées en France au moment de leur émergence, ces formes d'intervention reposent sur des savoirs longtemps non utilisés par les professionnels du soin aux toxicomanes (Coppel, 2002). En effet, les savoirs mis en avant ne reposent pas sur des formations diplômantes et qualifiantes, mais sur des compétences acquises, issues de l'expérience (*life skills*). Les usagers qui s'impliquent dans les actions de RDR font valoir une bonne connaissance du terrain (des lieux que fréquentent les usagers, de leur circulation dans la ville) et une capacité à transmettre de bonnes pratiques d'injection (pratiques apprises durant leur « carrière »[6] de toxicomanes). Ces connaissances croisent les préoccupations des professionnels de la santé et

[6] Par « carrière », nous entendons à la fois les pratiques apprises via la consommation de drogues mais également via la fréquentation du système de soins. Les usagers militants des groupes d'auto-support et de santé communautaire ont tous assidûment fréquenté le système de soins (spécialisé et de droit commun).

notamment des institutions engagées dans le développement d'une politique de RDR en France (Le Naour, 2005).

Au Canada, les compétences des usagers sont également fortement valorisées par des autorités publiques à la recherche de dispositifs permettant de protéger la santé des utilisateurs de drogues (Raoulx, 2002). Une place importante est ainsi accordée à la participation des usagers, faisant écho au principe dit d'« implication accrue des personnes vivant avec le VIH/sida » officiellement endossé au milieu des années 1990 par une quarantaine de pays, dont le Canada. Comme en France, c'est principalement au titre de ces activités d'*outreach* et de pair-aidance que les pouvoirs publics vont soutenir le développement de groupes d'auto-support comme le *Vancouver Area Network of Drug Users* (VANDU) dans le quartier du *Downtown Eastside*[7]. VANDU utilisera toutefois ce cadre pour convaincre les usagers de drogues de la nécessité de s'engager dans des actions protestataires. Conformément aux principes de l'éducation populaire et de la théologie de la libération dont ils se revendiquent, les usagers de drogues qui se mobilisent aux côtés de militants locaux formés au *community organizing* visent en effet à mettre en place des actions collectives pour faire face aux problèmes identifiés par leurs pairs (en particulier les risques sanitaires, la criminalisation, la misère et un manque de pouvoir).

Au fur et à mesure de ces campagnes, les usagers mobilisés se transforment en *leaders* (aussi appelés « *facilitators* ») de la communauté des usagers de drogues, capables d'enrôler leurs pairs dans la défense de leurs droits fondamentaux. C'est ce travail conjoint de mobilisation et de formation de *leaders* impulsé de concert par des activistes locaux et par un groupe d'usagers « conscientisés » qui fournira la base du *Vancouver Area Network of Drug Users* (VANDU), un groupe qui comptera au milieu des années 2000 près de 1500 membres[8]. En 1998, l'octroi de subventions publiques par des autorités de santé en quête de relais pour développer des programmes de prévention en direction des personnes les plus exposées à l'épidémie de sida permet à VANDU de recruter comme coordinatrice l'une des activistes–infirmière de formation- et de louer un local, sous l'égide d'un conseil d'administration nouvellement formé. Ce conseil est composé d'un président, d'un vice-président et d'une vingtaine de « directeurs ». Elus pour un mandat d'une année, les membres de cet exécutif se réunissent chaque semaine pour débattre des actions et programmes à mettre en place. Seuls les usagers de drogues sont admis comme membres de plein droit, la coordinatrice et les non-usagers (parents, amis, etc.) alliés de VANDU participant sans droit de vote. Outre leur rôle de pilotage, les membres de l'exécutif s'impliquent également aux côtés de plusieurs centaines de pairs bénévoles dans la mise en œuvre des programmes de sensibilisation et d'autosupport financés par les services de santé (par exemple : distribution de matériel d'injection, ramassage des seringues usagées), ainsi que dans un intense travail de dénonciation de l'approche prohibitionniste dominante, au profit d'une approche inspirée des politiques de réduction des risques (Kerr *et al*., 2001).

S'ils interviennent sur un registre plus ouvertement contestataire que les associations locales étudiées en France, les usagers engagés n'en font pas moins valoir, au Canada comme en France, une expertise utile qui peut être considérée comme contributive : il s'agit d'un apport de connaissances sur les lieux de la ville et les circulations des usagers de drogues. Ils prétendent non seulement connaître les modes de vie des usagers, mais également les représenter. Cette distinction entre d'un côté une capacité à faire valoir une expertise utile et de l'autre une capacité

[7] Ce quartier de Vancouver qui compte parmi les plus pauvres du pays est décrit par le géographe français Benoît Raoulx comme un espace où les « institutions (aide sociale, police, prison...), associations caritatives et activités illégales s'imbriquent [...] créant un amalgame associant répression, assistance et tolérance » (Raoulx, 1999, p. 353).

[8] Aucun chiffre n'est à notre connaissance disponible pour les années ultérieures.

de représentation renvoie à des questions classiques de la sociologie de l'action collective et plus particulièrement de la sociologie des groupes d'intérêt (Offerlé, 1998; Hassenteufel, 1995).

1.2 Quand les usagers se transforment en experts de la réduction des risques

Cette capacité de représentation des intérêts, promue au sein de l'action publique, conduit à repérer un point d'achoppement entre sociologie de l'expertise et sociologie des groupes d'intérêt que ni la notion d'expertise profane, ni celle d'*expertise based on experience* (Collins et Evans, 2007) ne résout. La position d'expert requiert deux qualités : neutralité et universalité (Robert, 2008). Or les groupes d'intérêt, s'ils peuvent prétendre à l'universalité, ne revendiquent pas la neutralité. Ils revendiquent plutôt la défense d'une cause et bien souvent d'un public. C'est le cas des usagers de drogues et des groupes dans lesquels ils se sont engagés.

Pour autant, cette conception de l'expertise neutre et universelle semble s'imposer aux participants à l'action publique, et ce même si cette posture n'est pas explicitement assumée. L'expertise se double de fréquentes interactions entre usagers et professionnels du secteur sanitaire. Ceci conduit nettement les usagers recrutés à délaisser l'entreprise de représentation au profit d'une capacité à être des relais efficaces de l'action publique et à faire modifier les pratiques à risques, voire à faire accéder des usagers exclus du système de soins. La capacité d'expertise fonctionne alors essentiellement comme agent de socialisation pour des groupes souhaitant participer à l'action publique (Trepos, 1996 ; Robert, 2008). Sans entrer dans les détails des trajectoires des différents usagers rencontrés en France et s'étant fortement investis dans la mise en œuvre de nouvelles méthodes de régulation de l'usage de drogues, celles-ci présentent des similitudes fortes. Ils sont tous de fins connaisseurs de l'organisation du système de soins (notamment en tant qu'usagers) et capables de développer un argumentaire réclamant le développement d'autres modes de prise en charge. Tous se font remarquer localement avant même la mise en place d'une politique de RDR. Ces usagers sont donc dotés de compétences particulières qui font d'eux des usagers extraordinaires ; compétences qui croisent les préoccupations des pouvoirs publics et d'une partie des autres associations mobilisées.

En participant à l'action publique, ils entretiennent et développent des compétences[9] qui font alors expertise en devenant savoirs utiles pour l'action. Leur expérience du système de soins, de l'usage de drogues et de la stigmatisation qui lui est généralement associée leur permet de détenir une bonne connaissance de l'organisation de la prise en charge des usagers de drogues et de ses lacunes. A Marseille, par exemple, leur prise de parole et la mobilisation de soutiens donneront naissance au début des années 1990 à des associations composées en grande partie d'individus ayant consommé ou consommant des drogues illicites – telles ASUD Mars Say Yeah, Le Tipi, ou Aides[10]. Elles se présentent comme des relais efficaces entre usagers et structures de soins et leurs membres et se comportent comme des experts de la réduction des risques et des quartiers sur lesquels ils interviennent, au risque de les amener à nuancer, voire à censurer leur discours sur la question de l'usage de drogues et de sa tolérance possible. Une forme relativement nette de dépolitisation de la participation des usagers est ainsi observable en France et, ce même si ces derniers n'ont pas investi ouvertement le registre protestataire observable à Vancouver. Tout se passe comme si leur transformation en expert reconnu les

[9] Sur la notion de compétence en général, nous renvoyons notamment aux travaux de Bernard Lepetit (Lepetit, 1995 : 20) et des compétences des « citadins vulnérables » en particulier à ceux de Florence Bouillon (Bouillon, 2007: 444-450).

[10] Pour plus de précisions sur ces associations et leurs pratiques, nous nous permettons de renvoyer à l'un de nos ouvrages (Le Naour, 2010).

obligeait à entrer dans le moule de l'expertise institutionnalisée qui postule neutralité, universalité et apolitisme.

Au Canada, un dilemme similaire se manifeste dès lors que l'action publique se transforme sous l'effet conjugué des mobilisations d'usagers et de la situation d'urgence sanitaire liée à l'épidémie de sida, légitimant aux yeux des acteurs publics l'impératif de protéger la santé des consommateurs, à travers des dispositifs de réduction des risques co-construits avec ces derniers. L'un des projets phares de la nouvelle approche se concrétise en 2003 avec l'ouverture d'une salle d'injection sous supervision médicale permettant d'aider les consommateurs de drogue à exercer un contrôle accru sur leur santé. La mise en œuvre de ce projet fait appel de plusieurs manières à l'engagement et à la participation des usagers et des groupes mobilisés.

Porté par l'agence sanitaire, ce projet, baptisé *Insite,* suscite tout d'abord de vives controverses et se heurte à l'hostilité des associations locales de résidents et de commerçants qui craignent une aggravation des désordres et des nuisances à proximité du *Downtown Eastside* où la salle serait implantée. C'est dans ce cadre que les associations et les usagers ont été amenés à se mobiliser pour soutenir les pouvoirs publics. Le chef de projet de la régie de santé a adopté ce qu'il appelle *« une stratégie basée sur l'émotionnel et l'humanisation, pour contrer la panique morale par une approche plus humaine. VANDU et Portland Hotel Society* [un important groupe communautaire local qui a participé aux campagnes de promotion de la réduction des risques] *ont beaucoup aidé pour ça. Ils ont collecté des photos de toxicomanes prises quand ils étaient enfants pour faire passer le message : avant d'être toxicomanes, c'était des enfants comme vous et moi. (…) On a beaucoup bénéficié du fait qu'ils étaient capables de bloquer les rues, d'organiser des événements »* (entretien, juillet 2013).

Dans un second temps, les usagers ont été invités à mettre leurs compétences au service des futurs utilisateurs du lieu. Comme en France, l'une des raisons qui conduira à associer étroitement les usagers à la concrétisation du projet réside dans leur expertise des besoins des consommateurs de drogues et dans leur capacité à jouer un rôle de *go between* entre ceux-ci et les services de santé, à travers un dispositif de travailleurs-pairs chargés de rendre le nouveau service plus accueillant (par exemple, gestion d'un espace de convivialité au sein d'*Insite*, où les usagers peuvent discuter autour d'un café). Plusieurs centaines de membres de VANDU seront ainsi recrutés pour siéger dans divers comités et conseils d'administration, ou encore comme travailleurs-pairs au sein d'*Insite* et d'autres programmes de soins (Osborn, Small, 2006). En retour, les groupes et les personnes qui se sont impliquées, ont progressivement abandonné leur rôle de représentant et de défense de ces personnes au profit d'un rôle de cogestion de services sous l'autorité des services de santé.

La mise en œuvre d'une approche de réduction des risques à Vancouver, et dans différentes villes françaises, a ainsi entraîné dans son sillage un développement tous azimuts de la participation, envisagée comme un levier efficace d'un point de vue gestionnaire pour réduire les risques associés à la consommation de drogues et faire obstacle à l'épidémie de sida. 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. Cette neutralisation des savoirs des usagers, voire leur « policisation » pour reprendre une expression utilisée par Nicolas Fortané pour décrire l'incorporation de savoirs ou de sciences à l'action publique (*policy)* (Fortané, 2011), est redoublée par des tensions récurrentes entre l'identité d'usager et l'identité d'expert.

2. Expert, usager ou représentant au sein de la politique de santé, les dilemmes de l'usager-expert

Si les usagers de drogues connaissent des réussites individuelles au sein de l'action publique, la plupart livre un constat d'échec concernant leur volonté de représenter les usagers et en particulier leur volonté de créer des groupes de pairs susceptibles d'asseoir leur capacité de représentation au sein de l'action publique. A Marseille par exemple, ce constat d'échec s'appuie notamment sur la difficulté ressentie par la plupart des associations à faire exister des ateliers fondés sur la libre expression des usagers. L'auto-support et le rôle des « usagers de drogues » dans la politique de soins ont par ailleurs fait l'objet de nombreux débats en France aussi bien à l'échelle locale que nationale. Le bienfondé de la participation d'usagers de drogues est régulièrement remis en cause depuis les années 2000. S'agissant du Canada, la légitimité d'une telle participation semble davantage acquise et se développe d'ailleurs dans différentes villes du pays, mais cette légitimité repose en large part sur l'adhésion des associations d'usagers à un modèle gradualiste promu par les autorités, qui ne coïncide pas nécessairement avec les raisons initiales de leur engagement. Les soutiens financiers des pouvoirs publics tendent de surcroît à se raréfier. En effet, le contexte qui a permis leur émergence au début des années 1990, est celui d'une épidémie de sida galopante (Dodier, 2003). Les années 2000 seront quant à elles marquées par une normalisation de l'épidémie de sida (Setbon, 2000) et une médicalisation de la prise en charge de l'usage de drogues (que l'on retrouve dans l'avènement de l'addictologie, Fortané, 2011), à laquelle s'ajoute, dans le cas de la France, un durcissement de l'arsenal répressif.

2.1 ASUD et les ambiguïtés de la représentation

En France, les modalités de la participation des usagers de drogues à la politique de prévention et de soins, ainsi que son principe, continuent de diviser à la fois les usagers eux-mêmes (Jauffret-Roustide, 2010) et les pouvoirs publics, notamment les tenants d'une orientation visant l'abstinence. C'est dans ce contexte qu'en 2007, l'association ASUD est « *agréée au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique* »[11]. Cet agrément vient de la loi du 4 mars 2002 relative à la représentation des personnes malades et des usagers du système de santé[12], destinée à améliorer la qualité du soin. La loi permet de représenter les usagers du système de santé dans les instances et établissements de santé publique, notamment : les Centres hospitaliers universitaires (CHU), les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et Centres de soins et d'accompagnement en addictologie (CSAPA), les Centres d'addictologie, les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD). Elle leur permet également de se porter partie civile en cas de défaillances de ces établissements.

Cette reconnaissance de la capacité à représenter les usagers du système de soins a suscité de vives inquiétudes chez les sympathisants de cette association. Par cet agrément, ASUD et ses antennes locales deviennent habilités à représenter des usagers du système de santé, usagers du système de santé qui sont bien souvent considérés comme des « malades ». Or user de la catégorie de malades pour désigner les usagers de drogues pose de nombreux problèmes constitutifs de l'histoire de leur participation à l'action publique.

[11] *Journal Officiel* n° 285, 8 décembre 2007.
[12] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'histoire de la lutte contre le sida est traversée par de longs débats autour des catégories « victimes » et « malades » et de leur emploi pour désigner les séropositifs et les malades du sida. La responsabilité est au cœur de ce débat autour des victimes et des malades. Au fond, à qui incombe la responsabilité de cette épidémie ? La notion de victime, au sein de la lutte contre le sida, désigne la faute de l'État, et notamment la non application du principe de précaution. La notion de malade désigne quant à elle une irresponsabilité : les personnes atteintes du sida ne sont pas responsables de leur maladie et ce quel que soit le mode de contamination. Il s'agissait pour les militants de la lutte contre le sida d'empêcher une distinction entre bons et mauvais malades, c'est-à-dire entre d'innocentes victimes (comme les hémophiles contaminés par des lots sanguins, acte involontaire) et des individus contaminés durant un rapport sexuel non protégé ou par l'usage de drogues (acte volontaire) (Le Naour, Musso, 2009). Désigner les usagers de drogues comme des malades interroge toutefois leur capacité à user de leur responsabilité individuelle et à revendiquer le droit à la consommation de stupéfiants.

Il existe de la sorte une ambiguïté autour de la représentation assurée par des associations comme ASUD. Représentent-ils les usagers de drogues (appellation comprise dans le nom d'ASUD notamment) ou les usagers du système de soins ? L'agrément obtenu par ASUD National et la législation prohibant les stupéfiants assignent clairement à ASUD une étiquette d'associations d'usagers du système de soins. Après l'obtention de l'agrément, les observateurs et les membres d'ASUD se sont interrogés sur cette catégorisation d'« usagers du système de santé » et sur l'étiquette de « malades » qui lui est implicitement associée. La question principale est résumée ainsi : sont-ils des « malades de la drogue » ? La réponse est négative pour une partie des consommateurs de stupéfiants. Les militants de l'auto-support ont argumenté autour de la responsabilité des toxicomanes dans la consommation de stupéfiants assortie d'une capacité à se protéger des maladies infectieuses comme le sida ou l'hépatite C. Pierre Chappard, président d'ASUD, dans une tribune du 23 décembre 2008 affirme : « *Depuis un an, nous essayons de digérer ce nouveau statut (…). "Association de patients, est ce que ça veut dire que vous êtes des malades de la drogue". "Et que deviennent vos revendications sur l'usage de drogue, sur la liberté de consommer, sur la dépénalisation, sur la citoyenneté de l'usager de drogues ? Est-on malade de la drogue ?" Cette loi du 4 janvier 2004 s'adresse aux malades ET aux usagers du système de soins. Ces derniers peuvent être des personnes en maison de retraite, des femmes enceintes... ou des usagers de drogues ! Rien à voir donc avec des malades* »[13].

L'étiquette de « malades de la drogue » est donc rejetée. Il s'agit de représenter les usagers de drogues dans leur ensemble et de maintenir une lutte politique contre la criminalisation de la consommation de stupéfiants, d'accepter de devenir une « association de patients » tout en conservant la dénomination d'« usagers de drogues » et le combat politique que la proclamation de cette identité implique.

2.2 VANDU ou la voie des contre-publics subalternes

A Vancouver également, cette question de la dépolitisation de la lutte constitue l'un des sujets qui divise le mouvement des usagers de drogues. L'enrôlement de membres de VANDU dans les dispositifs participatifs et les programmes d'entraide entre pairs provoque au début des années 2000 une véritable hémorragie de « forces vives » et ouvre sur une crise interne. Un certain nombre d'usagers qui font partie de l'association souhaitent en effet résister à la « digestion » de la critique sociale par l'action publique et font par ailleurs le constat de changements d'une portée trop limitée pour répondre à la gravité de la situation sanitaire. VANDU va alors, à l'instar d'autres mouvements de lutte contre le sida, investir plus avant le registre de l'activisme et notamment de l'activisme scientifique pour réclamer une

[13] « Asud, une association de malades de la drogue », Pierre Chappard, 23 décembre 2008, http://www.asud.org/qui_sommes_nous/article-39-asud-malade-drogue.html, page consultée le 3 mai 2010.

généralisation des programmes de réduction des risques, permettant de tenir compte de la diversité des modes de consommation et des facteurs de risques. L'originalité de la stratégie adoptée tient au fait d'utiliser les objectivations scientifiques pour mesurer les effets de modes d'intervention sanitaire non autorisés (Purenne, 2016).

Une partie des usagers les plus mobilisés au sein de VANDU va ainsi opter pour une démarche d'autoréalisation des droits et libertés revendiqués à travers leurs luttes. Ils vont développer dans cette perspective leurs propres programmes de distribution de seringues autogérés et des actions de sensibilisation aux dangers de certaines pratiques ou produits en circulation. Ils vont également ouvrir des sites d'injection et d'inhalation illégaux gérés par des pairs[14], s'attachant à répondre à ces « besoins humains illégitimes » en agissant en dehors de la légalité sur le mode de l'institution bâtarde (Hughes, 2009).

L'un des enjeux du maintien de ces pratiques de désobéissance civile renvoie à la volonté des membres de VANDU de compléter une « offre légitime » de programmes de réduction des risques quantitativement et qualitativement insuffisante. En effet, comme l'indique ce cadre de l'agence de santé, *« mon souci aujourd'hui* [avec Insite]*, c'est un problème de capacité. On espérait 200 personnes par jour et on en a en moyenne 1.100 par jour, dont 600 visites pour la salle d'injection* » (Entretien juillet 2023, Vancouver). Tourné vers seuls usagers de drogues par voie intraveineuse, le dispositif légal exclut de surcroit une partie des usagers les plus défavorisés qui se sont tournés vers un produit bon marché, le crack ou *crack cocaine,* dont l'usage s'est fortement répandu depuis le milieu des années 1980. En proposant des lieux d'inhalation de crack, VANDU permet d'aller vers ces usagers vulnérables, mais aussi vers les femmes consommatrices exposées au risque d'exploitation sexuelle par les vendeurs installés aux abords d'*Insite*. Les règles en vigueur dans ces sites illégaux favorisent également un soutien actif à l'injection, répondant ainsi à un large éventail de besoins des usagers (par exemple : aider les personnes souffrant de handicaps ou manquant de savoir-faire à s'injecter, une pratique illégale au Canada).

S'écartant des aspirations de participation à l'action publique poursuivies par d'autres associations locales, il s'agit parallèlement d'incarner un contre-public subalterne[15]. Refusant de perdre sa force critique en se transformant en fournisseur « légitime » de services ou en partenaire de la puissance publique, un organisme comme VANDU s'attache en effet à répondre aux besoins variés des usagers et à diffuser dans l'espace public un « contre-discours » objectivant la demande des usagers « réels » et la nécessité de tenir compte de la diversité des modes de consommation et des facteurs de risques. C'est par la combinaison de ces illégalismes avec des logiques protestataires que peut alors émerger une « expertise instituante », au sens de pratiques « où s'articulent l'émergence d'un savoir spécifique, l'autonomisation d'un problème social et l'expérimentation d'un droit nouveau » (Castel, 1985, p. 89).

[14] Ces pratiques sont cependant mises en cause par le milieu professionnel et les autorités de santé, amenant à la fermeture de ces sites fixes fin 2013 sur injonction de l'Agence fédérale de santé. Suite à cette interdiction, un bus a alors été équipé par des membres de VANDU pour accueillir les usagers de drogues et leur offrir un lieu et une assistance pour l'injection.

[15] Pour Nancy Fraser, les contre-publics subalternes sont « des arènes discursives parallèles dans lesquelles les membres des groupes sociaux subordonnés élaborent et diffusent des contre-discours, ce qui leur permet de fournir leur propre interprétation de leurs identités, de leurs intérêts et de leurs besoins » (Fraser, 2005 : p. 126)

Conclusion

La participation active des usagers de drogues illégales aux actions les concernant produit de la sorte une influence paradoxale sur leurs trajectoires. En effet, elle contribue d'un côté à les professionnaliser et à les transformer en acteurs engagés dans la production de l'action publique, tout en les exposant à s'enfermer de l'autre 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 discours promu par les politiques dites de réduction des risques et leurs militants contribue par ailleurs à exclure de fait une partie des consommateurs, au risque d'alimenter alors la la stigmatisation des usagers les plus marginalisés. Ces discours véhiculent en effet l'image « idéale » d'un usager de drogues capable de maîtriser sa consommation et de se protéger des risques qui lui sont associés. Or cette image idéalisée vient achopper sur les difficultés des usagers « réels » qui fréquentent (ou pas) les dispositifs d'accueil, souvent très précaires, qui ne s'y reconnaissent pas toujours et n'ont parfois ni la capacité de maîtriser leurs consommations, ni les moyens de se prémunir des risques. Dans le cas français, les riverains de ces lieux d'accueil considèrent de surcroît que ces individus sont maintenus dans un état de dépendance et ne manifestent pas une « envie de s'en sortir », à rebours de la conception d'un individu responsable et capable de gouverner sa conduite. Outre la stigmatisation des « mauvais » usagers qui fréquentent ces structures, leurs discours peuvent parfois parvenir à délégitimer les actions entreprises et conduire à leur déplacement ou leur arrêt (Le Naour, 2010). On observe parallèlement un processus de décrochage entre les « vieux militants » survivants des épidémies de sida et des hépatites et les publics accueillis au sein des structures de soins qui sont particulièrement précaires, faiblement politisés et représentés et qui, partant, demeurent inaudibles[16].

A Vancouver où s'est ouverte en 2003 *Insite*, la première salle légale d'injection supervisée d'Amérique du Nord, ce type de dispositifs fait davantage partie du paysage institutionnel, mais cette légitimité repose comme on l'a vu sur leur inscription dans un modèle gradualiste valorisant une sorte de parcours idéal allant de la réduction des risques, en passant par les soins pour aboutir à l'abstinence. Ce faisant, le « bon » usager est celui qui manifeste l'envie ou la capacité de s'orienter vers des soins de sevrage, alors que les associations qui avaient milité en faveur de l'ouverture d'*Insite* défendaient la déstigmatisation de la consommation de substances psychoactives. Rendre audible la voix des autres usagers suppose alors le recours aux illégalismes.

[16] Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 70 000 usagers de drogues fréquentent ces centres. Parmi eux, 27 % ne disposent d'aucun revenu, vivant de mendicité, de prostitution ou de petit deal et 57 % d'un revenu social uniquement : François Beck (dir.), *Drogues, Chiffres clés, 6ème édition*, OFDT, Juin 2015, consultable en ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf

Bibliographie

Balazard H., 2012, *Quand la société civile s'organise : l'expérience démocratique de London Citizens*, thèse de science politique, IEP de Lyon.

Balazard H., 2015, *Agir en démocratie*, Ivry-sur-Seine, Editions de l'Atelier.

Bergeron Henri, 1999, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.

Bouillon Florence, 2007, *Les mondes du squat. Productions d'un habitat illégal et compétences des citadins disqualifiés*, thèse d'anthropologie, sous la direction de Michel Agier, Marseille, SHADYC-EHESS.

Boumaza Magali, Pierru Emmanuel, 2007, « Des mouvements de précaires à l'unification d'une cause », *Sociétés contemporaines*, 65 (1), p. 7-25.

Braconnier Céline Mayer Nonna, 2015, *Les inaudibles. Sociologie politique des précaires*, Paris, Presses de Sciences Po.

Buton François, « sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, 55 (5-6), 2005, p.787-810.

Carrel Marion, Kaya Sümbül, Purenne Anaïk, 2017, « L'expérience de la discrimination, frein ou support de citoyenneté dans les quartiers populaires ? Une perspective comparée France-Québec, communication pour le Congrès de l'Association Française de Science Politique, Montpellier 2017, juillet

Carrier Nicolas, 2013, « De la problématisation des usages et usagers de drogues illicites », in Otero Marcelo et Roy Shirley (dir.), *Qu'est ce qu'un problème social aujourd'hui ? Repenser la non-conformité*, St-Foy, PUQ, p. 249-277

Chabanet D., Dufour P., Royall F. (dir.), 2011, *Les mobilisations sociales à l'heure du précariat*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Collins Harry M., Evans Robert, 2007, *Rethinking Expertise*, Chicago, The University of Chicago Press.

Cooper Hannah, Moore Lisa, Gruskin Sofia, Krieger Nancy, 2005, « The impact of a police drug crackdown on drug injectors'ability to practice harm reduction: a qualitative study°», *Social Science & Medicine*, 61 (3), p. 673-684.

Coppel Anne, 2002, *Peut-on civiliser les drogues. De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.

Dodier Nicolas, 2003, *Histoire politique de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS.

Dunezat Xavier, 2009, « Organisation du travail militant, luttes internes et dynamiques identitaires : le cas des "mouvements de chômeurs" », in SURDEZ Muriel, VOEGTLI Michaël, VOUTAT Bernard (dir.), *Identifier – s'identifier*, Lausanne, Antipodes.

Dunezat Xavier, 2011, « Mouvements de “sans”, rapports sociaux et “exclusion sociale”. L’introuvable groupe mobilisé », in Chabanet D., Dufour P., Royall F. (dir.), *Les mobilisations sociales à l’heure du précariat*, Rennes, Presses de l’EHESP.

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.

Friedmann Samuel R., Cooper Hannah L.F., Tempalski Barbara, Keem Maria, Friedmann Risa, Flom Peter L., Des Jarlais Don C., 2006, « Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas », *Aids*, 20, p. 93-99.

Giraud Olivier, 2012, « Les défis de la comparaison à l’âge de la globalisation : pour une approche centrée sur les cas les plus différents inspirée de Clifford Geertz », *Critique internationale*, 57(4), p. 89-110.

Hassenteufel Patrick, 1995, « Les groupes d'intérêt dans l'action publique : l'Etat en interaction », *Pouvoirs*, n°74, p.155-167.

Hbila Chafik, 2014, « La participation des jeunes des quartiers populaires : un engagement autre malgré des freins », *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 14, URL : http://sejed.revues.org/7608

Hughes Everett C., 1996, *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l’EHESS.

Jauffret-Roustide Marie, 2010, « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrées sur le rétablissement, la gestion des émotions et l’entre-soi communautaire », *Pensée Plurielle*, 23, p. 93-108.

Jauffret-Roustide Marie, 2015, « Les salles de consommation à moindre risque. De l’épidémiologie à la politique », *La Vie des idées*, URL : http://www.laviedesidees.fr/Les-salles-de-consommation-a-moindre-risque.html

Kellogg SH., 2003, “On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, p. 241-7.

Kerr *et al*., *Responding to an Emergency: Education, Advocacy and Community Care by a Peer-driven Organization of Drug Users*, Rapport pour Health Canada, 2001.

Le Naour Gwenola, 2005, « Entrer dans l'action publique en la contestant : quand la cause des usagers de drogues devient soluble dans la politique marseillaise de lutte contre le sida et la toxicomanie », *Politix*, vol. 18, n°70, p. 9-28.

Le Naour Gwenola, 2010, *Drogues, sida et action publique. Une très discrète politique de réduction des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Le Naour Gwenola, Musso Sandrine, 2009, « Malades, victimes ou coupables ? Les dilemmes de la lutte contre le sida » in LEFRANC Sandrine, MATHIEU Lilian (dir.), *Mobilisations de victimes*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 165-179.

Lepetit Bernard, 1995, *Les Formes de l'expérience. Une autre histoire sociale*, Paris, Albin Michel.

Mathieu Lilian, 1999, « Une mobilisation improbable : l'occupation de l'église Saint-Nizier par les prostituées lyonnaises », Revue française de sociologie, 40-3. pp. 475-499.

Merklen Denis, 2009, *Quartiers populaires, quartiers politiques*, Paris, La Dispute.

Michel Setbon, 2000, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, 41 (1), p. 61-78.

Mouchard D., « Les mobilisations des 'sans' dans la France contemporaine. L'émergence d'un radicalisme auto-limité », *Revue française de science politique*, 52 (4), 2002, p. 425-447.

Offerlé Michel, 1998, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien.

Osborn B., Small W, 2006, "Speaking Truth to Power": The Role of Drug Users in influencing municipal Drug Policy, *International Journal of Drug Policy*, 17, p. 70-72.

Péchu Cécile, 1996 , « Quand les 'exclus' passent à l'action. La mobilisation des mal-logés », *Politix*, 9 (34), p. 114-133.

Purenne Anaïk, 2015, « Le pouvoir instituant des groupes à faibles ressources. Exemples de luttes collectives à Montréal et Vancouver », in Payet Jean-Paul, Purenne Anaïk (dir.), *Tous égaux ! Les institutions à l'ère de la symétrie*, Paris, L'Harmattan, p. 211-233.

Purenne Anaïk, 2016, « Les luttes émancipatrices à l'heure de l'Etat néo-managérial : l'exemple de VANDU », *Mouvements*, n°85, p. 114-121.

Raoulx Benoît, 1999, « La pratique de l'espace urbain des populations marginales : l'exemple des « binners » de Vancouver », *Espace, populations, sociétés*, 2, 1999, p. 353-357.

Raoulx Benoît, 2002, « De l'alcoolisme à la polytoxicomanie : santé publique, espace urbain, ordre public à Vancouver », in Fleuret S., Séchet R. (dir.), *La santé, les soins, les territoires*, PUR, Rennes, p. 123-146.

Robert Cécile, 2008, « Expertise et action publique », in Borraz Olivier, Guiraudon Virginie (dir.), *Politiques publiques. 1. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, p 309-335.

Setbon Michel, 2000, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, 41 (1), p. 61-78.

Talpin Julien, 2016, Community Organizing. *De l'émeute à l'alliance des classes populaires aux Etats-Unis*, Paris, Raisons d'agir.

Trepos Jean-Yves, 1996, *La sociologie de l'expertise*, Paris, PUF.

Werb Daniel, Wood Evan, Small Will, Strathdee Steffanie, Li Kathy, Montaner Julio, Kerr Thomas, 2008, « Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver », *International Journal of Drug Policy*, 19, p. 332-338.