



Chapitre 11

SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Les actions de terrain doivent-elles être -menées par des professionnels, par des acteurs communautaires ou encore par une alliance de ces deux types d'acteurs ? Ces actions ne se recoupent que partiellement. L'efficacité de la prévention tient à l'implication d'acteurs appartenant au milieu. L'action communautaire conforte les normes sociétales. L'accès aux soins exige des professionnels ; ils peuvent prendre en charge des usagers qui ne se reconnaissent pas dans un mouvement collectif. Chaque type d'action répond à des objectifs et des enjeux différents. Ces actions, en marge des institutions, relèvent d'un militantisme associatif; malgré, elles restent encore très fragiles.

Le programme d'échange de seringues de MDM, une action professionnelle

À l'origine, les trois premiers programmes d'échange de seringues avaient été conçus dans une logique purement professionnelle. Celui de Marseille est fermé en 1992. La même année, le programme d'échange de seringues de Seine-Saint-Denis est repris par Arcades, et l'action est menée en association avec des usagers de drogues. Des trois premiers programmes lancés en 1990, celui de Médecins du monde est le seul à trouver ses marques dans une logique professionnelle. Le démarrage est lent. L'action doit se légitimer tout d'abord au sein même des militants associatifs de MDM, loin d'être persuadés

de la nécessité d'une action en France, *a fortiori* en direction des toxicomanes. Avec pour titre, *Sida, toxicomanie, les exclus des exclus*, une première présentation du projet inscrit l'action dans la logique de l'action humanitaire:

« Aller vers les populations les plus frappées par les catastrophes, les guerres, les épidémies, soigner, témoigner, intervenir partout où il y a une menace pour la vie humaine : là a toujours été la mission de Médecins du monde.

« Aller vers les populations les plus exposées à l'épidémie de VIH, vers ces paumés marginalisés, clochardisés, ces toxicomanes, prostitués peut-être, délinquants sûrement : là encore est la mission de MDM¹. »

Malgré les réticences de nombre de militants associatifs, MDM, avec le soutien de ses présidents, s'engage dans l'action, mais l'argument humanitaire scandalise purement et simplement les spécialistes du soin, pour qui la toxicomanie n'est pas une question d'exclusion. Chic viennent faire les humanitaires dans cette galère, sinon s'attirer les lumières des médias ? Les médecins de MDM, habituellement accueillis à bras ouvert, s'étonnent de la violence avec laquelle le milieu spécialisé les rejette. Rapidement, l'équipe comprend qu'elle ne doit pas faire d'erreur. Elle avance prudemment. La toute première consultation s'expérimente avec des règles strictes; les usagers doivent prendre rendez-vous et la consultation est limitée à un conseil sur la prévention du sida. La consultation ne doit pas se substituer aux services existants. Pour les seringues, elles sont d'abord distribuées au compte-gouttes. Il ne s'agissait pas de faire du chiffre mais plutôt de ne pas faire de faux pas. Devenue officiellement « programme d'échange de seringues » en décembre 1989, l'équipe, au départ bénévole, se renforce et s'engage dans des accompagnements. Ceux qui consultent au Jura sont peu nombreux, mais ils témoignent pour tous ceux qui, dans la rue, n'ont aucun accès aux soins. Il faut, selon la démarche de la médecine humanitaire « aller vers eux sur place pour les rencontrer ».

Dès février 1990, une équipe en minibus commence à explorer les environs de la rue du Jura dans le XIII^e arrondissement de Paris. Des liens sont créés. Des usagers de drogues vont emmener l'équipe dans les quartiers chauds, place Pigalle, Belleville, gare du Nord, Château-Rouge dans le XVIII^e. « Les débuts sont difficiles, *round* d'observation oblige. Très vite, les contacts se prennent. Les faits sont là : les toxicomanes demandent, étonnés, qu'on vienne vers eux, surpris d'être reconnus, surpris qu'on puisse leur proposer quelque chose. Ils

1. *Sida, toxicomanie, les exclus des exclus*, MDM, 2 novembre 1990.

racontent leurs galères, leurs désirs d'être autre chose mais de ne pas y arriver, en fait de ne plus rien désirer parfois². »

Progressivement, le dialogue s'approfondit. Médecins et infirmiers distribuent seringues stériles et tampons alcoolisés assortis de conseils : utiliser une seule seringue par injection, se laver les mains et désinfecter le point choisi pour l'injection. Ces conseils peuvent-ils être entendus ? Malgré la libéralisation de la vente des seringues, nombre de pharmacies refusent encore de les vendre. Pour ce qui est de se laver les mains, c'est tout simplement inenvisageable dans la rue et dans bien des squats. Il faudra plus de trois années pour que l'équipe comprenne que les tampons alcoolisés ne sont pas utilisés avant l'injection mais après, pour essuyer les gouttes de sang. Faudrait-il distribuer deux tampons par seringue ?

À vrai dire, ces préoccupations techniques ne sont pas les priorités de l'équipe. Sur le terrain, le premier souci est de protéger les usagers du harcèlement de la police. A l'une des premières sorties du camion, l'un d'eux est interpellé. Il a une seringue sur lui, il est donc suspect de consommer des drogues et la consommation est un délit. MDM entreprend alors un travail de maillage avec la police, du plus haut niveau de la hiérarchie aux policiers de terrain. « Négociation et renégociation sont nécessaires. » Tandis que les policiers demandent à voir l'autorisation de stationnement, ils sont invités dans le camion. L'action est expliquée, certains sont convaincus, d'autres acceptent l'état de fait, d'autres enfin restent sceptiques. En 1992, MDM crée un kit de prévention comprenant seringues et tampons alcoolisés. Le premier objectif du kit est de protéger l'utilisateur en officialisant l'action.

Deux années ont été nécessaires pour que l'équipe de MDM se sente sûre d'elle-même et de la légitimité de son action. À partir de 1992, l'équipe ne craint plus de distribuer largement des seringues et l'action décolle. En 1991, 3 850 seringues avaient été données pour 1 011 passages. En 1992, c'est 28 719 seringues qui ont été données pour 3219 passages - et la progression se poursuit les années suivantes³.

Médecine d'urgence, la médecine humanitaire entend alerter les pouvoirs publics et faire progresser la reconnaissance des droits. À ce titre, elle conçoit son intervention comme ponctuelle. Loin de créer un dispositif spécial, elle se propose de démontrer, dans la pratique, que les populations exclues des soins peuvent être soignées comme

2. LHOMME J.P., *Bilan d'activité 1991*, Mission sida toxicomanie.

3. MDM, *Programme d'échange de seringues*, bilan d'activité 1992.

les autres, avec, si nécessaire, une adaptation de la réglementation. La référence est celle de la santé publique, par ses objectifs comme par ses moyens, et plus précisément ici de la promotion de la santé, dont l'objectif est de créer un environnement favorable à l'utilisateur (*health-supportive environment*), comme le préconise la charte d'Ottawa⁴. Ce n'est pas que MDM s'oppose à une démarche communautaire et, ultérieurement, certains des projets seront mis en œuvre en association avec des usagers, mais là ne sont ni sa mission première ni ses pratiques habituelles. Il faut démontrer tant aux pouvoirs publics qu'aux professionnels de santé que la prévention est nécessaire, qu'elle est possible. La démonstration a ses exigences. Pas à pas, l'équipe du bus est allée au-devant des usagers, pas à pas, elle a appris à les accepter tels qu'ils sont et non tels qu'on souhaiterait qu'ils soient ; elle a surmonté le soupçon de complaisance ou de complicité et su construire avec les usagers l'alliance qui doit fonder toute relation soignant-soigné.

Quelles doivent être les modalités de l'association avec les usagers ?

La réussite du programme d'échange de seringues de MDM pose indirectement une question: doit-on nécessairement associer les usagers de drogues aux actions de prévention qui leur sont destinées ? Ne doit-on pas recourir, comme il est de règle en France dans les missions de santé publique, à l'expertise professionnelle ? L'alliance avec le patient est constitutive de l'action thérapeutique ; elle ne signifie pas pour autant que les patients doivent être intégrés dans les équipes.

La question se pose avec d'autant plus d'acuité que tous les projets qui ont associé professionnels de santé et/ou militants associatifs et usagers de drogues ont été confrontés à des difficultés qui, selon les cas, n'ont pas toujours pu être surmontées. Quelques-uns, les plus fragiles, ont été abandonnés. D'autres ont progressivement écarté les usagers associés à Faction ; la logique professionnelle l'a souvent emporté comme elle l'avait emporté aux premiers temps du système de soins spécialisés au cours des années soixante-dix. Certaines de ces difficultés sont liées à l'insertion dans le monde du travail lorsque les usagers de drogue recrutés sont des exclus de longue date, mais les

4. WHO Health Promotion : Ottawa Charter, WHO Geneva, 1988, QMS.

conflits dans les équipes se focalisent le plus souvent sur l'usage de drogues et ces problèmes sont internationaux.

Robert Broadhead, sociologue, a été associé à une équipe *d'outreach* de San Francisco ; sur la base des évaluations menées pour le NIDA, il fait une liste sévère des obstacles auxquels les projets se sont confrontés dans l'association avec des usagers de drogues⁵. Les difficultés commencent avec le recrutement. Qu'est-ce qu'un usager « crédible » ? Quinze ans de toxicomanie ou dix ans de prostitution ne sont pas exactement l'équivalent d'un diplôme, n ne suffit pas d'avoir passé cinq ou dix ans en prison pour être respecté par ses pairs. En principe, un usager fait acte de candidature dans une équipe *d'outreach* parce qu'il est motivé par le désir d'aider les autres, mais, remarque l'évaluateur, les personnes qui sollicitent un poste sont souvent les moins bien placées pour les remplir. Le candidat peut être en situation de double échec : incapable de survivre dans le monde de la drogue, incapable de tenir un emploi dans le monde du travail. Il peut aussi désirer ardemment quitter le monde de la rue alors que le travail de terrain l'y renvoie constamment. Broadhead a pu voir des intervenants limiter autant que possible l'exploration du terrain, se contenter de tenir une permanence dans un lieu public, passer leur journée dans les cafés et éviter soigneusement de s'aventurer dans les lieux dangereux, là où l'action se passe. La bureaucratisation guette et les actions en milieu naturel échappent aisément à tout contrôle. Comment ces nouveaux professionnels occupent-ils leur temps ? Que font-ils exactement dans l'appartement où ils ont passé l'après-midi ? Lorsque des collègues se consacrent à ne rien faire, lorsqu'ils mêlent leurs activités personnelles et leur travail et lorsque, enfin, le travail sert de couverture à des activités illégales, ce qui est parfois le cas, les plus investis des usagers sont contraints au silence. Dans la culture de la rue» chacun voit ce qu'il a à voir. Si le chef de projet ne sait pas voir, c'est qu'il n'est pas apte à comprendre. Ecœurés, les plus sincères s'en vont ou bien deviennent à leur tour des bureaucrates. « Nous avons dans l'équipe tous les problèmes auxquels nous nous confrontons dans la rue », déplore un chef de projet. C'est exactement ça. Mais comment peut-on espérer y faire face dans la rue si on ne parvient pas à les gérer dans l'équipe ?

5. BROADHEAD R., HECKATHORN D., GRUND J.-P., STERN L. S. et ANTHONY.D., « Drug Users Versus Outreach Workers in Combatting AIDS », I., « Agency Problems in Traditionnel Outreach Interventions », *The International Journal of Drug Policy*, vol. 6, n° 3, 1995.

Un nouvel objectif de prévention, la mobilisation des réseaux sociétaux

Robert Broadhead n'en conclut pas pour autant qu'il faille renoncer à la participation active d'usagers à la prévention, bien au contraire. En 1992, le NIDA tire deux conclusions des actions que cet organisme de recherche subventionne depuis 1987⁶.

1) Ces actions de terrain ont été remarquablement efficaces. Le premier constat des experts est que les injecteurs ont bien majoritairement changé de comportement et ils ont changé rapidement.

2) La pénétration du milieu est améliorée par la participation d'usagers de drogues à l'action de prévention.

La participation des usagers a pris différentes formes selon les projets et selon le profil des usagers, qui pouvaient être d'ex-toxicomanes dont certains étaient souvent des patients des centres méthadone, quelquefois membres de Narcotiques anonymes ou encore, comme à Chicago, des « leaders naturels » appartenant au milieu. Ces trajectoires ont une incidence sur les actions : ceux qui étaient en traitement méthadone ou à Narcotiques anonymes ont souvent incité les usagers de la rue à faire comme eux ; pourquoi pas, mais on peut craindre que leur influence ne soit limitée aux usagers susceptibles d'entrer dans une telle démarche. Quoi qu'il en soit, les projets où des usagers étaient associés ont tous eu de meilleurs résultats que les autres. La participation d'usagers a crédibilisé le message ; elle a favorisé son adaptation au milieu, et l'influence de ces projets a débordé le cadre de l'action ; le message s'est transmis d'usager à usager. Dans l'outreach traditionnel, les relations reposent sur l'acteur de prévention, celui-ci informe les usagers un à un. Lorsque la transmission se fait de façon informelle, son efficacité est démultipliée, chaque usager transmettant l'information à son réseau ; la progression est géométrique. Le changement des normes collectives passe par la mobilisation de ces réseaux informels, objectif de l'action de prévention⁷. Telle est la conclusion des chercheurs du NIDA. Reste à déterminer quelles sont les stratégies les plus efficaces, avec le moins d'effets pervers.

6. National Institute on Drug Abuse, *The NIDA Standard Intervention Model for Injection Drug Users not in Treatment Intervention Manual*, Division of Applied Research, Community Research Branch, Rockville, MD, 1992 (voir *Résultats de la réduction des risques* en annexe).

7. RHODES T. et STIMSON G., « Community Intervention Among Hidden Populations of Injecting Drug Users in the Time of AIDS », in BLOOR M. et WODD F. (eds), *Addictions and Problem of Drug Use*, Jessica Kinski, Londres, 1998.

C'est la question que s'étaient posés Samuel Friedman et ses collègues, dès qu'ils avaient observé les changements de comportement des injecteurs à New York⁸. Toutes les actions de santé communautaire ont l'ambition d'agir sur le groupe mais certaines sont fondées exclusivement sur l'entraide ; ce sont les actions d'autosupport, ou *self-help*⁹. D'autres actions sont impulsées par des professionnels ou des acteurs extérieurs au milieu ; les usagers de drogues y ont le rôle de relais. C'est le cas de l'éducation par les pairs. Entre professionnels de santé et usagers de drogue, on peut aussi vouloir construire un partenariat équilibré. Ces actions sont dites de « coalition » aux États-Unis ou « paritaires » en France, selon la terminologie des actions de santé communautaire dans la prostitution.

Les usagers de drogues forment-ils une communauté ?

La mobilisation des associations homosexuelles est la référence des chercheurs américains. L'information a circulé dans les réseaux formels et informels ; les nouveaux comportements se sont diffusés de proche en proche, doublement légitimés par l'expertise scientifique et par des leaders naturels, à même d'influencer le comportement de leurs proches. Ces réseaux relationnels ne doivent pas être confondus avec les associations de lutte contre le sida, qui ne sont pas toujours directement issues du mouvement communautaire, mais, quels que soient leurs choix, ces associations ont contribué à la diffusion de l'information et des nouveaux comportements auprès de tous ceux qui revendiquaient leur appartenance à la communauté, lisaient la presse communautaire ou simplement fréquentaient les lieux de rencontre.

La même stratégie peut-elle s'appliquer aux usagers de drogues ? Samuel Friedman et ses collègues font un premier constat : les usagers de drogues ne se sont pas organisés spontanément comme l'ont fait les homosexuels. Les groupes d'entraide existant avant le sida, dans les communautés thérapeutiques ou à Narcotiques anonymes, réunis-

saient d'ex-toxicomanes avec pour objectif, le soutien à la démarche de désintoxication. La lutte contre le sida implique de réunir des usagers actifs qui sont précisément ceux qui sont exposés au risque de contamination. Un seul pays au monde avait une expérience en la matière, les Pays-Bas. C'était aussi le seul pays où l'objectif de la politique est la «normalisation» de l'usage, c'est-à-dire l'intégration des usagers dans la société. L'expérience néerlandaise démontrait que des usagers actifs pouvaient s'organiser et qu'ils pouvaient assumer des missions de prévention : les « syndicats de junkies », ou *junkies bounds*, avaient distribué des seringues dès 1981 à Rotterdam et en 1984 à Amsterdam pour lutter contre l'épidémie d'hépatite. L'expérience démontrait aussi que, y compris dans un pays tolérant qui avait apporté un soutien actif aux associations, l'auto-organisation des usagers n'était pas une affaire simple. Les obstacles sont nombreux, les associations sont fragiles et l'engagement militant souvent mouvementé¹⁰.

Lorsqu'elle est possible, l'auto-organisation des usagers est souhaitable. Le changement des normes collectives d'un groupe social ne peut s'imposer de l'extérieur ; même si l'initiative vient de l'extérieur (ce qui a été souvent le cas), elle doit être relayée par des membres du groupe. Car groupe il y a. Contrairement aux drogues licites, l'usage (le drogues illicites implique le plus souvent des relations à d'autres usagers, au moins pour l'initiation. Pour reconnaître l'utilité des groupes d'autosupport, il faut d'abord reconnaître que l'action de prévention ne peut se limiter à sortir les usagers de la drogue ou à les faire accéder au traitement, ce que favorise d'ailleurs efficacement nombre de groupes (l'autosupport, démontrant par la pratique qu'aider des usagers qui se droguent n'est pas antagoniste avec l'arrêt de la consommation. Les groupes d'autosupport ne sont *a priori* « pour » ni « contre » la drogue ; Ils reconnaissent que des hommes et des femmes ont des pratiques communes et, à ce titre, des problèmes communs. Les usagers de Vogue forment-ils pour autant une communauté ?

Dans le mouvement international de la lutte contre le sida, les communautés s'affichent: communautés ethniques, homosexuels, usagers de drogues, travailleurs du sexe. Les premiers militants de la lutte¹ contre le sida en France ont presque toujours été des homosexuels, mais tous redoutaient l'enfermement dans une identité communautaire. Ibut en refusant le communautarisme, les militants français ont retenu la santé communautaire la démarche collective des «personnes l'on cernées». À AIDES, la communauté est dite «communauté de

8. FRIEDMAN S. R., DESJARLAIS D. G., SOTHERAN J., GARBERJ., COHEN H. et SMITH D., « AIDS and Self-Organisation Among Intravenous Drug Users », *International Journal of Addiction*, 22, 1987, p. 201-219.

9. Sur l'histoire de l'autosupport, TOUFIK A., « Définition, concept et historique des groupes d'autosupport », *Les Groupes d'autosupport*, Toxibase, 4^e trimestre 1997 ; voir aussi JAUFFREY M., *L'Autosupport des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupe d'intérêt*, document du groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société, n° 6, juillet-septembre 2000.

10. Sur les difficultés de l'organisation des usagers, voir JAUFFREY M., *L'Autosupport des usagers de drogues en France...*, op. Cit.

destin ». Elle réunit tous ceux qui, malades ou proches, sont confrontés au sida. Ce parti pris généreux a permis de réunir dans une même lutte des hommes et des femmes, des malades et des bien-portants. L'ambition de regrouper «toutes les personnes concernées» s'est toutefois heurtée à un fait social : les hémophiles ont créé des associations d'hémophiles, les militants communautaires homosexuels, hommes et femmes, ont préféré rester entre eux, les malades ont créé des associations de malades, et il en est de même des transsexuels et des travestis. Pour avoir envie d'agir ensemble, il faut parler la même langue. Le travailleur immigré, la gynécologue et l'employé de bureau peuvent ponctuellement mener une action commune ; impossible de les faire coexister dans un groupe de parole qui se réunit tous les mardis. Quand les uns parlent, les autres se taisent. À AIDES, l'association prenait soin d'effacer toute marque distinctive ; le statut sérologique, l'homosexualité ou l'usage de drogues ne se disaient pas. En 1990, Act Up rompt ce silence de bon aloi. « Silence = mort », clament ceux qui s'affichent comme pédés et s'engagent comme tels aux côtés des drogués ou des immigrés. À partir de 1992, AIDES prend acte de la nécessité d'actions spécifiques ; les hommes et les femmes, les Français et les Africains, les homos et les hétérosexuels ne sont pas à égalité face au sida. Reconnaître les différences n'est pas pour autant un enfermement dans une identité communautaire, d'autant que chacun d'entre nous appartient à plusieurs univers sociaux. AIDES apporte désormais son soutien à la prévention dans le milieu gay, négligée jusqu'alors, auprès des prostitué(e)s et, avec plus de difficulté encore, avec les migrants. Son engagement est déterminant dans le développement de l'autosupport des usagers de drogues en France¹¹.

Diversité des associations et diversité des groupes sociaux où les drogues sont consommées

La diversité des associations d'autosupport repose sur le même fait social: les drogues sont consommées dans différents groupes sociaux qui se différencient par la façon dont ils se définissent eux-

11. Le premier travail de recherche sur la question de l'identité et de la communauté dans le mouvement homosexuel a été mené par POLLAK M., Une identité blessée, Métailié, Paris, 1993. Recherches et témoignages sont nombreux sur cette question. Voir PINELL étal., Histoire de la lutte contre le sida en France, ANRS, 2000 ; LESTRATE D., Ad Up, une histoire, Denoël, Paris, 2000 ; et MARTEL F., Le Rosé et le Noir. Les homosexuels en France depuis 1968, Seuil, Paris, 1996.

mêmes. Pour Narcotiques anonymes, la communauté des toxicomanes existe : elle est définie par la dépendance. Pour le CIRC, créé en 1992, la consommation de cannabis est associée à la culture canna-bique où se retrouvent les *vipers* et les *freaks brothers*¹². La même année, des usagers confrontés au sida se regroupent. L'association ASUD est officiellement créée en avril 1992. Elle fait partie de cette nouvelle génération d'associations d'autosupport issues du mouvement international de lutte contre le sida. Elle se définit comme un groupe d'intérêt : au contraire des associations qui se définissent par l'aide mutuelle¹³, ASUD se propose de défendre les droits des usagers de drogues. Par son histoire, ASUD réunit d'abord des injecteurs confrontés au risque du sida, mais dès sa création elle entend s'adresser à tous les usagers de drogues illicites : injecteurs, fumeurs ou sniffeurs, usagers occasionnels ou ex-usagers. Tous sont confrontés à l'interdit, tous, délinquants aux yeux de la loi, ont perdu leurs droits de citoyens.

La prohibition est en effet le point commun à tous les usagers de drogues illicites. Reste que pour se réunir dans une même association, il faut se comprendre. Les premiers militants d'ASUD étaient des injecteurs d'héroïne qui avaient en commun des pratiques de consommation, qui avaient aussi subi le même ostracisme. Les assuadiens avaient bien un langage commun, produit de leur histoire commune. Cette culture commune devait-elle être le ciment de l'association ou devait-elle être considérée comme le produit de la répression ? Individuellement, les militants d'ASUD sont partagés. Phong Charpy, la première présidente, puis Jean-René Dard, qui lui succède, s'affirment pour ce qu'ils sont, des drogués qui se shootent ; pour l'une et l'autre, s'engager dans une association, c'est surmonter la honte de soi. Fabrice Olivet, nouveau président de l'association, se défie de la ghettoïsation : il considère l'usage de drogues comme un choix individuel ; le militantisme ne doit pas reposer sur la revendication d'une culture commune.

12. Les *vipers* sont la communauté des fumeurs de cannabis dans le milieu du jazz des années cinquante ; les *freaks*, ou monstres, est un nom que se sont donné des hippies par provocation, parce qu'ils revendiquaient d'être hirsutes, sales, plus natures que nature : *freak oui*, ou « mauvais trip », est le titre d'un disque de Frank Zappa de 1966. Les *freaks Brothers* sont les héros d'une BD de Crumb.

13. Plusieurs typologies ont été construites ; nous avons retenu l'opposition « groupes d'intérêt », dont l'objectif est la défense des intérêts collectifs, et « groupes d'entraide », où les usagers s'apportent un soutien mutuel. Narcotiques Anonymes est un groupe d'entraide ; les *junkies bounds* en Hollande sont des groupes d'intérêt. Dans le mouvement de la lutte contre le sida, entraide et défense d'intérêts communs peuvent être associées selon différentes configurations (voir TOUFIK A., *Les Groupes d'autosupport*, op. Cit.).

Dans les faits, les outils de prévention d'ASUD - tel le « shoot à risque réduit » - s'adressent à des injecteurs qui ne partagent pas que les risques : les mêmes histoires les font rire ; ils aiment Bloody, l'injecteur fou qui illustre la brochure, ils entrent spontanément en relation, ils se reconnaissent même aux quatre coins du monde. La connivence culturelle est indéniable, elle est internationale, mais pour autant les choix que font les militants associatifs sont différents selon les pays. Ces choix dépendent en partie des politiques plus ou moins répressives. En Amérique, le monde de la drogue est nettement différencié ; l'objectif assigné aux associations d'autosupport serait l'auto-organisation du milieu¹⁴. En Grande-Bretagne, les usagers de drogues ne se définissent pas par l'appartenance au « milieu de la drogue » ; l'usage de drogues participe de différents mouvements culturels. C'est un peu la démarche de Techno-Plus, association créée en 1995 en France. L'association se définit par l'appartenance au mouvement techno ; le ciment de l'association est la culture techno et non la « culture de la drogue ». L'usage de drogues participe de ce mouvement. L'abus de drogues est un des risques que l'association se propose de prévenir¹⁵.

La position des militants associatifs des associations d'autosupport dépend aussi des traditions de chaque pays face aux différences culturelles. En France, le citoyen est volontiers opposé aux « particularismes culturels ». Les associations françaises ont dû surmonter l'apparente contradiction ; les usagers de drogues doivent être des « citoyens comme les autres » mais, comme tous les autres citoyens, ils appartiennent à des groupes sociaux. L'existence des différents groupes d'autosupport d'usagers de drogues repose sur ce fait social : les drogues sont consommées dans des univers sociaux particuliers. L'efficacité de la prévention du sida, comme de toute autre prévention, tient à la reconnaissance de leurs particularités ; ce qui ne doit pas signifier pour autant enfermement dans un ghetto.

14. FRIEDMAN S. R., « Understanding Drug Users Organisations », *International Journal of Drug Policy*, vol. 7, n° 4, 1996.

15. « Régulièrement les médias s'intéressent au mouvement techno et aux raves. Invariablement, ils arrivent à la conclusion suivante : techno = drogue, c'est-à-dire délinquance et toxicomanie (...). Bien sûr, il existe une consommation abusive de l'ecstasy ou du LSD dans le mouvement mais ce n'est pas en utilisant la répression que ce type de consommation sera combattue », écrivent en novembre 1995 les animateurs du projet Techno-Plus. Ils ajoutent : « De plus en plus de ravers prennent conscience de leurs responsabilités et ont envie d'aider ceux dont la consommation de drogue a dérapé. » L'association se fixe donc un double objectif d'entraide et de défense des intérêts « afin qu'à la répression actuelle se substitue une politique générale de prévention ».

L'autosupport, un rôle clé dans la prévention du sida

Les associations d'autosupport qui se sont créées depuis l'épidémie de sida ont le plus souvent joué un rôle clé dans la prévention. En Europe comme en Australie, elles ont promu des comportements de prévention au sein des groupes sociaux où les drogues étaient consommées ; elles ont aussi contribué à une meilleure connaissance des usages et des risques et ont joué un rôle d'expertise dans la recherche comme dans Faction. Elles ont enfin contribué à changer l'image de l'usage de drogues dans la société. Toutefois, ces associations ne doivent pas être confondues avec les réseaux sociaux où les drogues sont consommées ; la confusion peut même être très dangereuse et mettre en péril la vie de l'association. Les associations ne doivent pas devenir des lieux d'approvisionnement ou de consommation.

Avec pour objectif la prévention dans le milieu naturel, les actions de proximité se proposent de pénétrer dans ces réseaux naturels. Quelques-unes de ces actions sont impulsées par des associations d'autosupport. Elles peuvent aussi être menées, comme à AIDES, avec des volontaires extérieurs au milieu ou encore, comme à EGO à Paris, avec une communauté qui se reconnaît dans l'appartenance au quartier. Toutes ces actions impliquent une forme de professionnalisation qui se définit à la fois par des compétences précises et par une déontologie, qu'un manuel européen décrit précisément¹⁶. Dans la prévention, les acteurs doivent connaître les usages, les risques et les différentes stratégies pour les réduire. Comme tous les professionnels de la relation, ces acteurs doivent apprendre à gérer à la fois la distance et la proximité dans les relations interindividuelles. Ils doivent aussi apprendre à faire face aux situations d'urgence ou de crise et à se situer au regard des pratiques délinquantes. Ces compétences complexes devraient relever d'une formation professionnelle qui pourrait être en partie commune ; tous ceux qui agissent en proximité, et ils sont nombreux aujourd'hui. Au-delà des compétences spécifiques à la prévention, l'accès aux soins exige le recours à des compétences professionnelles, comme nous l'avons vu pour le Bus des femmes et à Arcades.

Lorsque l'action a été lancée par une association d'autosupport, les professionnels peuvent y être associés dans le cadre de partenariat ; c'est souvent le cas dans les projets impulsés par AIDES. Ils peuvent

16. TRAUTMAN F. et BARENDREGT C., *Manuel européen peer support. Le soutien éducatif par les pairs : une méthode de prévention dans les communautés d'usagers de drogues*, NIAD, Utrecht, 1994.

aussi être recrutés par l'association d'autosupport, qui fait appel aux compétences qui lui manquent ; c'était le cas de Réduire les risques, à Montpellier. Le recrutement de professionnels peut enfin être pensé de façon paritaire, comme dans les actions de santé communautaire dans la prostitution ou comme l'association Rupture à Lyon. Mais le plus souvent en France, les actions de proximité ont été mises en place par des professionnels qui en assurent la direction.

Usagers et professionnels, des relations difficiles

Les relations entre usagers de drogues et professionnels ne sont pas simples. Nous avons vu, avec Robert Broadhead, les difficultés auxquelles les professionnels ont été confrontés dans le recrutement et la gestion de ce personnel particulier que sont les usagers de drogues. Les difficultés des usagers avec les professionnels ne sont pas moindres. L'usager connaît les règles qui régissent l'univers social auquel il appartient, mais la connaissance d'un univers social ne se transmet pas comme une connaissance scientifique ; elle relève de l'expérience. Lorsque professionnels et usagers entrent en conflit, le point de vue institutionnel l'emporte. D l'emporte bien souvent dès le recrutement, où les professionnels vont spontanément privilégier l'adaptation aux contraintes institutionnelles, au détriment de la réputation de l'usager dans la rue. D l'emporte dans le cours de l'action. La compétence de l'usager ja'a pas d'autre reconnaissance que celle que lui accordent les professionnels. Les meilleurs des professionnels acceptent de «se mettre à l'école de la rue » tant qu'ils n'ont pas pénétré le milieu, mais dès qu'ils se considèrent comme «initiés», ils reviennent inévitablement à leurs propres valeurs et à leurs critères de jugement. Leurs priorités dans l'aide aux personnes n'ont rien à voir avec celles que les usagers de la rue reconnaissent comme légitimes. Les professionnels accordent parfois leur confiance à des usagers rejetés de leur milieu, balances, magouilleurs ou trafiquants, qui en profitent pour faire leur petit commerce dans les boutiques. Lorsque des usagers les préviennent, les professionnels peuvent refuser d'en tenir compte. Ils invoquent le principe du non-jugement, qui précisément leur a permis de nouer l'alliance avec les intervenants de l'équipe. Pourquoi refuseraient-ils leur confiance à d'autres ? Et d'ailleurs, comment trancher ? L'usager est aussi un être humain, son évaluation peut être partielle ou partielle, il peut obéir à des logiques claniques, contraires à l'éthique professionnelle. C'est jugement contre jugement, sauf que les deux parties ne sont pas à égalité. L'ethnocentrisme, naturel à tous

les êtres humains, exigerait un dispositif de travail qui permette une élaboration collective, mais les moyens alloués aux équipes laissent peu de temps hors de l'action directe auprès des usagers. Ces dispositifs exigent aussi d'identifier les conflits et d'accepter de s'y confronter. Ce n'est pas dans les traditions françaises, qui préfèrent le consensus au conflit.

La contradiction entre les logiques de service et l'adaptation aux évolutions du terrain est une autre des difficultés. À peine une permanence a-t-elle été décidée que les lieux de rencontre se modifient. Lorsqu'il a fallu plusieurs mois pour obtenir qu'un bus ait une autorisation administrative de stationnement, le chef d'équipe n'a pas toujours l'énergie de remonter à l'assaut de l'administration pour modifier horaires et lieux d'implantation, tandis que l'intervenant de terrain refuse de tenir une permanence inutile et s'exaspère : « Est-ce qu'on fait semblant ou est-ce qu'on veut vraiment faire de la prévention ? » L'intervenant a son éthique et, s'il est véritablement implanté, il a des comptes à rendre à son terrain.

La mobilisation spontanée d'associations d'autosupport reste exceptionnelle. Les associations d'usagers de drogues, les premières d'entre elles du moins, sont nées avec le soutien des associations de lutte contre le sida ou avec celui des acteurs de la réduction des risques. Ces « relations de parrainage¹⁷ », souvent houleuses entre usagers, professionnels et militants associatifs, sont constitutives de l'histoire du mouvement de la réduction des risques. Des relations de partenariat avec des associations représentatives, ce modèle de relation que nombre de militants associatifs avaient en tête s'est révélé en grande part utopique. Pour les uns, ces difficultés sont conjoncturelles ; ces associations sont encore jeunes, elles doivent acquérir les outils organisationnels qui leur manquent, à défaut de traditions de militantisme. Pour d'autres, elles sont consubstantielles à l'usage de drogues ou au statut de celles-ci dans nos sociétés. Ni les usagers bien insérés ni les usagers récréatifs n'ont intérêt à s'engager dans le militantisme associatif ; ils ont au contraire tout intérêt à marquer leurs distances avec le « monde de la drogue ». Comment peut-on espérer le développement d'associations qui reposent exclusivement sur l'engagement des plus exclus ? À défaut de soutiens sociétaux, les associations d'autosupport fonctionnent aujourd'hui par les subventions de l'État. Quant aux actions de proximité, elles sont très majoritairement

17. BOUHNİK P. et TOUZE S., *Héroïne, Sida, prison, trajectoire, système de vie et rapport aux risques des usagers d'héroïne incarcérés, Marseille, Saint-Denis, RESSCOM, ANRS, mars 1996.*

menées dans un cadre professionnel. Il faut effectivement un cadre, une organisation, une gestion du personnel que des associations d'autosupport peuvent acquérir mais qui relèvent de la logique professionnelle.

Si l'engagement de professionnels dans ces actions de terrain est souhaitable, ce n'est pas seulement parce que les actions purement communautaires ont des difficultés à s'organiser, c'est aussi que l'action professionnelle répond à des besoins et à des publics différents ; tous les usagers n'ont pas un sentiment d'appartenance communautaire, ou du moins ils peuvent être confrontés à des problèmes individuels qui relèvent d'une action professionnelle, sociale ou sanitaire. D'une façon générale, les professionnels peuvent plus aisément mobiliser leurs collègues et aider à l'adaptation des services aux réalités de terrain ; encore faut-il que l'alliance avec les usagers puisse être préservée.

Une fragilité commune à toutes les actions de santé communautaire

En 2000, une recherche a entrepris d'évaluer l'implantation des programmes d'échange de seringues en Seine-Saint-Denis, Cinq associations de réduction des risques interviennent dans quinze communes sur les quarante que compte le département. Aucune de ces associations n'est issue de l'autosupport. Toutes ont recruté des ex-usagers, "les professionnels diplômés sont peu nombreux et ils assument l'encadrement de l'action. La DDASS de Seine-Saint-Denis a défini les objectifs de l'évaluation : acceptabilité et accessibilité des programmes¹⁸. Ces objectifs répondent à l'inquiétude de l'environnement et des partenaires. Poser la question de l'acceptabilité présuppose que l'accès aux usagers de drogues sur le terrain est une question résolue, ou qu'en tout cas, telle n'est pas la question prioritaire. Or la pénétration du terrain est loin d'être une question résolue, et elle a une incidence directe sur l'acceptabilité. Médecins, travailleurs sociaux, élus apportent leur soutien aux associations dont ils ont pu constater l'implantation. Au cours de l'année 2000, une association a fermé, une autre s'efforce de se reconstruire après une succession de crises. Les trois

18. BENECH-LEROUX P, *L'implantation des programmes d'échanges de seringues : entre acceptabilité et accessibilité*, CESDIP, n° 88, 2001. Un des résultats de cette recherche, c'est que l'implantation des programmes est fonction des soutiens apportés à l'action et particulièrement des maires adjoints à la santé, dont certains ont mené une véritable action de lobbying des services, équipements et réseaux de professionnels.

autres associations ont chacune leurs techniques, elles pénètrent des milieux précis, mais le bricolage reste la règle. La pénétration du terrain est de plus en plus difficile sans que les associations puissent faire part de leurs difficultés puisqu'elles doivent au contraire se légitimer. Aujourd'hui, personne ne sait exactement comment évoluent les usages de drogues en Seine-Saint-Denis et plus généralement en Île-de-France. On sait que les jeunes usent et abusent de cannabis, d'alcool et de médicaments. Que signifient aujourd'hui les seringues pour les jeunes de la banlieue parisienne ? Y a-t-il des jeunes injecteurs qui justifieraient les actions ou bien les objectifs des actions *d'outreach* doivent-ils être redéfinis ? Comment progresse l'usage de psychostimulants, cocaïne, crack, drogues de synthèse ? Impossible en 2001 de faire le point sur cette question cruciale, alors qu'on sait que l'abus de psychostimulants, cocaïne ou crack, contribue à une aggravation de la violence. Tel a été le cas du moins aux États-Unis. Une politique de développement volontariste des actions serait indispensable - elle supposerait aussi une politique de développement économique et social plus générale. Il serait évidemment absurde que les seuls acteurs à pénétrer dans les cités distribuent des seringues - c'est quelquefois le cas.

Associations d'autosupport, prévention impulsée par des professionnels, actions paritaires professionnels-usagers, toutes ces actions de santé communautaire ont leur utilité, leur public, leurs objectifs - et leurs difficultés. Jusqu'à ce jour, le choix d'un type d'action dépend des acteurs à l'initiative des projets, et la diversité est à la fois inévitable et souhaitable. Toutes ces actions nécessitent la construction d'outils, la qualification des acteurs, la reconnaissance d'un travail difficile. Toutes doivent faire appel à des partenariats et des alliances qui sont constitutives de leur action. Le plan gouvernemental de juin 1999 prévoyait la création d'équipes de rue, le renforcement des programmes d'échange de seringues et leur développement. Ces objectifs n'ont pas été tenus. Une seule équipe de rue sur les trente promises a été créée et les programmes d'échange de seringues sont chaque jour plus fragiles. Ils ne parviennent pas à trouver leurs marques. À la mobilisation spontanée, à l'origine des actions, a succédé l'incertitude.

Le dynamisme aujourd'hui est dans le mouvement techno et plus généralement dans les événements festifs. Des équipes vont au-devant des usagers de drogues. Toutes se réclament de la santé communautaire dans une logique d'autosupport pour des associations comme Techno-Plus ou le Tipi, dans une logique d'alliance de professionnels et de facteurs issus du milieu pour Médecins du monde. L'action s'est construite avec rigueur ; elle a élaboré de nouveaux savoirs et savoir-

Peut-on civiliser les drogues ?

faire, elle a promu l'information qui doit conforter les processus d'auto-contrôle de l'usage afin, selon les objectifs de Techno-Plus, de « prévenir l'abus et la dépendance ». Ces équipes sont en grande part bénévoles, l'enthousiasme est lié à l'appartenance culturelle au mouvement ; ceux qui y participent vivent une aventure, ils inventent de nouvelles relations, explorent de nouvelles intensités. Au fur et à mesure que la consommation se démocratise, elle touche des jeunes qui ne s'identifient pas au mouvement. C'est souvent aux marges de ces mouvements que les prises de risques sont les plus graves ; c'est aussi après des années d'abus que les conséquences deviennent sensibles. Ceux qui sont confrontés à des souffrances psychiques personnelles ne se reconnaissent pas dans l'action communautaire. L'aide doit se professionnaliser ; encore faut-il que les professionnels de l'aide apprennent à entrer en relation avec ces nouveaux usagers. C'est le passage entre les acquis de l'action bénévole et les services professionnels qu'il nous faut apprendre à maîtriser.