

Master 2 RH - Economie Sociale et Solidaire

Organisation et projets

L'INSTITUTIONNALISATION DES OUTILS COMMUNAUTAIRES DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES

LE CAS DU PROJET PLUS BELLE LA NUIT (PBLN)



Mémoire déposé et soutenu par : Camille Scheiner

Directeur de mémoire : Philippe Oswald



Les opinions exprimées dans ce mémoire sont celles de l'auteur et ne sauraient en aucun cas engager le directeur de mémoire ou l'Université Aix-Marseille

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier mes parents et amis pour leur aide durant cette épreuve, à travers leur soutien mais aussi en me faisant part du caractère personnel de leurs expériences festives.

Je souhaite également remercier toute l'équipe de Plus Belle la Nuit et du Bus 31/32, bénévoles comme salariés, pour m'avoir fait découvrir avec bienveillance les principes de la Réduction des Risques, et de m'avoir accordé leur temps lors d'entretiens pour ce mémoire. Merci à Mélissa, Rachel, Luca, Victor, Felipe, Maëla, Lucie et Estelle.

Merci aux partenaires du réseau de Réduction des Risques sur Marseille d'avoir accepté de me rencontrer pour enrichir mon propos : merci à Ayoub du Tipi, et Charlotte de ASUD.

Enfin, merci à mon directeur de mémoire, Philippe Oswald, ainsi qu'à Nadine Richez-Battesti et Francesca Petrella, pour un soutien inconditionnel tout au long de l'année.

Table des matières

Introduction Générale	5
Revue de littérature.....	7
I/ L'émergence de la Réduction des Risques : le cadre d'une dynamique communautaire ..	8
1) La santé communautaire comme notion centrale de la RdR.....	8
2) Une dynamique communautaire, mais aussi contestataire	12
3) Une évolution surprenante : de la marginalité à l'innovation	16
4) Synthèse de la dynamique communautaire dans la Réduction des Risques	19
II/ La critique d'une institutionnalisation de la Réduction des Risques	20
1) Une difficile intégration de la Réduction des Risques en France	21
2) Mentalité antidrogues, répression forte... Une collaboration étatique complexe	23
3) Une approche institutionnelle limitée au champ du médico-social	26
4) Synthèse de la dynamique institutionnelle dans la Réduction des Risques	29
III/ L'organisation, institutionnelle ou non, comme dispositif d'empowerment des usagers	30
5) Synthèse des dynamiques, comparaison, paradoxes et dépassement du paradoxe	31
1) L'institutionnalisation comme victoire militante	33
2) Des structures hybrides pour satisfaire au mieux la finalité d' <i>empowerment</i>	35
3) Retour au cadre conceptuel et problématisation	37
Méthodologie.....	42
Présentation du terrain d'enquête.....	42
Démarche	45
Observation participante	46
Entretiens semi-directifs	47
Documentation.....	49

Analyse des résultats	51
<i>L'étude du cas Plus Belle la Nuit</i>	51
I/ Mobiliser sa propre dynamique communautaire	51
1) PBLN : communautaire dans sa dynamique plutôt que dans sa forme	51
2) Comment se définit la communauté de PBLN ? A l'échelle de l'équipe, des bénévoles et des publics	53
3) Quelle finalité dans les services proposés ?	54
II/ Mobiliser un réseau communautaire	57
1) Connaître les limites de son action communautaire	57
2) L'écosystème partenarial autour d'une communauté de valeurs : un outil de travail essentiel	59
III/ La valorisation d'une position institutionnelle	62
1) Les désavantages d'une appartenance institutionnelle	62
2) Une réappropriation de ces risques à l'avantage des luttes de RdR	63
3) Quelles externalités positives par cette place institutionnelle ?	65
Discussion des résultats	69
Conclusion générale	72
Bibliographie	73
Sitographie	75
<i>Annexes</i>	76
<i>N°1 : Retranscription entretien S5, chef de projet PBLN 2.0</i>	76
N°2 : Un exemple (partiel) de flyer de Réduction des Risques, produit par l'association communautaire Techno+ (Paris)	91

Introduction Générale

Ce mémoire prend place après une longue réflexion autour du thème de la fête. Ayant organisé des événements associatifs par le passé, cela fait quelques années que je suis intéressée par ce qu'on y trouve. Plutôt qu'un sujet en particulier, mon point de départ se situe justement dans la multiplicité des problématiques présentes dans la fête ; son espace, et sa temporalité. Par exemple, durant la période de Covid-19, les bars, boîtes et restaurants sont fermés ; j'observe autour de moi la difficulté de ne plus pouvoir faire la fête, de ne plus être ensemble dans les célébrations festives. Dans son espace-temps actuel, la fête est décrite par les autorités sanitaires et politiques comme un espace de circulation du virus, un regroupement irresponsable de jeunes désobéissants. Mais avant tout, la fête, c'est la célébration. De manière exploratoire, j'ai posé cette question à des personnes différentes de mon entourage : qu'est-ce qui fait que tu te sens bien dans la fête ? A l'inverse, qu'est-ce qui fait que tu te sens mal ? On observe dans les réponses que chacun définit différemment « sa » fête, ses plaisirs et ses risques. Ce temps est source de plaisir, mais peut également être créateur d'inégalités et de risques pour soi et les autres. Les sujets évoqués autour de la fête sont nombreux : alcool, drogues, sexe, discriminations, coût, santé mentale, relations interpersonnelles, etc... C'est donc dans la transversalité dans ces espace-temps uniques que prend place la réflexion de ce mémoire.

Quelle ne fut pas ma joie de trouver un stage à Plus Belle la Nuit (PBLN) ! Ce projet, partie intégrante de l'association Bus 31/32, constitue une microstructure agissant autour d'un slogan simple : « *fêtes, risques et plaisirs* ». Au travers du temps, PBLN innove et s'adapte en fonction des problématiques rencontrées dans les milieux festifs. C'est ainsi que j'ai découvert le domaine de la Réduction des Risques (RdR) ; cette approche fait face aux risques liés aux consommations dans une approche pragmatique de non-jugement. Au fur et à mesure de mon stage, j'ai compris qu'un long cheminement historique et militant précédait l'apparition de ce genre de structures. En effet, la RdR trouve son origine dans des luttes des années 80, lorsque des groupes communautaires gays doivent faire face seuls à l'épidémie du SIDA, sans aide de l'Etat. Dans les années 90, une seconde génération apparaît dans les milieux festifs alternatifs et communautaires (teufs, free party...).

Globalement, les dernières années ont vu les outils de RdR passer d'une dynamique communautaire à une forme plus institutionnalisée, entraînant bon nombre de critiques de la part des acteurs militants et communautaires. Quelle place le projet PBLN occupe-t-il dans ce processus ? Né d'une commande institutionnelle, PBLN revendique dans son plaidoyer une attache aux valeurs communautaires et militantes de la RdR. Au centre de cette approche militante, se trouve la notion d'*empowerment des usagers* : augmenter son pouvoir individuel, collectif, et organisationnel. Ainsi, ce mémoire pose la question suivante : **comment une organisation institutionnelle peut-elle rester le dispositif d'empowerment communautaire et individuel ?**

Afin d'y répondre au mieux, nous commencerons par étudier l'état de la littérature sur le sujet, en tentant d'y dégager d'abord les caractéristiques de la dynamique communautaire née des combats militants des années 80 autour du Sida. Puis, nous dégagerons à leur tour les caractéristiques de la dynamique institutionnelle qui a pris place dans l'intégration et la reconnaissance de ces outils de santé communautaire. Nous choisissons d'opposer ces deux dynamiques, afin de retranscrire au mieux la façon dont elles sont représentées dans les discours du terrain, mon point de départ. Enfin, nous dépasserons les paradoxes mis en avant grâce à la notion d'*empowerment*, finalité et cœur de l'approche de RdR. C'est un angle sociologique et historique que nous adoptons, dans la logique d'un aller-retour entre généralités structurelles et spécificités de cas particuliers. Puis, nous étudierons la place de PBLN dans ce processus : commande institutionnelle, comment ce projet peut-il être un dispositif d'*empowerment* pour des communautés ou des individus ? J'explorerai via mes résultats de terrain les pistes suivantes : constituer sa propre communauté, valoriser son réseau communautaire, ainsi que sa légitimité institutionnelle. Puis, je mettrai ces résultats en perspective avec la grille d'analyse de Ninacs (2013).

Revue de littérature

Selon Fabrice Perez (2017), nous observons trois générations dans la Réduction des Risques. Tout d'abord, dans les années 80, on appelle la « *génération Sida* » toute la « *communauté des injecteurs* » qui subit l'épidémie. Puis, la seconde génération concerne « *la culture techno, dont l'usage de drogues fait partie intégrante* » dans les années 90. Enfin, nous pouvons voir émerger depuis les années 2010 la « *génération internet* » constituée de « *communautés virtuelles* ». Pour chacun des risques rencontrés, ces trois générations, développées dans la marginalité, ont apporté des réponses trouvées dans la communauté, pour la communauté. Nous nous concentrerons davantage sur les deux premières générations, ayant aujourd'hui un processus d'institutionnalisation plus ou moins abouti.

L'appellation « *Réduction des Risques et des Dommages* » (RdRD) désigne, au-delà des risques médicaux, tous les dommages possibles pour soi et son entourage (Nutt et al., 2010), trop peu considérés dans les parcours de soin. Il est encore difficile aujourd'hui de réconcilier les dommages médicaux et sociaux (violences, désaffiliation, marginalisation, etc...), alors que ceux-ci sont étroitement liés. Cependant, le terme de RdRD désigne « *les opérateurs médico-sociaux agréés*. L'expression « RdR » toute seule désigne les principes de la Réduction des Risques indépendamment du statut de l'acteur qui les met en œuvre » (Perez, 2017). Certes plus précis, nous utiliserons donc l'appellation RdRD pour désigner les dispositifs institutionnels liés à l'approche globale de RdR. Cette distinction trouve sens ici car nous traiterons de l'institutionnalisation d'une approche au départ communautaire, avant d'être institutionnalisée. Mais alors, quel lien avec la prévention ? Les outils préventifs constituent une partie de l'approche de RdR, mais ne constituent pas la seule réponse face aux risques et dommages possibles liés à l'usage de drogues. De plus, un risque ne mène pas nécessairement à un dommage.

A travers l'analyse historique et sociologique concernant l'émergence des savoirs communautaires, nous organisons notre pensée en distinguant d'une part ce qu'on peut nommer la dynamique communautaire, et d'autre part la dynamique institutionnelle, afin d'en extraire les caractéristiques globales. Enfin, nous tenterons de sortir de cette opposition très présente dans la littérature et les discours qui y sont associés, afin de proposer une grille

de lecture qui permette un double-apport dans le travail de RdRD, des outils communautaires, mais aussi institutionnels.

I/ L'émergence de la Réduction des Risques : le cadre d'une dynamique communautaire

Dans cette première partie, nous nous interrogeons sur la notion de communauté, son lien avec la santé publique et la santé communautaire, ainsi que la place de la marginalité dans la communauté qui peut être source d'innovation sociale.

1) La santé communautaire comme notion centrale de la RdR

- Une interaction constante entre santé communautaire et santé publique

Le principe de santé publique auquel nous avons accès en France, est défini par Winslow comme la mise « *en œuvre [de] tout type de mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé* » (dans Jourdan et al., 2012). Cependant, on peut y opposer la notion de santé communautaire, autre approche dont la définition varie en fonction des pays et des origines de celles-ci. Après une comparaison internationale, Conill et O'Neill (1984) en tirent plusieurs critères généraux, la définissant comme une « *approche [...] ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé [...], doublées d'autres mesures à caractères social, économique et politique, dispensés par une équipe multidisciplinaire et faisant largement appel à la participation populaire* » (Conill, O'Neill, 1984). Nous préférons cependant la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) dans sa volonté de mettre en avant le lien entre individu et communauté : « *processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance au même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* » (Motamed, 2015).

Mais comment se positionnent ces deux concepts ? Jourdan (et al., 2012) reprend et conceptualise la santé communautaire comme « *un domaine en interaction avec celui de la santé publique* », dans le large champ du socio-sanitaire, comme nous pouvons le voir illustré dans le schéma ci-dessous. L'interaction constante entre ces deux concepts ajoute ainsi à la définition sa logique politique, centrale dans notre analyse, et mettant en avant le fait que « *savoirs et pouvoirs sont inégalement répartis et objets de luttes constantes entre des acteurs qui interagissent afin d'établir leur contrôle sur un champ particulier de cette société* » (Jourdan et al., 2012). En effet, nous considérons que les enjeux entre travail communautaire et institutionnel dans le domaine de la RdR sont des enjeux de pouvoirs et savoirs. Cela est d'ailleurs illustré par l'« *attention particulière [portée] à l'émancipation des personnes vulnérables* », en l'occurrence dans notre cas les usagers de drogues.

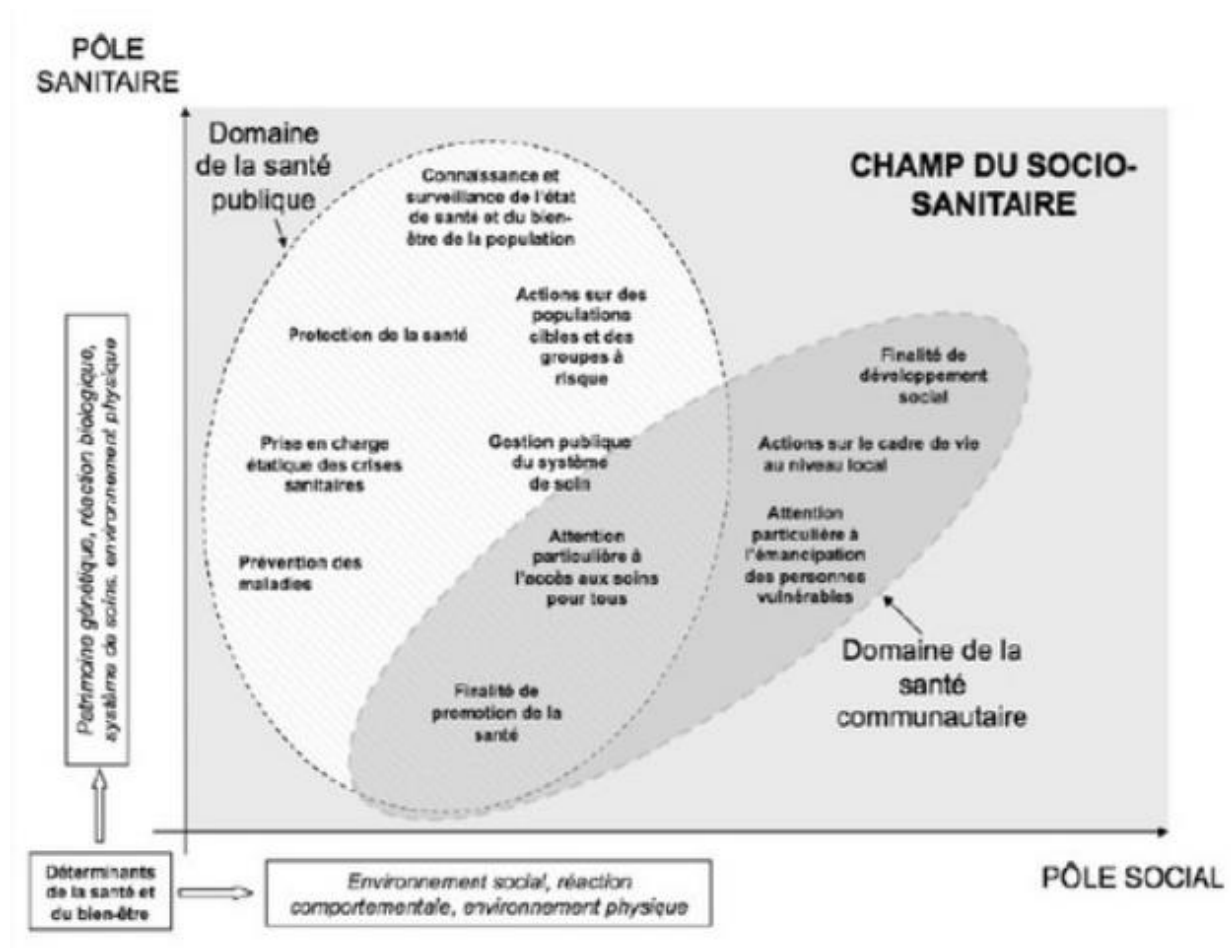


Schéma 1 : extrait de Jourdan et al., 2012

- ***L'empowerment des usagers : au centre de l'approche communautaire***

C'est justement cette notion d'émancipation qui est inhérente à l'approche de Réduction des Risques. Nous retrouvons cette idée dans la notion anglo-saxonne d'*empowerment*, définie par Ninacs (2003) comme la « *capacité d'action ainsi que le processus pour l'atteindre. [...] Une approche axée sur l'empowerment cherche à soutenir les individus et les collectivités dans leurs démarches pour se procurer le pouvoir dont elles ont besoin* ». Face à une approche purement médicale où le patient est considéré comme passif, la RdR insiste dans son approche sur l'autonomie des personnes concernées ; « *les usagers se montrent capables de mobiliser leurs ressources pourvu qu'on les pense fondés à les mobiliser. Il s'agit donc de faire le pari sur la capacité de la personne à évoluer, à changer, à agir. Le sujet devient acteur de son propre rétablissement, qu'il s'agisse de soins psychiatriques, de prise en charge des addictions, ou de l'insertion dans le tissu social* » (Couteron, 2011). Selon Ninacs (2003), l'empowerment individuel représente le processus du « *passage d'un état sans pouvoir à un état où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix* ». Le Bossé (2003), lui, met en avant la dynamique politique de l'*empowerment*, qui apparaît alors comme un processus de solution face à la crise d'un système de protection sociale (Etat Providence). Les individus se retrouvent infantilisés et stigmatisés, et afin de sortir de cette position, cinq critères doivent être respectés : une approche intégrée du changement social, une analyse à l'échelle de l'acteur, une prise en compte des contextes d'application, une définition du changement visé et ses modalités avec les personnes concernées, et enfin, une démarche conscientisante.

Si l'individu est capable d'augmenter son pouvoir de façon autonome, il peut également le faire dans le cadre d'une communauté, dans le développement d'un « *pouvoir collectif* » (Ninacs, 2003). Dans la littérature autour de la notion de communautaire, que l'on trouve principalement au Québec, nous pouvons alors parler d'action communautaire pour désigner le processus où prend place « *l'action d'une communauté pour transformer ses conditions de vie* » (Duperré, 2004). Ce processus doit être « *vécu simultanément par la collectivité et par les individus qui en sont membres* », avec donc au moins quelques individus de la communauté qui ont déjà vécu ce processus individuellement. Les combats militants évoqués plus hauts rentrent dans ce cadre d'une « *prise en charge du milieu pour l'ensemble du milieu* » (Ninacs, 2003).

Par ailleurs, l'organisation peut également être le « *lieu d'empowerment pour ses membres ou pour les autres personnes qui y participent, et développe ainsi une fonction d'empowerment communautaire* » (Ninacs, 2003) ; dans notre cadre, cela correspond aux résultats de nombreux combats communautaires, qui ont donné lieu à la création d'organisations. Nous prenons l'organisation au sens large d'une entité structurée ; elle peut être association, entreprise, coopérative... Par exemple, l'association AIDES, organisation créée à l'époque pour renforcer le pouvoir des communautés affaiblies par le virus du Sida.

Nous optons pour la grille de lecture mise en avant par Ninacs, car elle propose un cadre conceptuel mettant en avant l'interaction entre différentes échelles dans l'empowerment : individuel, communautaire, et organisationnel.

- ***L'approche sociologique : une distinction entre communauté et société***

Avant toutes choses, qu'est-ce qu'une communauté ? C'est une notion très étudiée dans le domaine sociologique. Dans son ouvrage *Gemeinschaft et Gesellschaft* (1987), le sociologue Ferdinand Tönnies conçoit la communauté comme un « *organisme vivant, nourri par les échanges entre des êtres qui sont en communication réelle et immédiate* » ; « *la nature de la sociabilité confère la désignation de communauté ou de société* » (Assogba, 2007). Dans la communauté, l'affect est au centre, tandis que dans la société, c'est l'utilité qui prône.

Dans la suite de cette logique, Weber (1971) parle de « *communalisation* », où les sociétés traditionnelles seraient basées sur des valeurs, tandis que les sociétés modernes seraient « *dominées par le compris ou la coordination d'intérêts* » (Assogba, 2007). Ces approches sociologiques basent leur approche sur la distinction entre société traditionnelle (où la communauté serait le mode de formation dominant via un mode de solidarité mécanique), et société moderne (avec une forme sociétale mettant en avant un lien de solidarité organique, c'est-à-dire de complémentarité). La communauté est ainsi représentée dans une logique temporelle, comme la forme que prend un groupe avant le processus de transformation institutionnelle.

Cependant, l'approche de la communauté qui nous importe est celle qui définit le travail communautaire de notre société actuelle. Pour Ninacs (2003), c'est un « *ensemble de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis qui ont une interaction sociale ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent. Il en existe*

différentes sortes (géographique, identitaire, d'intérêts...) ». On distingue une communauté, qui d'une part « *possède une existence qui lui est propre* », alors que dans un groupe, son existence « *varie en fonction des personnes qui le constituent* » (Ninacs, 2003). Cependant, il faut garder en tête qu'une communauté reste une notion « *polysémique et conflictuelle* » (Girard, 2014).

Ces différentes approches mettent toutefois en avant une forte distinction entre société et communauté, point central à notre étude. En effet, la communauté se définit souvent vis-à-vis d'un système plus grand. Dans les pays où la Réduction des Risques s'est intégrée rapidement dans les politiques sanitaires (pays anglo-saxons), la notion communautaire est beaucoup moins présente, puisque ce travail s'est très rapidement fait en collaboration entre les deux entités (Maestracci, 2010), l'opposition n'ayant pas pris de place centrale. En France, le développement de la RdR s'est accompagné d'un militantisme très fort, face à une forte inaction de l'Etat que nous décrivons plus loin.

Nous appliquons donc les notions conceptuelles précédentes à l'historique de la Réduction des Risques dans la sous-partie suivante.

2) Une dynamique communautaire, mais aussi contestataire

- ***Années 60 : les drogues dans l'époque de la libération des mœurs***

Dès les années 1960, ce que nous pouvons nommer grossièrement la communauté des hippies vit une libération où la drogue a une place centrale : hallucinogènes, euphorisants, stimulants, opiacés, cannabis, haschisch (Labin, 1970)... Du point de vue de cette jeunesse, les drogues apportent une « *révolution des sens* », mais aussi une « *révolution sexuelle* ». Dans les années 70, c'est le Docteur Olivenstein qui « *lutte contre la stigmatisation* » (Blaise, Rossé, 2011) et se place en défenseur des usagers, encore appelés toxicomanes. Selon lui, l'expérience de la prise de produits varie en fonction de trois critères : l'état psychique de la personne, l'environnement dans lequel elle prend la drogue, et le produit en lui-même (dosage, qualité). Dans sa clinique à Marmottan, il ne s'agit donc pas de condamner moralement ces personnes, mais plutôt d'effectuer un suivi au cas par cas. Plus tard, au moment de l'épidémie du Sida, il affirmera d'ailleurs que « *nous avons tout faux. [...] Il faut en*

finir avec le mythe de l'éradication de la drogue. C'est un des plus grands mensonges. [...] Il faut apprendre à vivre avec la drogue » (Blaise, Rossé, 2011). Un combat moral prend place mettant en opposition les valeurs d'un Etat antidrogues, et les valeurs communautaires tournant le débat davantage sur un accès aux soins pour tous nécessaire.

- ***Années 80 : une épidémie du Sida alarmante***

Dans les années 80, le Sida touche majoritairement deux communautés qui se superposent dans une certaine mesure : la communauté des injecteurs (l'échange de seringues contaminées étant l'un des principaux modes de transmission du Sida), et la communauté homosexuelle. En effet, ce « *groupe à risque* » représente 60% des cas enregistrés (Pollak, Schiltz, 1987). A l'époque, l'homophobie et la toxicophobie (définie dans ce contexte comme la peur du toxicomane) sont deux éléments qui marginalisent les personnes touchées par l'épidémie, pourtant en grande détresse. Gabriel Girard (2014) nous dit qu'à cette époque, « *les pouvoirs publics restent silencieux et en retrait, par crainte de se positionner sur un sujet mêlant la maladie, la mort et l'homosexualité* ». Les combats militants de l'époque positionnent « *le VIH/Sida [...] comme le révélateur social des inégalités structurelles vécues par les homosexuels comme groupe minorisé. Dans ce cadre, la mobilisation communautaire est un levier de transformation sociale* » au niveau de l'homosexualité, des perceptions sociales autour des drogues, et d'un système de soins trop peu efficace (Girard, 2014).

A l'intérieur des communautés, des organisations militantes tentent d'envoyer des signaux d'alerte à l'Etat : nous pouvons citer par exemple Act'Up et le collectif Limiter la Casse. Ces deux groupements à la fois communautaires et contestataires se sont battus durant des années pour l'accès à plusieurs droits fondamentaux qui nous paraissent évidents aujourd'hui : accès aux traitements du Sida, aux soins, libre accès à des seringues propres, préservatifs, baisse des discriminations envers la communauté homosexuelle, etc... Le 30 novembre 1993, le collectif Limiter la Casse réunit des usagers de drogues, des acteurs de la lutte contre le Sida, des organisations humanitaires et des professionnels de la toxicomanie précurseurs de la RdR pour dénoncer des conditions de travail difficiles autour des situations des usagers de drogues. En 1992, l'association ASUD se crée (Autosupport des Usagers de Drogues) et définit l'auto-support comme un « *regroupement de personnes volontaires, issues*

de la même catégorie sociale, des « pairs », en l'occurrence des usagers de drogues, réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques » : satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble » (Auto-support et réduction des risques, publié dans ASUD Journal N°02).

- ***La marginalité comme centrale à l'identité des usagers de drogues***

Cette marginalité, ou déviance, sont des éléments essentiels dans notre analyse ; comment passons-nous d'une approche portée par des publics marginalisés, considérés comme déviants par la quasi-totalité de la société, à une approche où les outils développés par ces communautés sont aujourd'hui institutionnalisés ? Nous nous intéressons ici aux travaux d'Howard Becker (1963), pour deux raisons : son approche met en perspective les normes sociales, facteurs extérieurs à l'individu, qui peuvent elles-mêmes le placer dans une position de marginalité si ce dernier n'a pas donné son consentement à cette organisation de la société. En effet, le processus d'organisation d'une société se fait généralement à la majorité, laissant souvent pour compte ceux que nous appelons les *outsiders*. D'ailleurs, Howard Becker base son analyse sur le cas de fumeurs de marijuana dans les années 50 à Chicago. Cette déviance donne lieu à une stigmatisation très forte à ceux qui ont subi l'étiquetage normatif (Goffman, 1963). La stigmatisation elle-même peut donner lieu à une désaffiliation, une grande vulnérabilité sociale, souvent accompagnée d'un grand sentiment d'injustice (Castel, 1994), comme nous avons pu le montrer avec les combats militants autour de l'implantation de la RdR.

Pour Castel (1994), l'incarnation de cette marginalité correspond à la figure du toxicomane, du SDF : *« c'est l'errant, l'étranger qui ne peut être reconnu par personne et se trouve de ce fait rejeté de partout. En conséquence s'abattent sur lui des mesures répressives cruelles »*. En effet, la répression est la punition sociale que les usagers de drogues marginalisés ne connaissent que trop bien. Castel schématise trois zones sociales : d'abord, la zone intégrée, où l'individu est intégré aux normes sociales. Si l'individu est déviant, il est basculé par la société dans la seconde zone, la zone de vulnérabilité, *« espace social d'instabilité, de turbulences peuplé d'individus précaires dans le rapport au travail et fragiles dans leur insertion relationnelle »*. Dans sa thèse (2002), Delphine Minotti-Vu Ngoc fait le lien

entre la marginalité sociale et la répression, ou « *nettoyage social* » : des instances policières, militaires et paramilitaires voient ce châtiment comme un « *moyen de maintenir l'ordre social établi ou de le restaurer, si l'on considère que certains faits et individus l'ont perturbé* » (Minotti-Vu Ngoc, 2002). En France, de nombreux témoignages d'usagers de drogues ou de figures marginalisées, mettent en avant cette crainte d'un système répressif et violent. Dans l'expérience des « *teuffeurs* », la clandestinité fait partie intégrante de l'identité.

- ***Elargissement de la RdR initiale au milieu festif et internet***

Dans le début des années 90, la RdR voit son champ d'action s'élargir davantage pour y inclure la Réduction des Risques festive. Malgré cette évolution, les publics concernés restent marginaux ; « *les musiciens de rave et de free party partagent un certain nombre de conceptions sur leur pratique musicale. Le développement d'une pratique musicale se fait aussi à une période de la vie et dans un contexte de vie similaire, qui va parfois jusqu'à l'expérimentation d'un mode de vie marginal* » (Petiau, 2006). Le mouvement techno, « *dont l'usage de drogues fait partie intégrante [...] est désignée par les médias et les politiques comme un problème sécuritaire et sanitaire* » (Perez, 2017). Précisons cependant que le critère de précarité ou d'addiction n'est pas systématique, la figure de l'utilisateur évolue, et l'usage récréatif tend à faire évoluer le paradigme vers un mode de vie des usagers qui se rapproche d'une normativité. En effet, ces lieux (rave, free party, sound system) où prennent place la Réduction des Risques sont « *en marge des festivités nocturnes instituées* » (Petiau, 2006). Les critères évoqués se rapprochent de la définition de communauté : clandestinité, gratuité, organisation collective (liens affectifs, identité). N'oublions d'ailleurs pas que l'alcool constitue la drogue la plus dangereuse au niveau des risques pour soi et son entourage (Nutt et al., 2010), bien que ce fait soit souvent oublié au vu de la légalité de ce produit. En effet, « *si la fêria a sa sangria, la rave-party a l'ecstasy, les fêtes techno culturellement nouvelles font usage de drogues nouvelles* » (Trilles, Thiandoum, 2003). Selon ces mêmes auteurs, « *l'usage de drogue répond à une double logique : de dépense, de rupture au quotidien mais permet aussi une reconstruction du lien social dans d'autres états psychiques* ».

Face à ces nouvelles consommations, de nouveaux risques émergent. L'exemple-phare, développé par l'association du Tipi (pôle festif), est le Roule Ta Paille : ayant l'apparence d'un petit carnet de notes taille post-it, ces feuillets permettent d'éviter le partage

de pailles entre usagers lors de consommation de cocaïne, à l'origine de la transmission de l'hépatite. Une fois de plus, ce sont les acteurs de la communauté festive qui « *décident d'assumer cet aspect de leur culture* », en reprenant l'approche de la RdR Sida, et « *en créant et dispensant des informations, du matériel et des services d'accompagnement des consommations avant, pendant, après* » (Perez, 2017). Leur développement se fait avec des intervenants des générations précédentes, les communautés concernées se superposant souvent.

Toujours dans une logique d'empowerment pour les usagers de drogues, quel que soit leur profil d'utilisateur, nous voyons apparaître dans les années 2010 un outil transversal à toutes les pratiques : la génération internet de la Réduction des Risques. Le savoir créé et accumulé par les communautés citées auparavant peut y être stocké, de manière anonyme, en permettant et facilitant un échange entre les personnes concernées. De plus, ce n'est un secret pour personne que les techniques numériques permettent l'accès à de nouvelles communautés (processus d'*outreach*), avec un fonctionnement similaire à celui de la publicité : identifier un public-cible, produire des vidéos, référencer par des hashtags, etc... Dans cette démarche, plusieurs plateformes-acteurs ont déjà émergé : Psychonaut.com, Lucid-state.org, Psychoactif.fr, etc...

La génération internet constitue ainsi un bon exemple de la capacité d'innovation de la communauté des usagers. En effet, nous allons voir dans la partie suivante, comment une action communautaire marginalisée peut être source d'innovation.

3) Une évolution surprenante : de la marginalité à l'innovation

- **Au niveau des outils**

Au départ, et face à l'inaction de l'Etat, les personnes concernées s'organisent entre elles pour trouver des solutions, afin de « *faire face à des décès de plus en plus nombreux, mais aussi à l'homophobie des familles et de certains soignants* » (Girard, 2014). Aujourd'hui prises pour acquises ou oubliées, la plupart des solutions trouvées face à l'épidémie du Sida proviennent donc de milieux militants et communautaires.

« Depuis que la relation entre usage de drogues injectables et infection par le VIH fut mise en évidence, en 1981 » (Wieviorka, 1996), les acteurs de terrain commencent à en faire la distribution malgré le fait que ce soit illégal ; MdM (Médecins du Monde) fait de la distribution de seringues en rue avant que l'accès libre soit légalisé en 1987, par exemple. A cette même date, MdM crée son premier programme d'échange de seringues (PES), qui restera lui-même illégal jusqu'en 1995. Les effets sont rapidement visibles ; la part de jeunes injecteurs diminue, ainsi que les pratiques à risque de manière générale (partage de seringues, matériel usagé) (Wieviorka, 1996). De plus, et contrant ainsi les préjugés sur le sujet, le nombre d'injecteurs n'augmente pas. Des effets similairement positifs sont identifiés concernant les traitements de substitution (TSO). En 1993, les boutiques, « lieux d'accueil à seuil adapté pour les usagers de drogues », mettent en avant la nécessité « d'une rencontre, d'un lien, d'un échange dans lequel le sujet est reconnu, pris en compte » ; le besoin est déjà mis en avant à l'époque d'une prise en charge qui ne peut être simplement sanitaire. Il faudra attendre 11 ans (loi d'août 2004) avant que ces structures soient reconnues en tant que CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues).

Bien que la RdR ait « été conceptualisée dans le champ de l'usage de drogues injectables » (Perez, 2017), elle voit son champ s'élargir autour de la santé sexuelle quant à la transmission du virus durant les rapports sexuels. S'ensuivent alors des pratiques et outils pour réduire les risques liés au VIH : en « réduisant leur nombre de partenaires et/ou en utilisant le préservatif », par exemple (Girard, 2014).

- ***L'utilisateur expert au centre de l'approche de santé communautaire RdR***

Un troisième élément est central dans le développement de la RdR : l'auto-support. Comme décrit plus haut, l'association ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) se crée en 1991, composée comme son nom l'indique de personnes concernées par ces problématiques. De son côté, et en reconnaissant l'expertise des injecteurs de drogue, MdM met au point le premier kit de prévention en 1992 (qui deviendra un outil du Ministère de la Santé en 1996). Dans les années 1980, l'épidémie du Sida va « placer les usagers, en tant que citoyens, aux côtés des médecins pour parler et agir », malgré le fait que ces deux figures soient antinomiques aux yeux de la société (Couteron, 2011). Bien que cet élément soit surprenant

au vu de la marginalisation de ces communautés, cette méthode trouve toute sa pertinence, comme le décrit Anne Coppel (dans Wieviorka, 1996) : « *un groupe social ne peut s'approprier un nouveau comportement si un changement n'apparaît pas justifié par les normes et valeurs du groupe. Ces normes et valeurs sont difficilement maîtrisables de l'extérieur* ». Ajoutons à cette analyse la possibilité d'*empowerment* individuel et communautaire à travers un travail effectué par les pairs, pour les pairs, qui leur revient de droit, en tant que concernés agissant sur leurs propres conditions de vie. C'est ici toute la question de l'opposition entre savoir expert et profane. Les savoirs experts peuvent être définis comme des « *connaissances standardisées, générales et abstraites qui permettent l'action à distance* », tandis que les savoirs profanes sont composés de « *connaissances concrètes, locales donc fortement diversifiées et s'appliquant à une réalité dense et multidimensionnelle* » (D'Arripe, Routier, 2013). Notons cependant que l'association Act'Up nuance cette notion dans sa revue « *Combat face au Sida* », où elle critique le fait qu'un usager n'est considéré dans son humanité seulement s'il produit une expertise sanitaire, en tant que « *toxicomane-citoyen* ».

- ***Un caractère illégal transitoire « normalisé » : de la marge à l'innovation RdR***

Ces décalages mettent en avant la place de précurseur et innovateurs des intervenants de RdR. D'ailleurs, Perez (2017) nous explique avoir systématiquement entendu la phrase « *La RdR n'est pas hors-la-loi, elle est avant la loi* » dans des « *colloques spécialisés* », avant de préciser que « *la loi a mis 20 ans pour reconnaître la RdR de la génération Sida (Loi du 9 août 2004), encore 20 ans pour reconnaître la RdR de la génération festive (Loi du 26 janvier 2016). Et nous sommes bien partis pour qu'elle mette 20 ans à reconnaître la RdR de la génération internet* ». Il serait donc « *normal* » que la RdR soit toujours à la limite des lois, puisque c'est comme cela qu'elle a pu révéler et faire remonter aux instances institutionnelles les problèmes de terrain. Les politiques publiques de la Réduction des Risques naissent de pratiques militantes et illégales, qui doivent prouver leur efficacité et légitimité avant d'être validées et reconnues par les institutions. Les interventions de RdR disposent donc d'un caractère illégal transitoire, qui devient une étape normalisée dans le développement d'outils communautaires : traitements de substitution, testing, PES (échange de seringues)... A ce jour,

les débats concernent majoritairement la légalisation ou non de l'analyse de produits sur site et les salles de consommation à moindre risque.

Comme le dit Fabrice Perez (2017), *« l'histoire nous a montré que l'innovation vient rarement de l'intérieur du système mais de sa marge »*. Jusque dans les années 2000, *« la RdR s'invente dans des programmes sanitaires et sociaux à statut plus ou moins expérimental et dérogatoire aux lois, en lien souvent étroit avec leurs usagers et connaît des succès spectaculaires »* (Lalande, 2016). Assogba (2017) définit l'innovation sociale comme *« toute initiative prise par des acteurs sociaux dans un contexte sociétal donné, dans le but d'apporter des réponses inédites à un certain nombre de problèmes sociaux »*. Selon Assogba (2017), le processus d'innovation sociale se déroule en plusieurs étapes : d'abord, les *« pionniers [...] prennent des risques, s'aventurent seuls et adoptent l'innovation sans soutien de leurs congénères »*. Dans notre sujet, cela correspond par exemple à la mise en place de façon illégale des PES (échanges de seringues). Puis, *« des acteurs sociaux adoptent le comportement nouveau des pionniers. Suivent après la majorité des gens plus réfléchis et septiques, puis enfin les gens qui ont peine à changer »* (Assogba, 2017). Ce déroulement fut le même pour la reconnaissance de la nécessité d'avoir un accès généralisé de seringues propres pour les injecteurs, ainsi que la plupart des autres outils développés dans les milieux communautaires de Réduction des Risques.

4) Synthèse de la dynamique communautaire dans la Réduction des Risques

A travers la littérature, nous souhaitons donc décrire de façon plus concise en quoi consiste une dynamique communautaire dans le cadre de la Réduction des Risques (quel qu'en soit le thème d'action), afin de la mettre en perspective avec la dynamique institutionnelle que nous décrivons dans la partie suivante. Les critères décelés de la dynamique communautaire dans le cadre de la RdR sont les suivants :

	Dynamique communautaire (RdR)
Qui ?	Communauté avec sentiment d'appartenance conscientisé, définie vis-à-vis d'un tout plus grand constituant la norme (Tönnies, 1987 ; Weber, 1971) Associations militantes et communautaires Publics vulnérables, marginalisés, déviants, stigmatisés (Jourdan et al., 2012 ; Becker, 1963 ; Blaise, Rossé, 2011 ; Girard, 2014 ; Goffman, 1963 ; Castel, 1994 ; Petiau, 2006) Base du volontariat (Perez, 2017)
Approche	Santé communautaire (Conill, O'Neill, 1984 ; Motamed, 2015) Individu au centre des décisions, non-jugement (Couteron, 2011) Approche multidimensionnelle et multidisciplinaire Finalité : empowerment des individus marginalisés et/ou de la communauté (Ninacs, 2003 ; Le Bossé, 2003)
Comment ?	Fonctionnement et prises de décisions horizontal (Perez, 2017) Usager/patient expert (Couteron, 2011 ; D'Arripe, Routier, 2013), prise en charge par le milieu pour le milieu (Ninacs, 2003) Savoirs et actions informelles, outils et compétences spécifiques et propres à la communauté (Perez, 2017) Participation active aux priorités énoncées de la communauté (Conill, O'Neill, 1984 ; Motamed, 2015) Action locale, spécifique, éphémère (Lalande, 2016) Innovation sociale (Perez, 2017 ; Lalande, 2016 ; Assogba, 2017)

II/ La critique d'une institutionnalisation de la Réduction des Risques

A présent, nous allons tenter d'analyser le processus d'institutionnalisation dans le développement de l'approche de RdR dans les politiques sanitaires. Ce processus ayant été largement critiqué dans la littérature, nous mettrons en avant l'idée d'une institutionnalisation lente, sourde aux revendications, basée sur le jugement d'une lutte

antidrogues répressive et inefficace. Enfin, nous décrirons les différents enjeux qu'une intégration faite presque exclusivement dans le médico-social représente.

1) Une difficile intégration de la Réduction des Risques en France

- *Une intégration frileuse de la santé communautaire*

L'approche de la santé publique est globale, tandis que la santé communautaire dans la Réduction des Risques est « *une approche centrée sur la personne* » (Couteron, 2011) ; ce constat met en avant le premier paradoxe qui fut « *source de difficulté avant qu'un réel travail de partenariat ne permette d'atteindre une conceptualisation commune* » (Couteron, 2011). En effet, c'est une réelle différence de paradigme qui oppose la RdR et son application institutionnelle (RdRD). Dans la conceptualisation de l'interaction entre santé publique et santé communautaire de Jourdan (et al., 2012), est évoqué un lent processus de quarante années d'évolution de la santé communautaire. A la fin de ce processus, « *le terme « santé communautaire » ne fait toujours pas partie du vocabulaire utilisé par la santé publique française* », et bien que la volonté soit présente de « *voir émerger un cadre institutionnel en vue du développement d'actions de santé au plus près des populations* », cette notion est encore étrangère à la culture sanitaire française. En effet, elle a été « *largement disqualifiée par les acteurs politiques qui n'ont pas hésité à l'assimiler à une éphémère mode « post-1968 » ou bien à l'expression d'un communautarisme potentiellement dangereux* » (Jourdan et al., 2012).

Nous choisissons ici la définition de D'Amours sur le processus d'institutionnalisation, puisqu'il met en avant la notion de compromis ; c'est un « *processus de définition et de codification des règles, produit de compromis entre les acteurs, et qui inclue le financement, les conditions de développement, les règles de participation, les principes de démocratisation, les formes des ententes partenariales, les politiques sociales, etc.* » (D'Amours, 2000).

- ***Un lissage institutionnel au profit du plus grand nombre***

Oger et Ollivier-Yaniv (2006), à travers une étude anthropologique du discours institutionnel, nous disent que la voix des institutions s'adresse « *au grand public* », en procédant à une forme de « *lissage* », défini comme « *le gommage des formes de diversité et d'hétérogénéité en général* ». L'institution considère ainsi que les usagers de drogues ne constituent pas la majorité de sa population, et ainsi que la Réduction des Risques ne constitue pas une urgence du point de vue institutionnel. Cependant, l'alcool est une drogue addictive qui concerne la majorité des français, et elle ne donne pas plus lieu à un suivi adapté ; aujourd'hui, 87% des 18-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par an¹.

Contrairement à des pays comme le Royaume-Uni, un gros décalage temporel est visible entre ce qui se passe sur le terrain français et ce qui se met en place via l'institution. Dans un premier temps, des solutions sont trouvées par des personnes militantes et concernées, les usagers de drogues. Puis, dans un second temps, les actions de RdR prouvent une certaine efficacité et certaines sont sélectionnées par l'institution pour être diffusées plus largement. Perez (2017) détecte un cycle d'environ 20 ans pour chaque institutionnalisation (génération Sida et génération festive), là où des pays comme le Royaume-Uni ont intégré dès 1985 des mesures de Réduction des Risques dans leurs politiques sanitaires.

- ***Un processus d'institutionnalisation lent***

Dans la littérature décrivant la RdR en France, sa place est souvent d'abord recontextualisée à l'international, où nous retrouvons quasi-systématiquement cette idée de « *retard français* » dans une mentalité qui serait également trop étroite car limitée à une vision médicalisée. Nicole Maestracci, présidente de la MIDLT (Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie) de 1998 à 2002, décrit deux types de politiques de santé publique (Maestracci, 2010) :

D'une part, des pays comme le Royaume-Unis, les Pays-Bas, la Suisse ou encore les pays nordiques. En prenant l'exemple de l'épidémie du SIDA, elle nous dit que « *les mesures de*

¹ Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? Mis à jour le 14 janvier 2020, Consulté le 25/10/2020. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>

réduction des risques se sont rapidement imposées aux professionnels de santé de manière évidente et pragmatique [...] à partir de 1985 ». Selon elle, cette approche proviendrait d'une « *tradition de santé publique* ». D'ailleurs, dans ces pays, nous parlons davantage de réduction des méfaits. Cette notion, définie par l'IHRA (International Harm Reduction Association) « *concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique, sans nécessairement diminuer la consommation de drogues. La réduction des méfaits bénéficie aux personnes qui consomment des drogues, à leurs familles ainsi qu'à la communauté.* »

D'autre part, des pays n'ayant pas cette tradition, mais plutôt « *une approche moralisante des questions d'addiction. Dans ces pays (France et Etats-Unis), ce sont les associations et les militants qui ont imposé la mise en œuvre des mesures de réduction des risques* ». Ce constat, émanant pourtant d'une personne au MILDT (organe institutionnel plutôt contre la notion de drogue comme son nom l'indique), confirme ainsi notre propos précédent.

Nous étudions dans les paragraphes suivants cette approche basée sur le jugement, et mise en place dans un environnement répressif.

2) Mentalité antidrogues, répression forte... Une collaboration étatique complexe

- Les entrepreneurs de morale (Becker, 1963)

Dans l'approche sociologique d'Howard Becker (1963) concernant le principe de déviance, ce dernier met en avant la position de ceux qu'il appelle les « *entrepreneurs de morale* ». Selon lui, « *les normes sont le produit de l'initiative de certains individus, et nous pouvons considérer ceux qui prennent de telles initiatives comme des entrepreneurs de morale. Deux types d'entrepreneurs retiendront notre attention : ceux qui créent les normes et ceux qui les font appliquer* » (Becker, 1963). Il utilise d'ailleurs l'exemple du prohibitionniste (prohibition de la marijuana dans son cas), en le décrivant comme « *fervent et vertueux, souvent même imbu de sa vertu* ». L'objectif « *typique des militants des croisades morales* » serait de nature humanitaire, c'est-à-dire « *aider ceux qui sont en-dessous d'eux à améliorer leur statut* ». Cependant, cette position de supériorité entraînerait le renforcement d'un pouvoir

inégalitaire, faussant l'objectif humanitaire derrière. Nous reprenons le cas des prohibitionnistes puisqu'il convient à notre sujet dans le processus d'institutionnalisation des valeurs de la RdR. Plus haut, nous avons établi le constat que les groupes communautaires dans l'historique de la Réduction des Risques, étaient systématiquement militants, contribuant ainsi à leur identité de marginaux. Nous ne pouvons nier que cette posture militante crée une rivalité avec les valeurs antidrogues prônées par les pouvoirs publics. Cette rivalité peut ainsi prendre la forme d'un combat idéologique ; mais dans une situation où le pouvoir est déséquilibré, cela amène souvent à une répression des pouvoirs publics sur ces groupes militants en question.

- ***Pathologisation des usagers et lutte antidrogues répressive***

En effet, l'histoire des politiques de drogues en France est marquée par de fortes valeurs antidrogues. Dans les années 70, « *l'utilisateur de drogues sera malade et/ou délinquant* » (Couteron, 2011). La loi de 1970 « *réprime la simple détention de drogue par un an d'emprisonnement* » (Blaise, Rossé, 2011). La toxicomanie, terme à connotation péjorative pour désigner les usagers de drogues, est vue comme une maladie traitable seulement en hôpital psychiatrique, décrit comme un « *univers asilaire reproduisa[n]t point par point celui des prisons* » par le Docteur Olivenstein (cité dans Blaise, Rossé, 2011). Maestracci (2010) raconte qu'à cette époque apparaît le « *problème de la consommation de drogues* » ; mais « *les pouvoirs publics n'avaient aucun savoir-faire. Ils ont donc fait confiance à quelques psychiatres [...]. C'est ainsi que les pouvoirs publics se sont laissé convaincre que la toxicomanie était une pathologie spécifique [...]* ». Comme expliqué plus haut, les Etats-Unis adoptent la même posture que la France ; en 1971, Nixon déclare la guerre aux drogues, en le qualifiant d'« *ennemi public numéro 1* ». Cette approche se fonde sur la « *recherche très exigeante de l'abstinence [...et] marquée par le rejet absolu de toute autre forme de prise en charge* » (Maestracci, 2010).

La raison principale évoquée par les pouvoirs publics, encore présente dans les mentalités à l'heure actuelle, est la peur de l'incitation à travers la mise en place de politiques de Réduction des Risques. Prenons l'exemple de l'usage des seringues propres. D'une part, le gouvernement explique aux usagers que la seule possibilité pour améliorer leurs conditions de vie passe par l'abstinence. D'autre part, les intervenants de RdR optent pour une approche

pragmatique où l'abstinence est un moyen pour réduire les risques au même titre que d'autres, mais toutes les solutions doivent être proposées dans une approche non-jugeante, afin de réduire la mortalité et/ou la marginalisation croissante de cette population. De plus, l'abstinence n'est pas systématiquement accessible, et n'est pas voulue par tous. Est ainsi proposé par exemple des seringues d'injection stériles afin d'éviter les transmissions de virus. L'Etat considère cela comme une incitation, et interdit par un décret en 1972 la vente libre de seringues. Il faudra attendre 1987 avant que les usagers puissent s'en procurer. En 2010, des chercheurs déclarent à la Conférence de Vienne sur le SIDA que « *la criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH et a eu des retombées essentiellement négatives sur la santé de la société* » (dans Dumand, Doublet, 2011). Des groupes de tous bords politiques se réunissent pour préconiser l'ouverture des salles de consommation supervisées ; ces efforts ont pour résultat le fait que « *François Fillon, premier ministre du gouvernement Sarkozy refuse de financer les salles de consommation supervisée au prétexte que cela constituera un encouragement à la consommation* » (Dumand, Doublet, 2011).

- ***Une répression inefficace***

Les effets de la lutte antidrogue identifiés par Dumand et Doublet (2011) sont nombreux sur la population française. Nous pouvons citer par exemple de nombreuses atteintes aux libertés, ou encore des taux d'incarcération qui explosent. Lalande (2016) le décrit de façon complète : « *pour les consommateurs de substances illicites, dont le nombre va croissant en Europe à partir de la fin des années 1960, il n'est pas rare que ce couple prohibition/abstinence ait des effets dramatiques : spirales de paupérisation et/ou parcours déviants (en raison notamment des coûts des produits sur le marché noir), séjours en prison, hôpital psychiatrique, cures d'électrochocs, sevrages et échecs de sevrage à répétition, « décrochages à la dure » et parfois maltraitance dans les centres du Patriarche... Entre la pénalisation de leurs pratiques, la violence des jugements moraux qu'ils subissent (sur leurs choix de consommation comme sur leur « manque de volonté » d'en sortir) et l'intense stigmatisation sociale dont ils font l'objet, un grand nombre de sujets se trouvent en situation d'impasse et de rupture social* ».

A ce jour, « *la France est l'un des pays les plus répressifs d'Europe vis-à-vis de l'usage de drogues* » (Jauffret-Roustide, Granier, 2017), alors qu'il est « *clairement établi, désormais,*

qu'une approche répressive n'apporte pas de solution efficace pour prévenir et réguler la consommation de drogues et les dommages qui peuvent y être associés ». Ce décalage crée donc bon nombre de tensions sur le terrain avec les forces de l'ordre. Nicole Maestracci, présidente de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies) de 1998 à 2002, illustre ces difficultés en analysant par exemple que « *les expériences de coopération avec la police pour éviter les interpellations à proximité de dispositifs de réduction des risques sont restées expérimentales et discrètes alors justement qu'elles auraient dû faire l'objet d'un engagement fort des pouvoirs publics* » (2010).

De plus, Fabrice Perez (2017) souligne que dans le cadre de l'usage de drogues festives, le cadre institutionnel légal ne va pas baisser les consommations, mais au contraire définir les pratiques des usagers de drogues. En effet, il « *tient une place particulièrement importante car le contournement de ce cadre est à l'origine de nombreuses évolutions (toutes substances confondues)* » (Perez, 2017). Par exemple, la mise en place des dépistages salivaires a orienté les consommations des usagers vers des produits non détectables, illustrant une fois de plus l'inefficacité d'un système répressif.

La partie de la Réduction des Risques qui a pu être institutionnalisée a vu ses principes réduits à une application presque exclusivement dans le champ du médico-social. Nous décrivons ces enjeux dans les paragraphes ci-dessous.

3) Une approche institutionnelle limitée au champ du médico-social

- Une approche inadaptée à un public éloigné des institutions

Comme l'histoire le démontre, la figure du toxicomane est toujours allée de pair avec une vision psychiatrisante et infantilisante, où sa place serait au mieux dans une institution médicalisée. A l'époque, ce sont d'ailleurs des internements forcés qui ont lieu, loin de considérer l'utilisateur comme une personne autonome, ayant des droits. C'est donc sans surprise que l'institutionnalisation de la RdR s'est faite presque exclusivement dans le champ du médico-social. Il faut attendre le 9 août 2004 pour une reconnaissance légale dans les politiques des drogues, mais seulement pour l'« *approche socio-sanitaire des drogues*

illicites » (Lalande, 2016). Nicole Maestracci (2010) nous parle d'une institutionnalisation à double-tranchant : d'une part, elle « *consolide le dispositif* », « *mais en forçant la médicalisation* », tout en maintenant « *la pénalisation de l'usage [...] avec le risque d'être enfermée dans une approche hygiéniste restrictive* » (Couteron, 2011). Nous observons ainsi un décalage entre les valeurs prônées par la RdR (prise en charge globale et communautaire des usagers de drogues, une autonomisation des patients), et les politiques publiques qui y répondent (exclusivement sanitaires dans un système médical segmenté).

Dans les années 80, le profil de l'utilisateur de drogue change ; ce ne sont « *plus les rebelles des années 1970 mais de plus en plus, des exclus du système social en situation de grande précarité* » (Maestracci, 2010). Un autre paradoxe prend place peu à peu. D'une part, nous avons l'approche psychiatrique et médicale pour le toxicomane ; d'autre part, la société se rend compte que ce même public est complètement marginalisé dans les parcours de soin, et donc celui le moins à même de se rendre volontairement dans les centres médicalisés. De plus, l'utilisateur ne s'identifie pas au personnel médical, sait d'avance qu'il va être jugé plutôt qu'aidé, et évite ainsi de se rendre dans ce type de structures.

Malgré le fait que plusieurs études montrent « *l'intérêt et l'efficacité des programmes de substitution* », les outils de RdR, en plus de leur mise en place lente et restreinte au champ du médico-social, sont inégalement répartis sur certains territoires. En 1992, les premiers traitements méthadones apparaissent, et en 1994, Médecins du Monde ouvre quatre centres méthadones. En 1996, ils ne sont toujours pas disponibles en Seine Saint-Denis, ville pourtant en forte demande, ainsi que dans les espaces ruraux (Maestracci, 2010).

Les mentalités n'évoluent que très peu quant aux préjugés sur les drogues et ses usagers, alors que cela fait partie intégrante de l'approche de RdR. Les valeurs antidrogues s'observent au niveau des pouvoirs publics, et par conséquent également sur le terrain du corps médical et soignant. Dans le processus d'institutionnalisation, le cercle d'intervenants s'est élargi à des personnes n'ayant parfois jamais entendu parler de l'approche de RdR. Désormais, ce ne sont plus systématiquement des personnes militantes qui agissent dans le domaine de la RdR, et une partie du corps médical reste mal informée, ou encore trop empreinte de valeurs toxicophobes pour agir dans une logique de non-jugement. Anne Coppel (2002) constate qu'il a « *fallu d'abord apporter la preuve que les toxicomanes étaient bien des personnes comme les autres* » pour mettre en place ces parcours de soin. Malheureusement, ces croyances persistent encore à l'heure d'aujourd'hui et ont des conséquences directes sur les usagers et

leur prise en charge dans les parcours de soins ; *« le risque d'avoir un contact conflictuel avec les services d'urgences est dix fois plus important chez les usagers de drogues que chez les autres patients [...] Il semble donc que chez certains professionnels des services d'urgences l'étiquette de toxicomanie éclipse partiellement le problème de santé pour lequel le patient se présente et altère la rigueur habituelle de leur approche clinique du patient »*, ce qui peut comporter de nombreux risques pour les patients concernés (Denis et al., 2009).

Le processus d'institutionnalisation, étudié plus haut comme un compromis entre acteurs sociaux, est donc le *« reflet d'une interaction entre acteurs sociaux et pouvoirs publics »* (Bouchard et al., dans D'Amours, 2000). Ce compromis comporte deux critères qui s'appliquent à notre cas. D'abord, *« plusieurs organismes communautaires ne se reconnaissent pas dans cette définition »*, ce qui est le cas lorsque la Réduction des Risques est instituée. Ensuite, le compromis doit impliquer que chacun des sous-secteurs à ce secteur soit reconnu, ce qui n'est pas le cas dans la RdR, puisque seulement la partie sanitaire fait l'objet d'une institutionnalisation.

- Les difficultés persistantes pour les travailleurs et intervenants de la RdR

Cela a bon nombre de conséquences sur le travail des acteurs de la Réduction des Risques. Au niveau des politiques publiques, S. Perez (2017) nous fait remarquer que bien que la RdR soit en partie institutionnalisée, *« l'usage de drogues, mais aussi le transport, la production, la présentation sous un jour favorable, la facilitation de l'usage, etc. sont sévèrement sanctionnés par la loi »*, avec comme conséquence l'existence d'un *« lien intrinsèque entre la clandestinité et tout acte lié aux drogues, y compris ceux en rapport avec la préservation de la santé »*.

De plus, l'alliance avec les travailleurs pairs qui fut au centre des réponses contre le Sida dans les années 90, *« paraît en souffrance. L'expression des consommateurs de produits illicites continuant de passer pour dangereuse, le principe d'une éducation par les pairs est souvent décrédibilisé. L'institutionnalisation du dispositif, en imposant des profils de recrutement conformes aux normes du médico-social, a restreint l'intégration de consommateurs ou ex-consommateurs dans les équipes »* (Lalande, 2016). Pourtant, les outils de santé communautaire mis en place par les pairs (autres usagers) permettent d'être *« plus crédibles et donne à leur intervention une certaine pertinence. En outre, on touche un public*

que les institutions ne peuvent pas toujours atteindre » (Da Cunha, 1998). N'oublions pas d'ailleurs que « le concept d'empowerment est fondé sur l'idée que les individus et les collectivités ont le droit de participer aux décisions qui les concernent » (Ninacs, 2003).

Enfin, la reconnaissance de la Réduction des Risques festive, *« pour laquelle le risque infectieux est loin d'être prioritaire » (Perez, 2017), voit ses intervenants exclus de ce processus : leur profil ne correspond que très peu à celui de travailleurs sociaux, « le cahier des charges des établissements médico-sociaux est en grande partie très contraignant voire incompatible avec l'intervention en milieux festifs » (Perez, 2017), et le mode de gestion basé sur le volontariat ne correspond que peu aux modèles organisationnels « valides ».* En effet, l'institutionnalisation et les dernières évolutions du monde associatif ont parallèlement eu des conséquences sur les associations. Désormais, les professionnels doivent avoir les compétences nécessaires pour remplir des appels à projet afin d'obtenir des financements, déterminer une stratégie, être l'interlocuteur de grandes instances, etc...

Il existerait donc plusieurs décalages entre ce que prône la RdR au départ, et son application sur le terrain ; au niveau politique, moral, culturel et sanitaire. D'une part est souhaitée la diffusion et la génération d'outils de Réduction des Risques ; d'autre part, un manque de coordination au niveau des valeurs implique une réelle difficulté à travailler en réseau, dans un système déjà fragmenté au niveau du suivi des usagers de drogues.

4) Synthèse de la dynamique institutionnelle dans la Réduction des Risques

Après avoir résumé les critères caractéristiques de la dynamique d'action communautaire dans le cadre de la Réduction des Risques, nous tentons à présent de faire la même chose pour la dynamique institutionnelle, à travers le tableau suivant :

	Dynamique institutionnelle (RdRD)
Qui ?	Société homogénéisée Institutions médico-sociales reconnues légalement Etat et politiques des drogues (Perez, 2017) Police (Becker, 1963) Publics correspondant à la majorité de la population Base du salariat (Perez, 2017)
Approche	Santé publique (Winslow dans Jourdan et al., 2012) Action en fonction des normes et valeurs du plus grand nombre et éloigné de la marge : moralisation forte (Maestracci, 2010 ; Coppel, 2002 ; Denis et al., 2009, Da Cunha, 1998) Système d'action segmenté Finalité : soigner le plus grand nombre
Comment ?	Fonctionnement et prise de décisions hiérarchique (Perez, 2017) Usager/patient passif et pathologisé (D'Arripe, Routier, 2013 ; Couteron, 2011) Formalisation, standardisation, mesure et codification des savoirs et compétences (Oger, Ollivier-Yaniv, 2006) Lenteur, prudence et compromission (D'Amours, 2000 ; Girard, 2014, Jourdan et al., 2012 ; Perez, 2017 ; Maestracci, 2010) Action à distance, pour tous, pérennisation des outils Contrôle et répression des pratiques et discours (Castel, 1994 ; Becker, 1963 ; Minotti-Vu Ngoc, 2002 ; Maestracci, 2010)

III/ L'organisation, institutionnelle ou non, comme dispositif d'empowerment des usagers

Dans cette troisième partie, nous souhaitons d'abord mettre en avant les deux approches, communautaire et institutionnelle. Un tableau nous permettra de faire ressortir les différents paradoxes d'une telle collaboration. Puis, nous dépasserons ce paradoxe en

remettant la notion d'empowerment au centre de notre propos, grâce à la grille conceptuelle proposée par Ninacs (2003).

5) Synthèse des dynamiques, comparaison, paradoxes et dépassement du paradoxe

A travers cet historique critique de l'évolution de la Réduction des Risques en France, nous avons pu distinguer deux dynamiques d'action : communautaire et institutionnelle. En France, ces deux dynamiques sont culturellement opposées. La dynamique communautaire s'est développée par opposition à un Etat inactif ; et la dynamique institutionnelle s'est fait au détriment des valeurs fondamentales de l'approche de Réduction des Risques. Nous avons représenté ces deux démarches en les opposant dans le tableau suivant :

	Dynamique communautaire (RdR)	Dynamique institutionnelle (RdRD)
Qui ?	Communauté avec sentiment d'appartenance conscientisé, définie vis-à-vis d'un tout plus grand constituant la norme (Tönnies, 1987 ; Weber, 1971) Associations militantes et communautaires	Société homogénéisée Institutions médico-sociales reconnues légalement Etat et politiques des drogues (Perez, 2017) Police (Becker, 1963)
	Publics vulnérables, marginalisés, déviants, stigmatisés (Jourdan et al., 2012 ; Becker, 1963 ; Blaise, Rossé, 2011 ; Girard, 2014 ; Goffman, 1963 ; Castel, 1994 ; Petiau, 2006)	Publics correspondant à la majorité de la population
	Base du volontariat (Perez, 2017)	Base du salariat (Perez, 2017)
Approche	Santé communautaire (Conill, O'Neill, 1984 ; Motamed, 2015)	Santé publique (Winslow dans Jourdan et al., 2012)

	Individu au centre des décisions, non-jugement (Couteron, 2011)	Action en fonction des normes et valeurs du plus grand nombre et éloigné de la marge : moralisation forte (Maestracci, 2010 ; Coppel, 2002 ; Denis et al., 2009, Da Cunha, 1998)
	Approche multidimensionnelle et multidisciplinaire	Système d'action segmenté
	Finalité : empowerment des individus marginalisés et/ou de la communauté (Ninacs, 2003 ; Le Bossé, 2003)	Finalité : soigner le plus grand nombre
Comment ?	Fonctionnement et prises de décisions horizontal (Perez, 2017)	Fonctionnement et prise de décisions hiérarchique (Perez, 2017)
	Usager/patient expert (Couteron, 2011 ; D'Arripe, Routier, 2013), prise en charge par le milieu pour le milieu (Ninacs, 2003)	Usager/patient passif et pathologisé (D'Arripe, Routier, 2013 ; Couteron, 2011)
	Savoirs et actions informelles, outils et compétences spécifiques et propres à la communauté (Perez, 2017)	Formalisation, standardisation, mesure et codification des savoirs et compétences (Oger, Ollivier-Yaniv, 2006)
	Participation active aux priorités énoncées de la communauté (Conill, O'Neill, 1984 ; Motamed, 2015)	Lenteur, prudence et compromission (D'Amours, 2000 ; Girard, 2014, Jourdan et al., 2012 ; Perez, 2017 ; Maestracci, 2010)
	Action locale, spécifique, éphémère (Lalande, 2016)	Action à distance, pour tous, pérennisation des outils
	Innovation sociale (Perez, 2017 ; Lalande, 2016 ; Assogba, 2017)	Contrôle et répression des pratiques et discours (Castel, 1994 ; Becker, 1963 ; Minotti-Vu Ngoc, 2002 ; Maestracci, 2010)

Cependant, dans tout travail associatif, la place d'un paradoxe est centrale. Nommer le ou les paradoxe(s) permet ainsi de travailler avec, et de dépasser cette opposition.

Ce n'est ainsi pas l'institutionnalisation qui pose un problème, mais davantage la façon dont elle est faite ; car l'aboutissement de ce processus constitue avant tout une victoire militante pour les communautés concernées.

1) L'institutionnalisation comme victoire militante

Lorsque nous regardons ce tableau, en apparence tout oppose les deux dynamiques. Mais en réalité, certains critères sont des éléments revendiqués par la RdR militante. D'abord, l'accès pour tous aux outils de Réduction des Risques. Par exemple, dans les luttes contre le virus du Sida, les revendications communautaires faites auprès des pouvoirs publics revendiquaient justement une prise en charge globale, et même à des échelles internationales, des malades du Sida. En effet, toutes les personnes concernées par un problème sanitaire, ou lié à un usage de drogue, ne fait pas nécessairement partie d'une communauté (entité que nous avons d'ailleurs décrite comme relativement fermée). Par exemple, une personne homosexuelle ne se revendique pas forcément de la communauté homosexuelle. L'institutionnalisation permet ainsi une plus grande visibilité de ces solutions et peut ainsi permettre à certaines personnes d'avoir accès à ces droits qui lui étaient auparavant refusés (par les mêmes institutions cependant). De plus, l'addictologie prend en charge les addictions ; et une addiction, quelle qu'elle soit, n'implique pas nécessairement une appartenance à une communauté (Lalande, 2016).

Selon la notion de progrès, nous pouvons considérer qu'il existe un cycle où un besoin émerge, il est revendiqué de différentes manières par une population militante, puis finit par être entendu, et peu à peu institutionnalisé, jusqu'à être considéré comme un droit « *naturel* » pour la population. Beaucoup de fêtes militantes ont d'ailleurs comme raison une victoire légale, sur l'institutionnalisation par le droit d'un combat longuement mené. Maestracci (2010), malgré une position institutionnelle et très critique, reconnaît même que l'institutionnalisation a « *consolidé le dispositif* ».

De plus l'institutionnalisation de la Réduction des Risques a permis le développement du secteur « *addictologique* » dans le cadre du médico-social, qui selon Lalande (2016),

« *représente un progrès dans l'approche médicale des consommations, en termes de prise en compte de la complexité, de diversification des offres d'accompagnement, ou de cohérence du dispositif de prévention et de soin* ». Ces critères de progrès sont le fruit de longs combats de Réduction de Risques, qui ne furent pas entièrement vains.

Enfin, nous ne pouvons nier que la reconnaissance institutionnelle apporte à ces critères une certaine pérennisation des outils, à la condition qu'elle soit menée à bien. Comme le kit de prévention développé par Médecins du Monde, l'outil en question est inscrit dans la loi ; et les institutions s'engagent ainsi à certifier le droit d'en user sur le long terme. Le critère majeur de l'institutionnalisation reste la stabilité, même si parfois, comme nous l'avons vu précédemment, cela peut être source de lenteur et d'éloignement de la population en demande. Au-delà d'une inscription dans le droit, c'est donc une « *légitimité symbolique et d'une assise institutionnelle en lien avec l'institution médicale, comme de l'écoute des pouvoirs publics* », dont bénéficie aujourd'hui la RdR addictologique. Ces progrès doivent ainsi donner l'espoir que dans les années à suivre, les acteurs de terrain puissent peu à peu en faire apparaître d'autres. Selon notre étude de l'interaction entre santé publique et santé communautaire (Jourdan et al., 2012), cette dernière n'est pas figée et laisse à ces deux sphères la possibilité de continuer leurs interactions. « *Même si ce qui structure l'identité d'un acteur social du champ de la santé publique au sens générique du terme diffère de ce qui fait celle d'un acteur du champ communautaire, il est évident qu'il existe des individus et des organisations qui transcendent ces identités. À l'échelle macroscopique, leur influence sur le jeu social, si elle reste très limitée, ne doit pas pour autant être négligée* » (Jourdan et al., 2012). Enfin, bien que cela soit seulement partiel, une partie des intervenants militants ont pu construire une carrière dans la lignée de leur combat, par le financement de leur action. Ces derniers ont également pu bénéficier d'un réseau et de compétences auxquelles ils n'avaient pas accès auparavant. Il convient également de préciser que les travailleurs sociaux et médicaux peuvent également être à contrario militants, ajoutant par l'institutionnalisation du sens à leur action (Gaspar, 2012).

Il devient donc possible de choisir, dans les deux dynamiques (communautaire et institutionnelle), des critères qui permettent en les alliant d'atteindre la finalité d'*empowerment* des usagers.

2) Des structures hybrides pour satisfaire au mieux la finalité d'empowerment

Les militants de la Réduction des Risques, dans la littérature, ne rejettent pas l'institutionnalisation en elle-même. En effet, comme dit plus haut, cela reste l'aboutissement de combats de longue haleine. Cependant, ce qui est critiqué, c'est la manière dont cette institutionnalisation a eu lieu. Il reste ainsi des organisations qui ont su prendre les côtés positifs des deux dynamiques : garder l'utilisateur au centre des décisions, produire des soins pour des personnes rejetées par l'institution pure ; mais également garantir une action pérenne en obtenant les financements des institutions publiques, par exemple. C'est d'ailleurs le cas de bon nombre d'associations, qui perçoivent des financements dans le but de produire un service au plus proche d'une population éloignée des institutions. Ce type d'arrangement peut ainsi laisser aux associations concernées la liberté de choisir leur modèle de gouvernance, leur plaidoyer, etc... Comme nous l'avons décrit dans notre tableau plus haut, les démarches institutionnelle et communautaire représentent chacune un ensemble de critères. Il convient ainsi à chaque organisation, quelle que soit sa nature, de s'en arranger de la manière qui lui convient en fonction de ses finalités et actions prioritaires. De plus, selon le sujet traité dans la Réduction des Risques, les situations changent. Par exemple, la place de l'utilisateur est réfléchie différemment, que ce soit dans une organisation de RdR festive, ou dans une organisation de RdR autour des pratiques d'injection. Une liste non-exhaustive d'autres critères existent quant au choix de sa « *formule adaptée* » : l'histoire de l'organisation, son public, ses revendications, son objectif, etc... L'origine d'un collectif ou d'une organisation n'est pas le seul critère de légitimité (Ninacs, 2003, p.11).

Cependant, il convient d'obtenir un consensus entre les acteurs se définissant comme appartenant au champ de la réduction des risques, au niveau de l'éthique de travail. Perez (2017) nous parle ainsi d'une boussole éthique, qui dans la grande diversité d'organisations de la RdR, constitue un repère pour les intervenants. N'étant pas d'une grande précision de façon voulue, le choix est évidemment laissé aux intervenants dans les situations précises ; mais cet outil constitue des questions-phares qui permettent de se repérer, et/ou d'ouvrir le débat sur les questions concernées à ce moment. L'autre critère que nous décelons dans tous les écrits de la littérature sur la Réduction des Risques (Perez, 2017), c'est la question du

pouvoir : qui le détient ? Les personnes concernées ont-elles leur mot à dire, ont-elles possibilité de décider pour elles-mêmes, au sein des organisations qui soutiennent leurs intérêts ? Cela nous ramène vers la question de gouvernance, centrale dans la littérature sur les évolutions des associations dans l'économie sociale et solidaire (ESS) en France ces dernières années. Il est toujours possible, aujourd'hui, d'être militant, bien qu'ayant un statut institutionnel. C'est d'ailleurs Maheu (2005, dans Tardif, 2007) qui demande si l'on peut parler de « *mouvements sociaux caractérisés par la contestation et le conflit vis-à-vis de l'ordre établi étant donné leur degré d'institutionnalisation et de « routinisation* » ? » Tardif (2007) nous répond positivement : « *selon lui, les actions collectives contemporaines sont enracinées dans les formes actuelles de pouvoir et de domination qu'elles contestent toujours. En résumé, d'un côté les institutions encodent et encadrent l'action et, de l'autre, elles offrent des moyens pour habiliter à l'action* ».

Lalande (2016) prône ainsi la continuité d'une complémentarité et d'une alliance entre les différentes organisations qui agissent aujourd'hui dans le champ de la RdR. Cela doit prendre globalement des étapes successives suivantes : « *prise en compte d'un problème, élaboration d'une réponse communautaire, puis quête si nécessaire de soutiens et/ou d'alliances avec des partenaires (médecins, chercheurs, autorités publiques) à même de renforcer l'action entreprise en lui associant d'autres compétences* ». Ainsi, la préconisation vient dans le renforcement de l'action communautaire à travers une alliance en réseau. Cela permet une certaine mutualisation des outils et des ressources dans l'action sanitaire.

Sa seconde préconisation concerne la place de l'utilisateur, qui a été perdue de vue ces dernières années, au profit d'une médicalisation des postes salariés dans l'intervention de RdR. Elle cite la Charte d'Ottawa, qui en 1986, « *inscrivait au titre des « Actions pour promouvoir la santé* » un « *renforcement de l'action communautaire* » et soulignait l'importance de la participation des groupes concernés par des actions de santé à leur mise en œuvre, du début à la fin du processus : définition des priorités, choix des stratégies adoptées, élaboration concrète des réponses, mise en œuvre sur le terrain ». Ces 4 critères énoncés seraient donc ceux qui doivent entrer dans la réflexion des organisations qui souhaitent reconnaître l'origine communautaire des outils de Réduction des Risques. En effet, la place de l'utilisateur comme centrale, que ce soit dans les organisations ou dans la Recherche sur ces sujets (Perez, 2017 ; Lalande, 2016), est un critère non négociable selon ces auteurs. Cependant, cette place doit être soutenue, et il s'agit de garder une veille quant à leur

intégration dans le monde institutionnalisé, afin de ne pas être stigmatisé ou essentialisé en tant qu'usager. « *L'objectif doit dans tous les cas être de réinventer une place aux usagers et à leurs représentants, dans un dispositif qui voit peu à peu se raréfier leur voix* » (Lalande, 2016).

Cette réinvention prend place dans des organisations, qu'elles soient militantes ou non, institutionnalisées ou non ; l'essentiel revient à la notion d'*empowerment*. De plus, l'*empowerment* doit se passer à l'échelle communautaire, pour la communauté et les individus qui la composent, mais également pour les individus sans appartenance à une communauté.

Ainsi, nous choisissons de reprendre le cadre conceptuel proposé par Ninacs (2003) afin d'élaborer notre problématique de terrain, que nous détaillons dans la sous-partie suivante.

3) Retour au cadre conceptuel et problématisation

Le débat sur la manière dont doit être appliquée l'action de Réduction des Risques par les organisations doit toujours être vivant et alimenté par des acteurs de toutes parts, sur un pied d'égalité. Les rencontres entre acteurs, dans une action aujourd'hui très diversifiée, sont aujourd'hui plus importantes que jamais. La finalité reste celle de donner les moyens aux personnes qui le souhaitent d'améliorer certains aspects de leur vie ; mais avant cela, d'avoir le pouvoir nécessaire pour le faire. « *S'il ne faut pas sous-estimer le rôle des organisations communautaires sur le plan du développement et du maintien de l'autonomie des individus, il ne faut pas non plus sous-estimer le rôle des organisations intermédiaires, c'est-à-dire les lieux de concertation, sur le plan du développement et du maintien de l'autonomie des organisations qui en sont membres* » (Ninacs, 2003, p.12).

Nous reprenons ainsi la finalité d'*empowerment* que nous avons décrite plus haut, qui nous paraît primordiale pour relier les différents objectifs (Ninacs, 2003). Comme décrit plus haut, l'*empowerment* apparaît d'autant de façons que de cas existent pour un individu ou une communauté. Cela peut prendre place dans différents espaces organisationnels. Nous avons longuement étudié plus haut comment l'*empowerment* dans une communauté a pu se dérouler dans l'histoire. Ici, nous reprenons le cadre conceptuel de Ninacs (2003), pour trois raisons : d'une part, il décrit les critères du processus d'*empowerment* individuel et communautaire. D'autre part, il permet de comprendre en quoi l'organisation « *sert de lieu*

d'empowerment pour ses membres ou pour les autres personnes qui y participent, et développe ainsi une fonction d'empowerment communautaire » (Ninacs, 2003). Enfin, il permet de dépasser l'opposition entre institutionnel et communautaire, en se concentrant plutôt sur les notions de communauté et d'organisation, donnant ainsi le moyen de faire le lien entre individu, communauté et organisation (institutionnalisée ou non). Il schématise sa pensée de la manière suivante, que nous expliquons en détails ci-dessous :

FIGURE 1. L'EMPOWERMENT INDIVIDUEL, L'EMPOWERMENT ORGANISATIONNEL ET L'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE

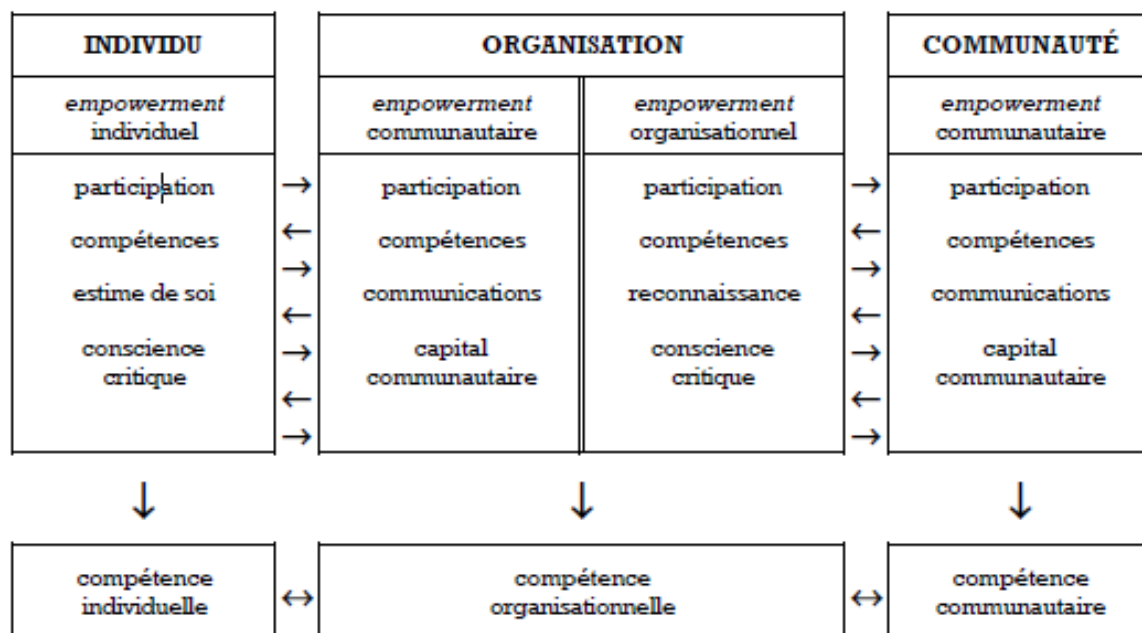


Schéma 2 - extrait de Ninacs, 2003

D'une part, nous avons le processus d'*empowerment* individuel, qui peut s'opérer pour un individu ou une organisation. Ce cheminement doit s'opérer sur quatre plans. Tout d'abord, la participation psychologique (exercer un droit de parole, se faire entendre, droit de participer aux décisions) et pratique (contribuer avec rationalité et engagement). Ensuite, cela se fait au niveau des compétences techniques : avoir les connaissances, et les habiletés qui permettent la participation et l'exécution de l'action. Puis, cette augmentation du pouvoir se passe au niveau de l'estime de soi : acquérir de l'amour, de la confiance et une bonne vision de soi, être reconnu par soi et les autres. Enfin, la conscience critique qui se fait par le développement d'une conscience collective, sociale et politique ; en reconnaissant sa responsabilité personnelle dans le changement. Dans le cadre de notre étude sur la RdR, l'empowerment d'un usager va se traduire par le fait de se sentir légitime en exprimant ses

besoins, même s'ils ne correspondent pas à l'abstinence ; en ayant une information claire et objective sur ses pratiques pour éviter les risques qui y sont liés ; être reconnu comme ayant des éléments expérientiels à apporter à la discipline addictologique ; etc...

Dans la continuité, expliquons maintenant le processus d'*empowerment* communautaire, qui permet l'augmentation du pouvoir collectif perdu ou absent. Ce processus doit être vécu simultanément par la communauté et des individus qui la composent. A son tour, ce processus agit sur quatre plans. D'abord, la création de lieux (réels ou virtuels) permettant la participation de tous. Puis, au niveau des compétences au sens large : connaissances, reconnaissance, coopération, imputabilité, maillage des ressources locales, autogestion, développement, etc... Ensuite, la capacité dans la communication à avoir des interactions positives, avoir des divergences, une confiance, une circulation libre et efficace des informations, une accessibilité pour tous... Enfin, le capital communautaire permet l'accumulation d'un sentiment d'appartenance et une conscience citoyenne. Prenons l'exemple ici de la communauté de RdR internet : la communauté des usagers sur le web vit le processus d'*empowerment* lorsqu'elle a une plateforme (un lieu donc) pour participer à la constitution d'une réserve d'informations claires et objectives sur leurs usages ; qu'elle peut regrouper différentes ressources de plusieurs sources différentes ; qu'elle peut établir un suivi à distance de certains usagers ; que les différents individus qui la composent se sentent appartenir à ce tout qui lutte pour une consommation sans risques.

La troisième dynamique est celle de l'*empowerment* organisationnel, où l'organisation se positionne comme un lieu ou un dispositif d'*empowerment* pour les individus et/ou les communautés (et même pour des organisations, dans le cas d'une fédération d'associations par exemple). Le processus d'*empowerment* communautaire au sein d'une organisation nous intéresse particulièrement. Il se passe de la manière suivante : *« une communauté compétente est un lieu où les différents systèmes arrivent à répondre aux besoins des individus et où les individus arrivent à utiliser les systèmes de façon efficace. Or les systèmes d'une communauté sont constitués de dispositifs formels, qui sont, en fait, les outils qu'utilise la communauté pour mettre en œuvre sa compétence et réaliser sa mission. Ces dispositifs prennent très souvent la forme d'organisations »* (Ninacs, 2003).

De la même façon que les deux autres types de processus, l'*empowerment* prend place sur quatre plans. Le critère de participation est identique à celui de l'*empowerment* individuel. Au niveau des compétences, ce sont celles mises à contribution par les individus qui compose

l'organisation. Le critère de reconnaissance consiste en une auto-reconnaissance de sa légitimité, ses compétences ; mais aussi la façon dont l'organisation est perçue de l'extérieur et de l'intérieur. En effet, la légitimité n'est pas seulement liée à l'origine, mais aussi à la façon dont elle se définit, se distingue d'autres organisations, et de sa pertinence. Enfin, la conscience critique est un critère non-négligeable, dans une logique d'action et de veille, afin d'analyser et clarifier constamment les enjeux auxquels font face l'organisation. Pour une communauté, l'organisation peut ainsi être un lieu de participation pour les collectifs, un moyen de communication pour les communautés éloignées, un encouragement à l'expression, et la possibilité du développement d'un sentiment d'appartenance.

L'auteur (Ninacs, 2003) pointe ainsi deux dangers pour l'organisation. Dans une logique où les organisations peuvent répondre à une demande publique, et selon le principe d'isomorphisme, elles peuvent avoir tendance à copier les organisations institutionnelles, et ainsi s'éloigner des individus et des communautés qui sont leur raison d'existence au départ. De plus, l'organisation est un lieu de pouvoir et doit veiller à ne pas faire en sorte qu'un processus de *disempowerment* prenne place : ce dernier prend en compte les mêmes critères énoncés ci-dessus, mais dans une logique inversée (par exemple, une baisse de l'estime de soi, ou une baisse de légitimité institutionnelle).

Nous choisissons pour illustrer l'empowerment organisationnel, de prendre l'exemple de l'association AIDES, qui est née d'une initiative au sein de la communauté homosexuelle ayant contracté le virus du Sida. De communauté, elle est rapidement passée à l'état d'organisation, en devenant en 1984 une association de lutte contre le Sida, reconnue d'utilité publique. Très rapidement elle se compose majoritairement de personnes venant du secteur médico-social. Elle a ainsi agi sur les quatre plans de l'*empowerment* communautaire, à travers l'*empowerment* organisationnel : mobiliser le droit de parole des malades du Sida et de leurs proches ainsi que leur participation aux décisions, mobiliser les compétences du secteur médico-social, en acquérant au fil des années une reconnaissance en devenant l'interlocuteur principal de l'Etat sur ces sujets, et en ayant une conscience critique dans l'adaptation de son action au fil du temps. Cependant, de nombreuses critiques ont également été produites à l'encontre de cette association, l'accusant parfois de s'éloigner du public en s'institutionnalisant principalement dans le champ du médico-social, et en excluant parfois les revendications de départ contre l'homophobie.

Après avoir analysé en détail la littérature sur la dynamique communautaire à l'origine de la Réduction des Risques, puis la dynamique d'institutionnalisation de ce même domaine ; après avoir extrait les paradoxes de cette double-approche, puis dépassé ce paradoxe à l'aide du critère d'empowerment, nous nous posons enfin la question suivante :

De quelle manière une organisation institutionnelle peut-elle rester le dispositif d'empowerment individuel et communautaire ?

Nous tenterons de répondre à cette question à travers l'étude du projet Plus Belle la Nuit, agissant dans le milieu de la Réduction des Risques festive, hébergé par l'association médico-sociale Bus 31/32.

Méthodologie

Présentation du terrain d'enquête

Comme décrit plus haut, l'association Médecins du Monde (MdM) est un des acteurs du médico-social qui a pris place dans la lutte et l'institutionnalisation de la Réduction des Risques et des Dommages. En 1994, le bus qui permet la fourniture de seringues stériles se poste pour la première fois devant la poste de Colbert en juillet 1994. En 1998, MdM lance le premier « *bus méthadone* » à Paris, afin de répondre à la nécessité pour les usagers d'obtenir des traitements de substitution. Puis, le même service est créé à Marseille. En s'autonomisant de MdM, cette structure deviendra indépendante en se renommant association Bus 31/32 le 05/12/2005. Ce type de structure est pluridisciplinaire et a pour objet de rencontrer et prendre en charge toute personne usagère de substances psychoactives, ainsi que son entourage ; et ceci dans un cadre médical, social et psychologique. Cette association se revendique appliquer les principes de la politique de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) liés à l'usage de drogues.

Aujourd'hui, l'association gère deux structures :

- Le CSST/CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) « *Bus Méthadone* » : cet agrément permet à l'association de délivrer des traitements de substitution aux opiacés (TSO), et sa spécificité consiste à pouvoir le faire de manière ambulatoire.
- Le CAARUD 31/32 (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) : également de manière ambulatoire, cet agrément concrétise la mission sociale de l'association. Ce CAARUD héberge le pôle de RdR en milieux festifs techno, ainsi que le pôle travail de rue (sortie au moins une fois par semaine à la rencontre des usagers les plus isolés à Marseille).

Parallèlement au développement de l'association, la Ville de Marseille entame une réflexion autour des pratiques festives urbaines, dans l'optique de 2013 ; Marseille capitale de la culture européenne. A l'aide de ses partenaires institutionnels (MILDT, ARS, Conseil Régional, CUCS, SSPH, SPD), l'objectif est de renforcer le dispositif de prévention et de Réduction des Risques déjà mis en place dans les milieux festifs alternatifs (comme l'illustre

l'existence au préalable du pôle festif techno). Un appel à projet intitulé « *Ville de Marseille* » est mis en place en 2010, afin d'avoir un projet en phase opérationnelle pour 2013. C'est ainsi que PBLN prend la forme d'un projet collectif, interinstitutionnel et multi-partenarial, porté par le Bus 31/32. Très peu d'organisations de Réduction des Risques ont comme destination aujourd'hui les publics des milieux festifs urbains et commerciaux ; le projet a donc dès le départ une vocation à rechercher et innover sur ces sujets.

Phases préalable et préparatoire (2010 → 2012)

Un état des lieux est ainsi fait fin 2010 afin de décrire les besoins du terrain des espaces festifs urbains commerciaux. A la fin de cette phase, le dispositif rentre en 2011 dans la phase préparatoire ; poursuite du diagnostic entamé et préparation des premiers partenariats. En mars 2012, le nom de Plus Belle la Nuit est voté, ainsi que ses objectifs initiaux : renforcer la coordination des acteurs concernés, amplifier la capacité d'intervention des acteurs de prévention, couvrir l'hétérogénéité des milieux festifs présents sur le territoire de Marseille. Cette année-là, l'équipe passe en phase opérationnelle ; début des interventions en milieu festif, avec la constitution d'une première équipe bénévole.

Phase opérationnelle (2013 → 2014)

En 2013, les interventions se font avec des partenaires, l'équipe de bénévoles se structure et se forme. Dans une logique de recherche et conformément aux attentes de la Ville de Marseille, une carte est dressée sur les parcours urbains au cours desquels les personnes s'alcoolisent.

Phase de consolidation (2014)

En 2014 : les financements grandissent, le dispositif se consolide, la sensibilisation des partenaires augmente. La coordination prend désormais une place à part entière dans le temps de travail ; et une première volontaire en service civique est intégrée à l'équipe.

Phase de développement (2015 → aujourd'hui)

Les travaux de recherche sur les besoins de terrain permettent une certaine légitimité dans le plaidoyer fait auprès des instances institutionnelles. Une expérimentation de maraudes dans l'espace public prend alors place, en salariant à temps partiel des anciens bénévoles (pour la plupart). Une première animatrice de prévention et RdR est salariée, apportant une permanence sur les actions événementielles. Plus Belle la Nuit réussit à créer une communauté sur le web permettant une voie d'atteinte des objectifs initiaux. Les financements doublent quasiment en 2015. En mai 2016, une AG extraordinaire est réunie

pour modifier les statuts de l'association et les adapter à l'action de terrain. On y ajoute ainsi les agréments jeunesse et éducation populaire, ainsi qu'un rescrit fiscal de type mécénat, ce qui permet de diversifier les sources de financement. En 2018, c'est d'ailleurs la Fondation de France et Roche qui permet aux côtés de l'ARS de mettre en place le Chill'In, moment de rencontre et à thèmes, tous les jeudis, entre usagers. De plus, en juin 2016, une commission prend place avec différents financeurs pour convenir d'un plan de financement pluriannuel, assurant la pérennité du projet.

Les financeurs sont nombreux et évoluent au cours des années. Aujourd'hui, ce sont les suivants : ARS 13, Département 13, FIPD 13, MILDECA 13, SPD et SSPH Ville de Marseille, Région Sud, Ville d'Aix-en-Provence, Fondation de France et Roche.

Le travail se fait également en réseau grâce à de multiples partenaires majoritairement locaux : professionnels de la fête, médias, institutions publiques, acteurs sociaux locaux, partenaires régionaux, opérateurs collaboratifs (Tipi, Avenir Santé, ASUD...). Ce réseau est d'autant plus important qu'il permet une orientation adaptée des publics rencontrés durant les interventions ; une connaissance formelle, ainsi qu'informelle est nécessaire afin de répondre au plus près des besoins du public.

Aujourd'hui, l'équipe du projet est structurée de la manière suivante :

Directrice Bus 31/32 Maëla Le Brun Gadélius		
Cheffe de projet PBLN S1		
Coordinateur.rice opérationnel.le S3 S2	Animateur de prévention RdR S4	Chargé de projet 2.0 S5
Equipe dédiée aux maraudes 4 personnes d'avril à octobre	Equipe de bénévoles Environ 40 avec 15 actifs	Volontaires en service civique 2 ou 4 par binômes selon les phases

Plus Belle la Nuit 3 axes d'action		
Interventions sur site Stands, flyage, maraudes	Autonomisation des acteurs de la fête Présentation du Label, sensibilisations, accompagnement des lieux labelisés	Amplification des messages de santé festive PBLN 2.0 : page Facebook, messagerie instantanée, diffusion d'informations, recherche

Démarche

Notre questionnement se fait à travers une démarche d'étude de cas que représente le terrain de Plus Belle la Nuit. Je n'avais personnellement jamais entendu parler de Réduction des Risques avant de commencer ce stage. Ayant passé 3 mois de mon stage en confinement, j'ai donc eu des difficultés pour d'intégrer l'approche dans sa globalité, ainsi que son histoire riche et porteuse de nombreux enjeux sociétaux.

Ma démarche déductive s'est donc effectuée en faisant des allers-retours réguliers entre le terrain et la théorie, réadaptant à chaque fois mon objet d'étude, mes idées, mes hypothèses et questionnements. C'est donc au bout d'un certain temps de la collecte de données que j'ai pu fixer un cadre à mon étude, après avoir bien saisi les enjeux que représentait la notion de Réduction des Risques.

Cela m'amène d'ailleurs à préciser que cette notion, même dans des espaces institutionnalisés, est marquée de certaines caractéristiques communautaires : beaucoup de savoir non formalisés, expérientiel, protégé, parfois caché. Ces éléments ont ainsi pu confirmer certaines de mes hypothèses, tout en rendant parfois difficile l'appropriation de certains concepts sur une étude de terrain courte.

La durée et modalités de mon étude de terrain constituent un élément non-négligeable de mes résultats. Arrivée en mars, il se passe une semaine avant que le confinement ne débute. Je fais connaissance avec l'équipe à distance, ce qui limite considérablement nos interactions pendant les trois mois qui suivent. Le retour en présentiel se fait début juin, là où l'observation

et les interactions informelles peuvent enfin commencer. A partir de là, il ne reste que trois mois pour saisir les enjeux de ce terrain, parallèlement aux missions qui me sont confiées en tant que volontaire en service civique. Le milieu festif étant arrêté en cette période de Covid-19, très peu d'interventions prennent place ; c'est donc un travail davantage de bureau, et de réflexivité, qui prend place à Plus Belle la Nuit. Je souhaite signaler la difficulté de constituer une problématique de recherche durant un travail à plein temps qui n'a duré, en présentiel, que trois mois, dont le mois d'août de vacances pour l'équipe.

A la fin de l'été, ma question de départ émane : quelle est la place d'une organisation telle que Plus Belle la Nuit dans le communautaire et l'institutionnel, deux entités opposées dans les discours ? En cherchant dans le sens de cette question, j'ai fait de l'observation participante, et réalisé des entretiens semi-directifs avec les salariés, bénévoles et partenaires de PBLN.

Mon étude n'a pas la prétention de produire des préconisations pour la direction des activités de PBLN ; mais tout au plus de donner des outils théoriques comme repères aux personnels de l'équipe qui s'intéresseront à mon travail.

Observation participante

Selon Jean Peneff (1996), l'observation participante « *se déroule généralement sur une longue période (trois mois à un an [...]) de manière à s'intégrer dans le collectif de travail, à se familiariser avec la forme spécifique de l'activité et à contrôler sur un grand nombre de cas les analyses dégagées* ».

C'est donc dans cette logique que j'ai approché mon terrain, en tant que volontaire en service civique, de mars à septembre 2020.

Ma participation à l'activité s'est faite sur plusieurs plans de l'activité de Plus Belle la Nuit. Tout d'abord, j'ai pu participer à un travail de fond, rendu plus disponible par la situation de Covid-19. En effet, la période ayant limité les interventions en milieux festifs, les salariés se sont davantage tournés sur une réflexivité de leur action (labels, partenariats, sens et modalités des actions présentes et futures). J'ai pu ainsi observer la mise en place du nouveau projet portant sur les Violences Sexistes et Sexuelles, porté par S3. De mon côté, j'ai travaillé en binôme sur le partenariat avec les urgences de la Timone : mise en place d'une mallette numérique regroupant des informations, ressources et concepts, avec comme objectif la

facilitation d'un travail dans une approche de Réduction des Risques. J'ai assisté aux réunions hebdomadaires de l'équipe PBLN, ainsi qu'aux réunions avec l'équipe plus large de l'association Bus 31/32.

Avec les autres volontaires en service civique qui ont terminé leur mission durant le confinement, nous nous sommes co-formés sur des sujets de RdR, afin de faciliter notre arrivée dans l'équipe en ces temps troubles. J'ai également pu bénéficier des formations proposée par des volontaires de Techno+, durant le week-end de formation qui a pris place mi-octobre. Enfin, des temps de formation avec les bénévoles et maraudeurs salariés ont pris place sur les thèmes de l'Ecoute Active, du Counseling, en nous permettant une certaine réflexivité des pratiques d'intervention.

J'ai également pu intervenir sur le terrain durant des maraudes hebdomadaires, prenant place sur divers territoires : Vieux-Port, Cours Julien, La Plaine. J'ai également été intervenante sur les stands à la Brasserie Communale prenant place chaque mardi. Enfin, j'ai pu participer au stand ponctuel mis en place lors d'un événement queer au Chapiteau (Belle de Mai).

Ces actions m'ont permis de passer d'une position extérieure, d'étudiante ne connaissant que peu d'éléments à l'approche de Réduction des Risques, à une position d'intervenante ayant intégré les concepts de cette approche, nourrissant peu à peu mon enquête de terrain. Je termine mon contrat de volontariat en devenant bénévole dans cette structure.

Pour finir, faisant moi-même la fête lorsque les périodes le permettent, j'ai eu la chance de pouvoir apporter un savoir personnel, en le questionnant et l'approfondissant à l'aide de l'équipe. Les temps d'échanges informels sur ces sujets furent nombreux au local du Petit Chantier.

Entretiens semi-directifs

Selon Imbert (2010), l'entretien semi-directif « *est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* ». L'auteur met en avant les caractéristiques de ce type d'entretien en citant les travaux de De Ketele et Roegiers (1996, p.172). L'entretien semi-directif est un « *discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins déterminé selon la réactivité de l'interviewé* », nécessitant « *quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer* ». Cette méthode « *recueillie dans un laps de temps raisonnable* » permet d'obtenir une « *information*

de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi » (De Ketele, Roegiers, 1996 dans Imbert, 2010).

C'est donc cette méthode que j'ai choisi pour mon enquête, dans une logique où les entretiens devaient m'éclairer sur les différentes notions, encore floues pour moi, de santé communautaire dans la Réduction des Risques. Parfois, et selon la direction prise par l'entretien, je suis passée à un mode d'entretien libre (non directif) afin de découvrir certaines thématiques que je n'avais peut-être pas encore appréhendé dans mon cheminement intellectuel. Comme mentionné précédemment, ces différents entretiens m'ont permis un aller-retour dans les concepts évoqués par les entretiens.

Ci-dessous, je dresse la liste des entretiens effectués durant mon enquête de terrain :

S1	Août	Salariée PBLN – Cheffe de projet PBLN
S2	Septembre	Salarié PBLN – Animateur/coordonateur
S3	Septembre	Salariée PBLN – Animatrice/coordinatrice
S4	Septembre	Salarié PBLN – Animateur
S5	Septembre	Salarié PBLN – Chef de PBLN 2.0
V1	Septembre	Service Civique PBLN
P1	Septembre	Salarié sur la mission techno du Tipi
P2	Septembre	Infirmière à l'association ASUD
B1	Septembre	Bénévole à PBLN

Ainsi, bien que la grille d'entretiens n'ait pas été fixe tout au long de mon enquête, les thèmes principalement abordés ont été les suivants :

- Quelle est ta place dans l'organisation et ton parcours ?
- Qu'est-ce qui t'a intéressé dans la RdR ?
- Qu'est-ce que ça veut dire pour toi le communautaire ?
- Est-ce que pour toi PBLN rentre dans cette définition ?
- Est-ce qu'il existe une communauté autour de l'action de PBLN ? Est-ce que c'est important d'en avoir une, pourquoi ? Si oui, comment la conserver ?
- Quels rapports avec les autorités institutionnelles ? Quels avantages et inconvénients de devoir leur rendre des compte sur l'activité de PBLN ?

Parallèlement à ces entretiens semi-directifs de terrain, et en partant du principe que tout le monde fait la fête d'une façon ou d'une autre, j'ai posé deux questions à dix personnes de mon entourage, de plusieurs profils différents. Ces questions avaient pour but d'identifier, sans prétendre à une rigueur d'échantillonnage scientifique, les dénominateurs communs de ce qu'englobe la notion de plaisir, ainsi que la notion de mal-être, dans l'espace festif. Ainsi, j'ai posé les deux questions suivantes :

- Qu'est-ce qui fait que tu te sens bien quand tu fais la fête ?
- Qu'est-ce qui fait que tu te sens mal quand tu fais la fête ?

Documentation

La documentation que j'ai utilisée est de plusieurs natures. D'une part, j'ai eu accès aux documents produits en interne par l'association Bus 31/32, ainsi que le projet PBLN. D'autre part, à travers essentiellement mon travail sur la mallette numérique pour les urgences de la Timone, j'ai utilisé des ressources externes, à la fois communautaires et institutionnelles. Je dresse la liste non-exhaustive de ces deux types de ressources. Enfin, j'ai agrémenté au fur et à mesure ma réflexion d'articles scientifiques, de nature majoritairement sociologique et historique, dont je dresse la liste dans ma bibliographie. Ces différents types de ressources m'ont permis, dans la mesure du possible, d'avoir une vision d'ensemble des problématiques de la Réduction des Risques, mettant en avant différents points de vue (usager, institution, médico-social, recherche, etc...).

Ressources internes	Ressources externes à l'association (communautaire et institutionnelle)
Intégrale fiche projet et 3 actions PBLN 2020	Flyers Techno+
Synthèse des activités PBLN 2018 BUS 31/32	Pages PsychoWiki
Rapports d'activité des années 2017/2018/2019	Journaux + articles ASUD
Note d'opportunité appel à projet 2010	Rapport TREND (OFDT) 2018
Livret d'accueil Bus 31/32	Drogues Info Service
	Drogues.gouv.fr (MILDECA)

Tous ces éléments m'ont permis de recueillir les données que je présente dans la partie suivante, constituant l'analyse de mes résultats de terrain. Je rappelle ainsi ma problématique de recherche, qui est la suivante :

De quelle manière une organisation institutionnelle peut-elle rester le dispositif d'*empowerment* individuel et communautaire ?

Analyse des résultats

L'étude du cas Plus Belle la Nuit

Afin d'analyser les données récoltées, nous allons dans un premier temps considérer les éléments qui s'apparentent à une dynamique communautaire au sein du projet Plus Belle la Nuit. Puis, nous allons étudier la mobilisation externe du réseau communautaire dans cette même logique. Enfin, nous verrons la complémentarité de cette dynamique communautaire en l'inscrivant dans sa légitimité institutionnelle.

I/ Mobiliser sa propre dynamique communautaire

1) PBLN : communautaire dans sa dynamique plutôt que dans sa forme

Comme présenté dans la méthodologie, Plus Belle la Nuit est donc un projet issu d'une volonté institutionnelle. De plus, l'association qui l'héberge est une structure médico-sociale, héritant de l'histoire de l'institutionnalisation de la Réduction des Risques. Dans les entretiens S5, chef de projet de PBLN 2.0 (web) et S1, cheffe de projet PBLN, me le confirment : « *le collectif PBLN n'est pas né du communautaire, la Mairie a demandé à des associations de travailler ensemble* » (S1). De plus, « *on n'est pas une association qui se revendique communautaire* » (S5). Ni dans son origine historique, ni dans la façon dont ils se définissent, le projet ne prétend avoir un statut communautaire. Mais la forme et l'origine ne sont pas les seules critères de définition du communautaire, qui reste une notion floue et subjective pour toutes les personnes interrogées. Prenons ainsi le critère de la gouvernance. Sur ce point-là également, S1 est sceptique : « *le communautaire c'est quoi ? C'est avoir des bénévoles qui se droguent, qui font la fête et qui vont aller parler à leurs pairs ? Ou est-ce que ces bénévoles aient un pouvoir de décision dans l'institution ? Or, c'est pas le cas, quand tu rencontres le CA, y en a 2 qui sont issus du côté festif, et ils sont pas majoritaires, et c'est normal parce que PBLN n'est pas la majorité de l'association Bus. Donc pour moi quand on parle de communautaire c'est une question de gouvernance* ». Du fait de son rattachement à l'association Bus 31/32, PBLN ne serait donc pas communautaire. En effet, l'association-mère « *va avoir un*

fonctionnement qui va être très, de structure médico-sociale, quand bien même le professionnels vont être concernés ou militants sur ces sujets, ça reste un fonctionnement classique de structure médico-sociale ».

Cependant, d'autres critères rentrent en jeu dans la définition du communautaire, et PBLN ne s'exclut pas entièrement de cette dynamique : « *ça n'exclut pas des équipes qui soient communautaires* » (S5). « *Je pense qu'on est communautaires avec un S. On dit communauté de la fête, plutôt que l'usage, ce qui rassemble à PBLN c'est d'aimer la fête et qu'elle se passe au mieux [...], le truc à PBLN c'est qu'il y a des croisements de communautés de musiques, d'âges, de consommation ou non* » nous dit S1. Une nouvelle fois en se distinguant du Bus 31/32, le projet PBLN est constitué d'une équipe avec un « *profil plus varié, pas mal de gens qui vont être là par rapport à une dimension de leur vécu, de manière principale ou secondaire, et pas forcément sur des compétences ou un diplôme, qui sont issus du milieu et qui s'inscrivent dans la proximité avec les publics avec lesquels ils travaillent. Donc on a cette dimension sur le communautaire dans le sens où on a une grande proximité avec les publics, et on est aussi issus des publics, et on vit aussi les problématiques du public* » (S5). Ici, la notion d'expérience des concernés est donc centrale. Ce critère correspond ainsi à la notion de communauté sur laquelle j'interroge les membres de l'équipe. Pour S4, nouvel arrivant et ayant vécu de nombreuses années dans le milieu de l'auto-gestion, la communauté c'est « *identifier des gens qui te ressembleraient, qui vivraient les mêmes oppressions que toi, et qui à partir de là seraient motivés pour faire un bout de route ensemble [...] comme une famille choisie* ». Le terme est justement choisi par S2, coordinateur et animateur de RdR : « *une communauté éphémère, qui se réunit le temps d'une soirée [...] le socle commun qu'on a c'est la fête, qu'on aime sortir* ». Ainsi, la dimension de communauté est présente dans les discours et fait partie intégrante du travail effectué au quotidien dans le projet.

La communauté, et le critère communautaire, sont donc deux notions qui mettent en difficulté les personnes interrogées lors des entretiens. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait que cette notion reste très subjective, et de manière générale, compliquée à définir puisqu'elle renvoie à des expériences et des sentiments d'appartenance très personnels, comme S4 le montre du doigt. D'autre part, nous faisons le lien entre cette difficulté de définition et le fait que PBLN dispose d'une position spéciale, où le projet tente, par sa nature-même, de garder un équilibre entre une communauté de valeurs (et donc partiellement

fermée à des valeurs contraires), et un accès pour tous aux services (supposant une ouverture où l'action ne doit pas être basée sur des valeurs).

D'ailleurs, le lieu est une notion très forte dans le discours sur l'action communautaire. Les portes du local au Petit Chantier sont ouvertes aux personnes extérieures dans plusieurs logiques : réunions de bénévoles, passage pour discuter avec une psychologue, se faire expliquer les résultats d'analyse de drogues, se former, etc... Cependant, il reste limité dans la mesure où les passages ne doivent pas empiéter sur les impératifs de travail des salariés, et demande ainsi une certaine organisation. Cependant, le Chill'In, qui prend place tous les jeudis, constitue un lieu de rencontre et d'échange autour d'un thème précis, mêlant toujours plusieurs problématiques qui prennent place dans l'espace festif. Ce moment se veut accueillant, détaché de toute identité médicale.

2) Comment se définit la communauté de PBLN ? A l'échelle de l'équipe, des bénévoles et des publics

Ainsi, on détecte plusieurs échelles dans la communauté de PBLN. Etudions d'abord l'équipe de salariés. Au départ, le projet initial est porté par le pôle festif du Bus 31/32, et les personnes qui le composent sont extraites du milieu de la teuf et free party. Une culture communautaire est donc bien présente. Mais peu à peu, le projet intègre à son équipe des personnes faisant la fête de manières différentes. La notion de communautaire n'est pas perdue pour autant ; au contraire, les profils sont davantage concernés par les festivités urbaines et commerciales, raison d'être de PBLN. D'ailleurs, P1, ancien bénévole, avoue que le milieu des fêtes commerciales ne lui correspond que très peu, il préfère intervenir sur le pôle festif techno du Bus 31/32, qui continue d'exister. Pour PBLN, on est donc rattachés par cette notion de faire la fête, qui est centrale et défendue avec ferveur. S4 le dit sans détours : *« une société qui ne fait pas la fête c'est une société malade »*. Au-delà d'aimer faire la fête, c'est la volonté d' *« avoir un regard dessus, sur ses pratiques »* qui est important pour S1. Cela peut se traduire par de fortes valeurs militantes qui traversent l'espace-temps festif : lutter contre les violences sexistes et sexuelles, contre le racisme, et les discriminations de tous genres. Historiquement, le militantisme se situe davantage sur les valeurs de Réduction des Risques, ce qui constitue un critère quasi-essentiel lors du recrutement de nouvelles

personnes. Cependant, l'équilibre continue d'exister, et une marge à l'apprentissage reste possible.

Au niveau de l'équipe des bénévoles et volontaires en service civique, qui sont placés au même niveau dans l'organisation, la dynamique communautaire festive est également présente. D'abord, elle l'est car seulement très peu de distinction existe entre l'équipe de salariés et l'équipe bénévole : le fonctionnement est horizontal, et très peu de distinctions sont faites car tout le monde se sent concerné. De plus, les profils sont similaires (âge, professions, intérêts, sorties), et les valeurs militantes sont, à peu de choses près, les mêmes : *« les gens qui viennent sont pour la plupart militants, ça leur importe d'être là, c'est des sujets qui tiennent à cœur, d'être usager de drogue c'est pas obligatoire c'est pas un critère de recrutement, mais c'est des gens intéressés par ces sujets-là »* (S2). Parallèlement à un travail d'intervention sur le terrain, *« le but c'est quand même de lutter contre ces représentations sociales négatives qui engendrent des dommages [...] pour le consommateur »* (S1).

Les éléments appris durant les interventions à PBLN sont d'ailleurs des compétences que l'on encourage à valoriser dans l'optique d'une future embauche dans ce milieu. Il n'est pas rare qu'un ancien bénévole ou volontaire en service civique soit recruté dans l'équipe. Les bénévoles sont autonomes et bénéficient d'une confiance quasi-absolue de la part des salariés, qui ne perçoivent que très peu de différence entre les deux équipes : ces derniers peuvent organiser des interventions en autonomie, disposent de clés du local, et peuvent utiliser le matériel quand bon leur semble. Ainsi, l'expérience des concernés est au centre dans l'action de PBLN, puisque *« la RdR on en fait déjà de manière informelle »*. S1 nous explique d'ailleurs que souvent, la raison évoquée pour devenir bénévole à PBLN, c'est *« parce que je suis déjà le Sam de mon groupe d'amis »*.

Ainsi, les publics visés par PBLN se confondent avec les bénévoles, les volontaires en service civique, et les salariés de l'association.

3) Quelle finalité dans les services proposés ?

La finalité du projet est donc décrite comme le fait de prendre soin et d'autonomiser la communauté festive quant à ses pratiques, dans une logique d'*empowerment* : laisser les concernés parler, faire émerger de nouveaux sujets, contribuer à un travail engagé,

développer des compétences et des connaissances diverses autour de ces thèmes, sur la base du volontariat. Pour S5, c'est lutter contre un « *univers de prohibition, d'interdit, de tabou* », qui fait que les publics n'ont pas forcément accès aux bonnes informations ». PBLN se donne comme mission de donner « *accès à des informations, fiables, objectives, claires, qui permettent aux gens de faire des choix sans considération d'ordre moral par rapport à ce qu'ils font* » (S5). Il faut préciser ici que les publics sont constitués de groupes, de communautés, mais également de personnes isolées qui justement seraient laissées pour compte car n'appartenant à aucune communauté. Il est arrivé plus d'une fois qu'une personne puisse créer du lien social à travers la rencontre du Chill'In, rendez-vous qui prend place tous les jeudis, avec un thème de discussion, et souvent un DJ. Ces personnes isolées se situent dans une situation délicate ; d'une part, leur consommation n'est pas considérée comme « *assez grave* » aux yeux de la société (P2), une prise en charge par des services addictologiques est donc inutile. Cependant, ces personnes ont quand même des questionnements et des risques liés à leurs consommations, mais ne consomment pas en milieu festif, étant ainsi éloignées des communautés qui composent ces espaces.

Cependant, c'est une communauté diffuse, « *éphémère* » (S2) que l'on observe à l'échelle des publics dans les milieux festifs urbains et commerciaux. Celle-ci se vit différemment : toutes les personnes qui font la fête ne se sentent pas appartenir à une communauté festive. A travers mes entretiens exploratoires, 10 des personnes de mon entourage m'ont parlé des éléments producteurs de bien-être dans la fête. D'abord, une certaine insouciance ; « *une aisance, une légèreté [...] où on peut se dé-censurer, être un peu moins un animal social, policé, civilisé* » (A.), ou encore « *discuter tranquillement dans une bonne ambiance [...] et un espace d'intimité* » (J.), « *danser sur tout* » (C.), sentir « *la liberté* » (R-M.), « *s'échapper de la vie quotidienne* » (L.) dans un moment « *spontané, instantané et éphémère en lâchant prise [...] : la fête c'est un peu un espace-temps où tout est possible* » (J.). Puis, c'est le critère d'être entouré « *de ses amis* » (L.), « *rencontrer de nouvelles personnes* » (A.), « *draguer* » (J.), « *sentir que ceux qui font la fête avec moi sont dans un état euphorique similaire, avoir le sentiment qu'on est ensemble dans cette communion de joie et de folie* » (A.). Le groupe et la communauté prend ainsi tout son sens dans l'instant éphémère que représente la fête. A la question « *qu'est-ce qui fait que tu te sens mal quand tu fais la fête ?* », ce sont également des réponses similaires, mettant en avant une similarité dans les risques et problématiques rencontrées dans les espaces festifs : « *trop d'alcool, trop de produits [...], le*

sentiment qu'on perd totalement le contrôle mais dans le mauvais sens » (A.), « prendre des trucs bizarres [...], me sentir oppressée » (J.), « être trop en décalage avec la vie de tous les jours, trop consommer de drogues » (R-M.), et surtout « les lendemains [...] où j'ai toujours la sensation d'avoir un peu perdu du temps et de la santé » (L.), ce que A. appelle le « syndrome du dimanche tristounet ». La fête peut également être le « moment où les frustrations, la violence et le mal-être des gens peuvent apparaître avec un peu moins de filtres » (J.), et le sentiment d'insécurité est très présent dans les réponses.

Ces problématiques, autant positives que négatives, constituent le slogan de Plus Belle la Nuit : « *Fêtes, Risques et Plaisirs* », qui tente d'agir sur différentes thématiques afin d'apporter des réponses dans l'espace festif urbain et commercial : santé sexuelle, violences sexistes et sexuelles, produits psychoactifs, sécurité routière... Les retours des publics sont valorisés lors des interventions, dans le débriefing que fait systématiquement l'équipe ; mais également dans la feuille d'évaluation écrite qui permet de garder une trace des demandes et adaptations à transmettre au reste de l'équipe non-présente. Nous verrons plus loin d'ailleurs que ces publics n'étant encore que très pris en charge dans leurs pratiques (à l'heure d'aujourd'hui les actions de RdR festive se situent principalement dans les teufs et free party), l'action de PBLN est en constante réadaptation afin de répondre aux mieux aux besoins ; d'où la nécessité d'avoir une écoute active des demandes des personnes concernées. Parfois, cette innovation se fait à la marge des lois, comme c'est le cas historiquement avec la Réduction des Risques ; S5 nous dit que c'est le seul moyen de « *rester alerte aux nouvelles problématiques de terrain qui émergent* ». Par exemple ; en cette période de Covid-19, bien que les regroupements soient illégaux, il est nécessaire que PBLN prenne en compte dans son activité les événements qui ont quand même lieu, afin de proposer des services à ces publics, et rester au fait de ce qu'il se passe.

Ainsi, PBLN ne se « *revendique pas en tant qu'association communautaire* », mais cela « *n'empêche pas d'avoir une compréhension du communautaire, et d'être réglo avec ce que c'est que le communautaire* » nous dit S5. PBLN nous montre ainsi que la définition importe peu, en remplaçant l'idée de faire ensemble, par les concernés et pour les concernés.

II/ Mobiliser un réseau communautaire

1) Connaître les limites de son action communautaire

Dans les discours, le thème d'avoir conscience des limites de sa propre culture communautaire, aussi diffuse soit-elle, revient de façon récurrente. Bien que la mission soit institutionnelle et avec une vocation de « *couvrir l'hétérogénéité des milieux festifs marseillais* »², on ne peut avoir une compréhension totale du vécu des personnes concernées, pour toutes les sphères festives et urbaines. Afin de dépasser ce paradoxe qui oppose en apparence le critère institutionnel et communautaire composant le projet, PBLN fait au mieux. Comment cela se passe-t-il concrètement ? D'abord, en touchant les publics que l'on connaît, ceux qui constituent la communauté directe que nous avons décrite plus haut. Ensuite, cet objectif se formalise en allant à la rencontre de nouveaux publics, à travers la technique de l'aller-vers, notamment dans les maraudes qui prennent place plusieurs fois par semaine. A travers mon stage, une problématique a été récurrente, et à l'origine de ma question sur la dynamique communautaire : j'ai pu observer que les maraudes mettaient parfois dans une situation de malaise les intervenants, qui préféraient se diriger vers des publics similaires à leurs profils. Ainsi, les équipes dans lesquelles j'ai pu faire des maraudes, étaient plus à l'aise d'aller au Cours Julien, là où ils ont l'habitude de sortir avec leurs amis, qu'au Vieux Port, là où une population plus touristique, plus jeune et plus aisée décide de faire la fête. De même, ces populations avaient tendance à parler davantage d'alcool, alors que PBLN concentre son savoir sur les produits psychoactifs. Ce décalage a permis un constat simple au projet. D'une part, et dans une logique de faire émerger des besoins, « *tout le monde mérite la RdR* » (S1), et il faut motiver l'équipe pour que l'action puisse prendre place normalement. D'autre part, il est régulièrement répété aux réunions qu'il faut « *se sentir à l'aise dans les interventions* », et rester pertinent dans son approche en décidant de ne pas intervenir. En effet, PBLN doit souvent faire le choix d'intervenir ou non, et se pose les questions suivantes : est-ce pertinent d'intervenir ? A-t-on assez de connaissance sur ce terrain pour être utile en y allant ? L'effort fourni pour intervenir est-il à la hauteur de l'utilité de PBLN ? La décision se prend d'un commun accord entre tous les salariés. Cependant, avec la nouvelle possibilité que les

² Rapport d'activité PBLN 2018

bénévoles organisent eux-mêmes leurs interventions, toucher de nouveaux publics va prendre une toute nouvelle dimension, mais se décidera selon les mêmes critères et questionnements.

Toucher de nouveaux publics n'est donc pas chose aisée, et souvent, l'équipe reconnaît qu'une différence culturelle entre la communauté de PBLN et le public concerné peut être la raison d'un refus, car la légitimité d'intervenir dans une communauté qui n'est pas la sienne représente un manque de légitimité. Par exemple, S2 nous parle d'une fois où une action a pris place au concert du rappeur Soprano, avec un public éloigné des codes et des normes de l'équipe de PBLN. C'est ainsi une sensation de malaise et d'inutilité que les intervenants ont ressenti ce soir-là, empêchant ainsi une intervention de qualité ; *« ça sert à rien de forcer dans ces cas-là »*. *« Si on va dans certaines scènes, et qu'on a parlé qu'à 5 personnes dans la soirée alors que y en a 500 c'est p'têt que les codes visuels qu'on propose c'est pas les codes du milieu rap par exemple, donc est-ce qu'il faut se réadapter pour chaque milieu ? Je sais pas »* s'interroge S3. Ainsi, l'accent est mis sur la volonté de trouver d'autres acteurs, qui peuvent être traducteurs de ces milieux, afin de communiquer avec ces derniers pour qu'ils puissent intervenir dans des milieux dont ils comprennent les codes et les normes, tout en communiquant avec le réseau multi-partenarial qui est mis en avant comme une façon d'avoir une action spécifique et légitime.

Ainsi, S1 nous dit qu'il existe *« mille communautés »*, et qu'une interdépendance entre intervenants est primordiale, dans tous les champs de la RdR (elle utilise ici l'exemple des injecteurs, qui s'applique aux usagers festifs) : *« t'as le besoin de l'écoute dans le communautaire, pas juste de l'outil et du savoir-faire. Tu vois l'injection dans la rue les usagers ont une information très actualisée et précise du truc. Un infirmier sait en faire une à moindre risque, mais c'est important qu'il discute avec l'utilisateur pour savoir comment se dissout le produit, etc... L'infirmier ne peut pas se passer de ce savoir s'il veut être compétent. Ils sont complémentaires, c'est une interdépendance »*. Cette interdépendance revient donc à remettre, une fois de plus, l'expérience des personnes concernées au centre de l'approche. Ainsi, PBLN dit ne pas vouloir refaire ce qui est déjà fait en moins bien, mais au contraire orienter les publics ou l'action vers les structures adéquates. Par exemple, l'équipe d'un gros festival commercial marseillais a obtenu des financements pour faire un flyer sur le protoxyde d'azote (gaz hilarant), produit ayant de très grandes chances d'être présent sur le festival à ce moment. L'intention est noble, mais *« le problème, c'est qu'ils ont pas essayé de se former, d'appeler les assos communautaires, c'est un effacement total du savoir profane, au profit du*

complet commercial [...] La façon de faire c'est de reconnaître le savoir profane et ne pas juste le pomper pour faire ton petit flyer commercial. S'appuyer dessus, faire en sorte que la communauté le diffuse une fois le flyer fait... » (S1). Ainsi, dans l'action communautaire, il s'agit de connaître et reconnaître sa spécificité ; connaître ses propres limites ; et déléguer l'action quand celle-ci manque de légitimité. A l'échelle du projet VSS (Violences Sexistes et Sexuelles), l'attention a été portée de le mener « *juste dans le festif. On essaie de se spécialiser pour ne pas aller empiéter sur le terrain des autres* » (S1), puisque de nombreuses associations à dynamique communautaire (ou non) sont déjà spécialisés dans ce sujet.

Avoir conscience de sa place, c'est aussi adopter une réflexivité et écouter les retours parfois négatifs sur son action. S1 nous explique qu'un « *projet comme PBLN peut être très vite critiqué, dans son côté dents longues, aller partout. [...] Après je suis sûre qu'on prend des financements qui devraient pas être à nous. A partir du moment où ils ont arrêté de faire des petits financements pour des petites assos, face à des grosses usines du social, parce qu'il n'y a plus de subventions pour 1000€ [...]. Après on essaie de repérer des petites assos communautaires, et comme c'est nous qui avons les subventions, on peut leur filer des roule ta paille* ». Dans le même temps, elle me déclare que cela peut causer un certain malaise, car PBLN se refuse à devenir un projet qui en absorbe d'autres, une fois de plus mettant l'argument communautaire sur la table ; une action petite et locale répondra toujours mieux au besoin du public, puisque ce sont eux qui connaissent. PBLN refuse ainsi d'adopter une position hiérarchique de mécénat ; ces dons se font davantage dans une volonté de procurer du matériel dans l'urgence de la situation, à défaut de changer le système dans sa profondeur.

2) L'écosystème partenarial autour d'une communauté de valeurs : un outil de travail essentiel

Le réseau communautaire est également présenté comme un outil d'appui dans les revendications. La notion d'action communautaire et partenariale permet de peser davantage dans les décisions institutionnelles. En effet, les revendications ont toujours comme origine « *l'organisation de personnes minorisées par la société, qui pourtant ne sont pas en minorité* »

(S4), ici en l'occurrence les usagers de drogues. Le mouvement « *Support Don't Punish* »³ est un mouvement militant mondial. Cet été, un stand a été organisé au Vieux Port, et PBLN a décidé d'envoyer quelqu'un afin de montrer le soutien à leur action, dont les objectifs sont similaires à ceux de PBLN.

Dans cette même logique, les interventions sont parfois multi-partenariales, lorsque cela est considéré comme adapté. Par exemple, le Tipi est un CAARUD et héberge un pôle festif en son sein, sur le même modèle que celui du Bus 31/32. Les locaux de cette association ont l'avantage de se situer à La Plaine, près des populations festives que PBLN souhaite toucher. Ainsi, lorsque l'accueil du Chill'In a redémarré après l'été, il a été convenu que ce seraient ces locaux-là qui seraient utilisés ; plus vastes, plus accessibles, et dans une logique partenariale entre acteurs communautaires. D'autre part, PBLN agit en partenariat avec des structures institutionnelles, comme Avenir Santé, qui a pour mission non de faire de la RdR, mais de la prévention auprès des publics scolaires (collège, lycée). Si le besoin en est, ce sera avec cette organisation que PBLN choisira d'agir, afin d'apporter au public ce dont il a besoin, et malgré certains désaccords dans l'approche. De manière générale, PBLN utilise en priorité des ressources d'origine communautaire, afin d'apporter l'information la plus éclairée possible ; ce n'est que dans le cas où « *on ne trouve pas de supports communautaires qu'on choisit des supports institutionnels* » (S5). J'ai pu d'ailleurs assister au choix des brochures fait par S3, afin de trouver les informations communautaires les mieux adaptées pour parler de transidentité à notre public.

Les partenaires communautaires sont souvent des amis, des personnes avec qui on échange informellement, ou avec qui on fait la fête. Mais ce réseau, c'est aussi de nombreuses opportunités pour se co-former. Régulièrement, des formations avec ASUD et le Tipi s'organisent, autour des différents thèmes communautaires. Par exemple, j'ai pu assister à une conférence sur l'analyse de drogues dans le contexte Suisse, où différentes associations ont participé afin d'échanger sur ce sujet. D'autres formations sont mises à disposition au sein de PBLN, utilisant régulièrement des ressources ayant une origine communautaire, parfois d'auto-support ; concernant le savoir-faire (aller-vers, écoute active, counseling) et le savoir-être (non-jugement, égalité entre intervenant et public) d'un intervenant de RdR. C'est d'ailleurs dans ce cadre que PBLN organise chaque année, pour l'équipe bénévoles et certains

³ En français : Soutenez (dans une approche globale), ne punissez pas. URL : <https://supportdontpunish.org/>

partenaires communautaires, le week-end de formation initial, avec une prise en charge complète pour les bénévoles, permettant ainsi à tous de venir. Durant ces week-end, ce sont des anciens volontaires de Techno+ qui nous forment, à travers des activités nous permettant d'appréhender les différentes facettes des interventions en milieu festif. Un rappel historique est fait concernant les origines communautaires de la RdR.

De nouveaux partenaires dans le milieu festif communautaire peuvent également solliciter PBLN afin d'apprendre à être autonome dans l'organisation d'interventions. Ce fut le cas avec une association de la Seyne, qui ont fait le déplacement jusqu'à Marseille, afin d'être formés par S1. Cette formation s'est déroulée dans la gratuité, différents outils leur ont été présentés, et un suivi a été proposé. D'ailleurs, le Label de PBLN a cette vocation ; propose de labelliser des lieux afin de transmettre le spectre communautaire de RdR dans ces endroits. Cependant, on observe que la communication se passe mieux avec les lieux ayant une conscience militante sur ces questions. Lors de la labellisation, PBLN souhaite dans l'idéal avoir un temps de formation avec les équipes des lieux concernés, afin de transmettre au mieux les valeurs, ce qui permet d'autonomiser ces acteurs. Cependant, cela implique pour les partenaires festifs de salarier leur personnel le temps de la formation (2 heures), ce qui en fait reculer certains, n'étant pas encore prêts à un tel investissement.

Enfin, le réseau partenarial et communautaire est essentiel dans l'orientation des publics concernés. En effet, dans la logique d'apporter des réponses au plus près des besoins évoqués par les personnes rencontrées, PBLN actualise constamment une liste des partenaires de son réseau, en lequel il a confiance. Il ne s'agit pas de simplement orienter vers des adresses, mais d'orienter vers des personnes que l'équipe connaît. Ainsi, il est primordial pour l'équipe d'avoir une connaissance pointue des organismes qui l'entourent ; ces orientations sont d'ailleurs mesurées, lorsqu'elles sont faites sur des stands et des maraudes. Ainsi, cela permet à PBLN de déceler au mieux les besoins du terrain, les connaissances à avoir, les partenaires à contacter. La plupart de ces connaissances sont informelles ; on connaît un médecin non-jugeant dans telle structure communautaire, ou une spécialiste de telle question autour des drogues dans telle autre... Les orientations se font également en interne, en proposant aux publics de passer au local, sur les stands, ou de venir discuter sur la messagerie instantanée. D'ailleurs, et de façon informelle, il a pu être indiqué plus d'une fois par l'équipe que la personne se trouvant derrière la messagerie instantanée est spécialiste des questions autour du cannabis. L'orientation est une forme d'action « réussie », puisqu'elle correspond

au fait de mettre entre les mains du public un outil pour répondre à un besoin. Cependant, comme toute action dans la RdR, seul le public peut décider de mettre en place les outils qu'on lui propose, de façon autonome.

Constituer un réseau communautaire est donc essentiel ; dans les luttes militantes, l'orientation des personnes rencontrées, et l'action de terrain. Connaître le réseau communautaire, c'est presque automatiquement connaître les personnes qui le constituent, et avoir des informations qualitatives et souvent informelles sur leur action. A contrario, les partenaires institutionnels dont nous allons parler dans la partie suivante, ne présentent pas nécessairement ces avantages.

III/ La valorisation d'une position institutionnelle

Cependant, comme nous le décrivons longuement, PBLN joue de sa position à la fois communautaire, et institutionnelle. Tout en travaillant dans la volonté de respecter les acteurs communautaires de la RdR, le projet souhaite également tirer les avantages que propose leur origine institutionnelle.

1) Les désavantages d'une appartenance institutionnelle

Au début de mon stage, j'ai régulièrement entendu des discours qui mettaient en opposition les acteurs institutionnels et communautaires. C'est d'ailleurs de ce constat qu'a débuté la réflexion qui a donné naissance à ce mémoire. En effet, on m'a expliqué plus tard que la RdR trouve son origine dans un mouvement contestataire dans les années 80, avec l'épidémie du Sida, face à un Etat qui ne fait rien. Lorsque la RdR s'est enfin mise en place, elle l'a fait au détriment de nombreuses recommandations de santé communautaire que les acteurs de terrain avaient pu faire. Encore aujourd'hui, le processus d'institutionnalisation est très critiqué : *« au début, c'étaient des usagers de drogues, injecteurs, qui crevaient du VIH. Ils ont créé cette association, ASUD. [...] Et puis là l'Etat s'en empare, bien parce que y a des moyens, mais égal un regard, égal comment on utilise les moyens qu'on vous donne, donc évaluations. Et c'est pas parce que t'es un injecteur et que tu connais bien les techniques d'injection, que tu as les capacités de remplir des demandes de subventions, avoir un plaidoyer avec un vocabulaire institutionnel, etc... [...] Les institutions filent pas de tunes... Ils donnent là où*

y a des diplômés. Si tu veux embaucher, t'as le droit du travail, tu as à la ligne 66 de la convention, y a la ligne auto-support, mais c'est des CAE quoi, les plus sous-payés c'est eux les communautaires » (S1).

L'origine de PBLN, selon S1, vient des *« institutions qui veulent des groupes avec lesquels travailler, parce qu'ils ont plus de regard dessus et à qui donner de la tune, plus de pouvoir »*. Cette notion de regard est très présente dans le discours : *« des fois, ils vont prétendre avoir un meilleur regard que toi sur une situation alors qu'ils ne le vivent pas, tu dois rendre des comptes »* nous dit S4. Ce regard implique de mesurer son action, de rendre des comptes, ce qui peut parfois être lourd pour l'équipe ; *« c'est dommage parfois d'avoir autant besoin de le faire, et d'y consacrer autant de temps comparé à ce qu'on peut consacrer à l'organisation selon les périodes. C'est clair que des fois on va estimer que c'est de la perte de temps, qui prend la tête »* (S5). S1 précise d'ailleurs que *« la communauté c'est une spécialisation très fine des choses, que l'institution ne peut pas englober, voir comprendre »*.

Au-delà d'un regard sur l'action qui peut paraître lourd, est évoquée la difficulté de travailler en réseau avec des acteurs qui prônent une approche sécuritaire des drogues (comme le SPD, par exemple) : *« de toute façon c'est sur un modèle répressif, contrairement à d'autres pays, où ils prennent plus soin des gens et des publics. Ici on prend pas vraiment soin des publics, du coup c'est le boulot de PBLN [...] faut que ce soit plus encadré, mais encadré dans le sens que l'institution s'y intéresse plus »* (S2).

Bien que ces risques et désavantages d'une appartenance institutionnelle soient présents, nous souhaitons pointer du doigt le fait qu'ils soient conscientisés ; ainsi, ils ont une fonction de veille et de rappel dans la vie de l'organisation, permettant au quotidien de se questionner sur son activité sans tomber dans ce qui est décrit comme le *« piège »* de l'institutionnel. Car dans les discours, finalement, ce n'est pas une vision si négative que les interrogés ont de l'institution.

2) Une réappropriation de ces risques à l'avantage des luttes de RdR

Concernant les indicateurs, PBLN se distingue des autres structures institutionnelles, et mise sur son côté innovant et central, afin de garder un certain pouvoir dans cette relation.

S5 nous explique que *« l'avantage qu'on a avec PBLN c'est qu'on a pu fixer nos indicateurs. Enfin... On nous demande des comptes sur des indicateurs qu'on a construits, on a dit ce qui était important de suivre et on a été écoutés »*. Cette position d'interlocuteur privilégié des institutions ne concerne pas les structures du médico-social, elles aussi institutionnelles. C'est d'ailleurs le cas du Bus 31/32, l'association qui héberge PBLN : *« les CSAPA/CAARUD, c'est chaque année la même chose et c'est plus de la stat' nationale que du suivi d'activité [...] c'est beaucoup plus rendre des comptes, rendre des comptes, rendre des comptes »*.

C'est justement cette relation de pouvoir vis-à-vis de l'institution que PBLN cultive, afin de continuer à être écouté dans les instances décisionnelles. Après tout, son rôle est de faire remonter des problématiques de terrain, énoncées par les concernés, et d'y proposer des solutions qui soient réfléchies au sein de la communauté. Les indicateurs et le regard sur l'activité peut d'ailleurs être vu comme une garantie de confiance, éléments qui permettent de traduire des actions, d'un univers à l'autre. Dans cette relation, PBLN peut parfois choisir de ne pas donner certaines informations, afin de ne pas *« trahir »* les usagers, en donnant la possibilité que ces informations soient utilisées à mal. Cela peut représenter une certaine difficulté, étant donné les sujets abordés : drogues, violences, etc... Et *« on ne peut pas toujours contrôler toutes les externalités de notre action »* (S1). PBLN prend ainsi différents visages selon l'interlocuteur, et selon les volontés émises.

Cette relation de pouvoir et de confiance permet également une innovation sociale importante, qui a un coût financier important. Mais dès le départ, via cet appel à projet, les acteurs institutionnels ont fait confiance au projet PBLN, en prenant le risque de les financer, tout en ne sachant pas quelles allaient être les informations qui en sortiraient. L'innovation sociale que propose PBLN se passe en plusieurs temps longs : rencontrer les publics, établir des indicateurs qui correspondent au mieux, les réadapter en fonction des besoins, en créer de nouveaux, accumuler des informations, les comparer d'une année sur l'autre, en discuter de manière formelle, mais également informelle, réfléchir, trouver des pistes, s'interroger... Et en tirer des conclusions sur la direction que doivent prendre les actions dans les temps qui suivent. V1 nous décrit le processus, qui va de *« quelque chose qui émerge parce qu'il y a un besoin qui n'est pas pris en charge par les institutions. Il émerge du « dessous »*. Et c'est un *aller-retour entre le communautaire et l'institutionnel »*. De manière générale, ces directions sont écoutées par les institutions, qui maintiennent leur confiance dans le diagnostic de PBLN, qui continue de faire émerger des problèmes régulièrement. Ici, le lien est fait entre la

marginalité des pratiques liées aux usages de drogues, et l'innovation : *« je pense qu'on fait partie des organisations qui prenons pas mal de risques quant à nos activités, étant donné le cadre légal autour ; quand on se construit dans ces marges-là, dans ces zones où y a un trou, une problématique, y a de quoi faire encore »* (S5).

Enfin, et à long terme, l'action de PBLN vis-à-vis des institutions permet d'avoir un plaidoyer qui a un impact. S4 nous dit que *« PBLN a ce truc politique de reconnaître que la drogue fait partie de la culture de presque tout le monde maintenant [...] c'est intéressant parce que PBLN participe à des réunions avec les gens de la Mairie, donc c'est intéressant de voir comment cette association qui est un collectif avant peut amener les choses au niveau politique de sa vie locale »*. Dans cette logique, S5 est l'interlocuteur principal des médias qui souhaitent s'informer sur les dernières évolutions des politiques des drogues, notamment sur la question du cannabis thérapeutique et des salles de consommation à moindre risque.

Cette fonction passerelle va de pair avec une forte visibilité et légitimité : *« si tu veux avoir une fonction passerelle il faut avoir une visibilité de malade, que tout le monde te connaisse et s'adresse à toi, et là tu dispatches »* (S1). C'est d'ailleurs un principe qui est en adéquation avec les objectifs communautaires selon S4 : *« je pense que c'est ça aussi le communautaire ; comment faire vivre un spectre pour être visible en fait. Pour justement donner la chance à d'autres d'être pour être visibles s'ils le veulent »*.

L'enjeu aujourd'hui est ainsi de garder cette place de traducteur entre deux mondes, et cette confiance institutionnelle. S1 propose ainsi la piste de la formation, afin d'évoluer avec les demandes : *« une vraie communauté solide elle se forme, elle va faire en sorte de garder sa communauté »*, en reconnaissant toutefois que cela représente d'autres enjeux.

3) Quelles externalités positives par cette place institutionnelle ?

D'une part, PBLN bénéficie de la position ancienne de l'association Bus 31/32, émanation de Médecins du Monde. D'autre part, elle évite les risques de l'institutionnalisation en construisant sa légitimité autour de son identité innovante et d'interlocuteur privilégié de deux mondes différents : ceux qui font la fête, et les institutions.

Selon S5, « *le militantisme c'est de faire émerger des soucis auxquels il n'y a pas de réponses. Après le job des personnes militantes, c'est de se désintéresser des sujets dont on a trouvé des réponses. C'est bien ce qui se passe aujourd'hui dans la prise en charge des usagers de drogues les « plus abîmés » entre guillemets : y a tout un tas de services institutionnels qui roulent, avec des professionnels qui n'ont plus besoin d'être militants pour s'occuper de ces personnes-là, à quelque chose de fonctionnel* ». S4 confirme ce propos lorsqu'il parle de son histoire militante dans la communauté LGBT : « *j'ai milité dans la communauté LGBT jusqu'à ce qu'on me donne des droits le mariage et à ce moment j'ai arrêté d'être militant dans la communauté LGBT puisque j'ai obtenu ce que j'ai voulu [...] après je me suis concentré sur la communauté TPG, Trans Pédé Gouine, parce que je trouvais que c'était là le travail encore à faire* ». Dans ce discours, PBLN se situe ainsi comme le résultat de combats militants, bénéficiant de ces différentes victoires, tout en leur permettant une intégration institutionnelle.

Ainsi, le côté institutionnel permet pour PBLN d'avoir des outils pérennes, qui peuvent être diffusés en grande quantité dans la communauté, mais également atteindre des publics qui n'en auraient jamais entendu parler : flyers, roule ta paille, bouchons d'oreilles, préservatifs interne et externe, lubrifiants, seringues d'injection, kits base, etc... Le financement permet ici de permettre la gratuité et l'accessibilité à ces outils, tout en les distribuant de manière parfaitement anonyme et confidentielle. De plus, cela est permis sur le long terme. En effet, le fonctionnement de PBLN repose sur un plan de financement pluriannuel, permettant de se projeter sur le long terme. De plus, les financeurs sont multiples et permettent ainsi de ne pas dépendre d'une seule institution ; des acteurs à la fois sanitaires, sécuritaires, et des collectivités territoriales, participent au fonctionnement du projet.

« *La RdR c'est quand même trop bien que ce soit institutionnalisé, tu peux te faire dépister gratuitement sur tous les niveaux... Pour la communauté LGBT c'est trop bien tout ce qu'il s'est passé grâce à l'institutionnalisation du militantisme et des luttes* » nous dit S4 ; pour avoir vécu plusieurs années en milieu autogéré, cela représente pour lui un certain contraste de trouver une stabilité dans l'action proposée aux publics. C'est lui qui pointe également le fait que cette institutionnalisation permet une stabilité financière aux personnels qui travaillent dans la RdR : « *travailler pour une institution, c'est plus confortable ; socialement, psychologiquement* ».

Enfin, l'intégration des outils de RdR dans des structures telles que PBLN permet d'amener un spectre communautaire (composé d'outils et d'approches) dans des milieux où les individus ne vivent pas forcément l'exclusion ou la marginalité, mais où les problématiques liées aux usages de drogues sont tout de même bien réelles. A cela s'ajoute toutes les nouvelles problématiques concernant la santé sexuelle, le consentement, les violences en soirées, etc... Encore très peu prises en charge par l'institution pour l'instant. Pour V1, « *la RdR, l'objectif, c'est que ça touche tout le monde* ». Prenons l'exemple extrême du public du Delta festival, qui est décrit par son organisateur comme « *l'élite estudiantine* » ; c'est une population qui a les moyens financiers et culturels d'accéder à la médecine, aux soins, aux outils de prévention... Cependant, le diagnostic de PBLN permet de mettre en avant de grandes lacunes au niveau de l'accès à des outils de RdR pour ces publics-là. L'accessibilité aux outils de santé communautaire, au-delà des questions de marginalité, reste encore un problème dû à une mentalité antidrogues encore très présente dans la société : le tabou limite l'accès, quel que soit le profil de la personne. Malgré certaines tensions dues aux valeurs défendues par l'organisateur en question, et un traitement des bénévoles qui laisse une grande marge d'amélioration, l'équipe de PBLN se concentre sur sa mission : donner un accès à des publics inconnus aux outils de RdR, avec l'espoir de les autonomiser dans leurs pratiques dans le futur.

Bien que ces externalités positives soient la fierté du travail de toute l'équipe, il existe également des externalités négatives à leur action. PBLN peut parfois être décrite comme une organisation qui ne mettrait que le « *côté glamour* » de la RdR en avant, de manière à séduire ses publics. On peut y opposer l'argument que la fin justifie les moyens. Cependant, ce côté « *cool* » peut créer une certaine image de marque autour du Label, qui ferait passer les acteurs des milieux festifs à côté du réel message de RdR. De plus, il est évoqué plusieurs fois le fait d'être perçu comme un prestataire de service par les organisateurs festifs, avec une tendance à les positionner comme garants du fait que tout se passe bien durant un événement ; « *Marsattac, eux, négocient chaque année le devis comme si on était des prestataires* » (S1). En bref, cette position parfois éloignée du milieu communautaire peut parfois mettre PBLN face à des acteurs n'ayant jamais entendu parler de cette approche, et ne voulant en « *consommer* » que le côté glamour. De plus, « *y a le côté commercial qui fait que certains organisateurs veulent pas qu'on brise le tabou sur les drogues, qu'on affiche qu'il y en a et qu'on essaie de le gérer* » (S3). Le questionnement est présent aujourd'hui : que faire du label,

maintenant et dans le futur ? De quelle manière voulons-nous qu'il fonctionne ? Comment utiliser sa position pour amener le spectre communautaire tout en permettant une accessibilité de ces outils ?

Les résultats de notre courte enquête nous permettent ainsi de mettre en avant la place de PBLN, complexe, car adoptant plusieurs visages selon les situations. Durant mon enquête, comprendre cette place a été ma plus grande difficulté, puisqu'elle se situe à l'intersection de plusieurs identités, plaçant ainsi le projet dans une situation constante de traducteur entre plusieurs sphères.

Au niveau des milieux festifs, elle se situe entre la culture originelle de fête alternative, et la culture de fête urbaine et commerciale. Au niveau de l'existence ; elle part d'une position militante historiquement, mais fait partie de ces organisations financées par l'institution ; et bénéficie par chance d'une position nouvelle qui représente une certaine importance pour l'institution, à l'écoute. Au niveau des partenaires communautaires, il s'agit de ne pas perdre leur confiance, en ayant un regard attentif sur sa place dans le réseau, ainsi que sur les pièges de l'enlissement institutionnel.

Ainsi, l'action de PBLN trouve son sens dans le fait de proposer une action spécifique et unique, ancrée localement. En effet, dans d'autres villes, des organisations de la sorte existent (Fêtez Clairs à Paris par exemple), mais dans une logique d'adaptation aux publics, elles ont chacune leur fonctionnements unique.

Discussion des résultats

Notre étude de cas, mise en perspective avec la revue de littérature, nous permet de tirer plusieurs conclusions sur les résultats obtenus.

Tout d'abord, à travers la comparaison entre le projet PBLN, et le fonctionnement de son association-mère le Bus 31/32, nous pouvons confirmer le fait qu'une prise en charge médico-sociale de la RdR a apporté une réponse pérenne à des revendications militantes de terrain, permettant ainsi une accessibilité pour les usagers de drogues à des outils primordiaux, les préservant en partie des jugements d'un système de santé publique dit « classique ». Cependant, ce système présente des limites et il existe une certaine lourdeur administrative dans le fait d'être devenu une continuité de l'action sanitaire étatique. Pour ce type de public, les combats continuent, notamment avec la notion de salles d'injection à moindre risque. Au niveau des mentalités, c'est un progrès dans la prise en charge totale de l'individu qui est demandée.

Justement, les acteurs de la RdR festive illustrent l'importance de cette approche. Les milieux festifs nécessitent en effet une approche globale du consommateur de drogues, et à plus grande échelle, un changement des mentalités au niveau de ces consommations. La RdR festive amène l'idée que l'usage d'une drogue peut procurer du bien-être, et si les risques liés à cet usage sont pris en considération, la personne en question peut vivre sa consommation en toute tranquillité. Cela amène d'ailleurs d'autres problématiques, élargissant la définition des risques et dommages dans la vie d'un individu. En effet, aujourd'hui dans la RdR, nous parlons de sujets tels que la vie amoureuse, sexuelle, l'identité de genre, les violences sexistes et sexuelles, le bien-être psychologique, etc... Cette nouvelle approche nécessite un regard sociologique fort, et un renforcement de la littérature à cet égard.

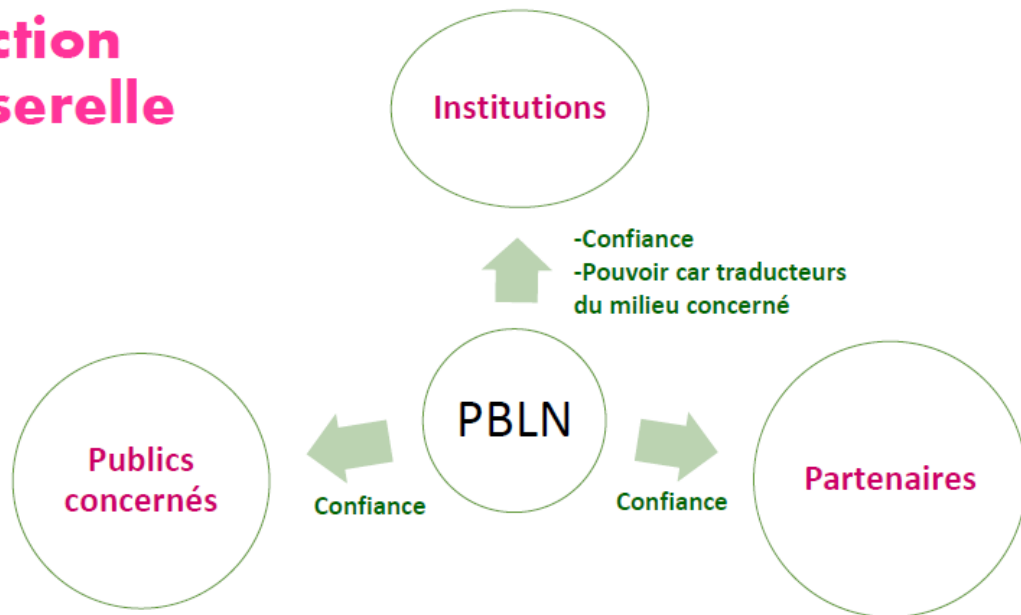
Dans la RdR festive, ce ne sont donc plus les acteurs institutionnels du médico-social qui interviennent, mais des acteurs plus sécuritaires et territoriaux. Ces derniers, dans le cadre d'événements culturels dans la ville de Marseille, souhaitent que tout se passe bien. Cependant, cela peut cacher d'autres dynamiques. En effet, Arpaillage et Augustin (2009) étudient les « *rapports qu'entretiennent les institutions et la société civile à travers les fêtes organisées dans les quartiers sensibles* ». Ils mettent en avant une double-action des pouvoirs publics : d'une part, une forte répression des événements festifs dans ces quartiers. D'autre

part, la création et l'intervention de fêtes dans l'idée de créer du lien social. Nous faisons ce parallèle avec l'action de la Ville de Marseille quant à la vie festive ; d'une part on fait la chasse aux teuffeurs, mais d'autre part on finance et injecte des outils de RdR dans les milieux festifs commerciaux.

Nous notons également que la recherche et l'innovation sont des éléments-clés de la place de PBLN dans le paysage associatif et institutionnel ; c'est ce qui légitime la place de ce projet, créant ainsi de la confiance et une certaine coordination entre les acteurs de terrain, les permettant de sortir d'un paradoxe conflictuel. Perez (2017) insiste d'ailleurs sur la place de la recherche dans les développements futurs de la RdRD : qu'elle provienne des savoirs profanes ou experts, la recherche est ce qui permet de produire une réponse au plus près des besoins des publics concernés.

Ce critère est d'ailleurs grandement lié à la place de traducteur de PBLN, qui se positionne entre plusieurs sphères : militante et communautaire, institutionnelle et sécuritaire, teuf et milieu festif commercial, etc... Il convient de préciser ici que l'action de PBLN s'écarte d'une approche qui baserait son étude sur la marginalité des publics ; ici, la marginalité se situe dans l'usage de drogues, mais cela ne signifie pas forcément un profil marginal pour l'utilisateur. Ces usagers « *invisibles* », qui ne correspondent pas à l'image qu'on se fait du toxicomane, représentent un tout nouveau public non approché jusqu'à maintenant par la Réduction des Risques. La position de PBLN sur ce sujet lui procure un certain pouvoir, puisque c'est cette capacité à traduire des besoins d'un milieu à un autre qui légitime en partie son existence. Pour ce propos, nous nous sommes inspirés de la théorie de la traduction de Callon et Latour (Callon, 1986), qui mettent en avant les écosystèmes d'acteurs comme des chaînes d'interaction, où le fait de pouvoir traduire d'un univers à un autre permet d'asseoir une certaine position de pouvoir. Comme étudié plus haut, PBLN dispose d'une place dans le réseau de Réduction des Risques qui est non négligeable ; cette microstructure est écoutée et sollicitée par les pouvoirs publics, mais aussi par les publics et les partenaires communautaires. Sur le modèle de Callon et Latour, nous choisissons de schématiser cette place de pouvoir dans la traduction d'un monde à l'autre de la manière suivante :

Fonction passerelle



Enfin, nous nous demandons : le processus d'*empowerment* est-il vérifié au niveau individuel et communautaire, à travers la grille d'analyse conceptuelle de Ninacs (2003) ? De manière générale, ce sont les personnes qui ont un sentiment d'appartenance à la communauté de PBLN qui développent le mieux l'idée d'*empowerment*. L'*empowerment* communautaire est donc plus puissant que l'*empowerment* individuel, mais aussi car il est plus observable. Au niveau de la participation, des compétences, et du capital communautaire, l'action est aboutie ; l'illustration la plus pertinente vient du fait que les bénévoles de la communauté PBLN peuvent maintenant organiser d'eux-mêmes des interventions en milieux festifs, s'ils le souhaitent. Ils mettent en place des moyens de communication avec l'équipe et entre bénévoles, ont le droit de critiquer, de modifier, et leur expérience est centrale à la vie de la communauté de PBLN. Du côté organisationnel, c'est ainsi le projet PBLN qui donne les outils nécessaires à cette autonomisation ; un lieu, du matériel, du temps, des formations, etc... Les outils institutionnels sont à l'origine de cette accessibilité.

Cependant, la grille de lecture de Ninacs (2003) insiste sur la notion de temporalité dans le processus d'*empowerment*. Malheureusement, une enquête de terrain de trois mois, en n'ayant aucune connaissance de la Réduction des Risques auparavant, n'a pas permis une observation assez longue pour en tirer des conclusions satisfaisantes.

Conclusion générale

La question de l'institutionnalisation des combats militants est une vaste question dans le champ des études autour de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS). Dans les discours, nous retrouvons souvent cette opposition entre une conception d'un militantisme pur et vrai, qui aurait perdu tout son sens dans son passage à une forme institutionnelle. Cette vision s'accompagne souvent d'une idéalisation du passé, une sorte de « *c'était mieux avant* ». C'est ce discours que j'ai pu percevoir lorsque j'ai découvert le domaine de la RdR. Et pourtant, j'ai eu beaucoup de mal à comprendre ce que représentait réellement une dynamique communautaire. En effet, la Réduction des Risques trouve son origine dans l'indignation militante d'un Etat qui ne fait rien, face à l'hécatombe de la communauté des gays et des injecteurs dans les années 80. Ces traumatismes passés peuvent expliquer un manque de confiance en l'institution. C'est donc un aller-retour entre ces notions qui a peu à peu constitué ma question de recherche, puis ma problématique.

Plus Belle la Nuit est un projet complexe, innovant, qui relève le défi d'allier outils communautaires et institutionnels dans son action, afin d'atteindre au mieux sa finalité. Quelle est donc cette finalité ? L'empowerment des usagers de drogues, ou plus largement, des personnes qui aiment faire la fête et dont les problématiques restent sans réponse. En apportant une posture de RdR, toujours adaptée à l'expérience de la personne concernée, c'est donc une prise de pouvoir à l'échelle de l'individu, mais également du groupe, qui se passe. Cela se traduit par des acteurs qui font ce qu'ils veulent, qui en appréhendent les risques et les enjeux, et qui deviennent autonomes dans leur action et réflexion pour limiter ces risques. Plus Belle la Nuit, dans une logique d'*empowerment* organisationnel, devient ainsi le dispositif de ce processus.

Je termine ainsi ce mémoire avec la frustration de n'avoir pas eu plus de temps sur le terrain ; de n'avoir pu appréhender toutes les dynamiques informelles qui circulent dans l'espace communautaire. Je propose ainsi à l'organisation concernée, si elle le souhaite, de s'appropriier les concepts de l'*empowerment* proposés par Ninacs (2003), afin de les intégrer aux critères d'évaluation de l'action qui permettent d'avoir une réflexivité sur leur action.

Bibliographie

- Arpaillange, C., & Augustin, J. P. (2009). *Les fêtes dans la politique de la ville: la jeunesse urbaine entre autonomie limitée et émancipation politique?*. Sud-Ouest européen. Revue géographique des Pyrénées et du Sud-Ouest, (27).
- Assogba, Y. (2007). Innovation sociale et communauté, Une relecture à partir des sociologues classiques.
- Bensebaa, F., & Béji-Becheur, A. (2007). Institutionnalisation et rationalisation des pratiques de RSE. Finance Contrôle Stratégie, 10(2), 63-95.
- Blaise, M. & Rossé, E. (2011). Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques. Psychotropes, vol. 17(1), 57-82.
<https://doi.org/10.3917/psyt.171.0057>
- Bouchard, G. (1986). La dynamique communautaire et l'évolution des sociétés rurales québécoises aux 19e et 20e siècles. Construction d'un modèle. Revue d'histoire de l'Amérique française, 40 (1), 51–71. <https://doi.org/10.7202/304424ar>
- Callon, M., « *Éléments pour une sociologie de la traduction* », L'année sociologique, N° 36, 1986, p. 169-208.
- Conill, E. M., & O'NEILL, M. (1984). La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale. Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique, 166-175.
- Couteron, J. P. (2011). La Réduction des risques. Multitudes, (1), 64-70.
- Couteron, J.-P. (2018). Comment organiser le dispositif de prévention, de RdR et de soins, pour qu'il intègre la RdRD et propose des espaces différenciés mais sans les cloisonner ?. Alcoologie Et Addictologie, 40(1), 61-74. Consulté à l'adresse <http://95.142.161.48/index.php/aa/article/view/721>
- d'Arripe, A., & Routier, C. (2013). Au-delà de l'opposition entre savoir profane et savoir expert: une triangulation des méthodes. Recherche Qualitative, Hors-série (15), 221-233.
- D'amours, M. (2000). *Procès d'institutionnalisation de l'économie sociale au Québec*. Collectif de recherche sur les innovations sociales dans les entreprises et les syndicats.
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D. G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale: recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. Santé, (47).
- Dumand, D., & Doublet, G. (2011). Drogues: prohibition, décriminalisation et Réduction des risques. Multitudes, (1), 42-46.
- Duperré, M. (2004). *L'organisation communautaire: la mobilisation des acteurs collectifs*. Presses Université Laval.
- Gaspar, J. F. (2012). Tenir!: les raisons d'être des travailleurs sociaux. La Découverte.
- Girard, G. (2014). Une mobilisation communautaire? Les homosexuels et la prévention du Sida.

- Goirand, C. (2013). Institutionalized Participation and Contentious Collective Action. *Revue internationale de politique comparee*, 20(4), 7-28.
- Imbert, G. (2010). The semi-structured interview: On the border between public health and anthropology. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 23-34.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?. *Santé Publique*, vol. 24(2), 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Labin, S. (1970). Hippies, drogues et sexe. *FeniXX*.
- Lafargue, L'Etat face aux rave-parties. Les enjeux politiques du mouvement techno.
- Lalande, A. (2016). En quoi la RdRD est-elle un nouveau paradigme ? La place originelle déterminante des usagers est-elle antinomique de son institutionnalisation ? In : *Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives"*, 7-8 avril 2016, Paris. *Alcoolologie et Addictologie*. 2016 ; 38 (3) : 249-262
- Le Naour, G. (2015). Drogues, Sida et action publique: une très discrète politique de réduction des risques. *PU Rennes*.
- Maestracci, N., Bello, P. Y., Lakhdar, C. B., Carrieri, M. P., Costes, J. M., Couzigou, P., Dubois-Arber, F., ... & Michel, L. (2010). Réduction des risques infectieux Chez les usagers de drogues.
- Motamed, S. (2015). Qu'est-ce que la santé communautaire : Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse. *L'information psychiatrique*, volume 91(7), 563-567. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>
- Namur, J., Citron, S. J., Dupuis, M., Sellers, M. T., Wassef, M., Manfait, M., & Laurent, A. (2009). Abstract No. 156: Diffusion of Doxorubicin from Drug Eluting Beads and Tissular Changes After Embolisation of Hepatocellular Carcinoma. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 2(20), S61.
- Ngoc, D. M. V. (2002). Marginalité et répression en Colombie: le cas du "nettoyage social" (Doctoral dissertation, Atelier national de Reproduction des Thèses).
- Ninacs, W. A. (2003). *Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*. La clé: La coopérative de consultation en développement, 26.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- Oger, C., & Ollivier-Yaniv, C. (2006). Conjurer le désordre discursif. Les procédés de «lissage» dans la fabrication du discours institutionnel. *Mots. Les langages du politique*, (81), 63-77.
- Peneff, J. (1996). Les débuts de l'observation participante ou les premiers sociologues en usine. *Sociologie du travail*, 25-44.
- Perez, F. (2017). Comment prendre en compte les phénomènes émergents et trouver des réponses adaptées? Comment permettre au dispositif de RdRD de s'actualiser/s'adapter

en permanence en fonction de l'évolution des usages et des problèmes liés aux usages?.
Alcoologie et Addictologie, 39(3), 300-312.

- Petiau, A. (2006). Marginalité et musiques électroniques. *Agora débats/jeunesses*, 42(1), 128-139.
- Pollak, M., & Schiltz, M. A. (1987). Identité sociale et gestion d'un risque de santé. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68(1), 77-102.
- Tardif, C. (2007). Les corporations de développement communautaire au Québec: processus d'institutionnalisation et trajectoires socioterritoriales spécifiques.
- Trilles, T. & Thiandoum, B. (2003). *La drogue dans la fête: Un point d'interrogation aux politiques sanitaires*. *Psychotropes*, vol. 9(3), 95-103. doi:10.3917/psyt.093.0095.
- Vix, C. (2004). *Fêtes libres: une histoire du mouvement techno en France (1989-2004)*. *Vacarme*, 28(3), 30-34. doi:10.3917/vaca.028.0030.
- Weber, M. (1971). Les types de communalisation religieuse (sociologie de la religion). *Économie et.*
- Wieviorka, S. (1996). La réduction des risques. *Toxibase*, Lyon, 2(1).

Sitographie

- Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? Santé Publique France, Mis à jour le 14 janvier 2020, Consulté le 25/10/2020. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
- IHRA - Qu'est-ce que la réduction des méfaits ?
- « Position de l'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la définition de la réduction des méfaits.
- https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf

Annexes

N°1 : Retranscription entretien S5, chef de projet PBLN 2.0

Camille – Est-ce que déjà tu peux me parler de ton poste, ton parcours dans PBLN, et du coup comment t'es arrivé à PBLN ?

S5 – Alors... Aujourd'hui je suis chef de projet sur un projet de rdr sur les espaces numériques, je suis également responsable du projet analyse de drogues du bus 31/32, je suis aussi chargé du plaidoyer de la communication stratégique de l'association. Donc ça c'est mes postes... Je suis arrivé dans l'association en fin 2012, au lancement du projet quasiment, peu après, au départ j'étais bénévole, ensuite j'étais stagiaire lors de mon M1, en contrat de professionnalisation lors de mon M2. A la fin de mon M2, le projet que j'ai monté a pu obtenir des financements, du coup j'ai enchaîné en tant que chargé de projet l'année suivante. Donc ça c'était en 2016, et depuis 2016 j'ai un projet opérationnel qui s'est développé, qui a maintenant une ampleur nationale et qui recherche des financements de ce côté-là, j'ai aussi évolué dans mes fonctions, donc maintenant je suis un peu partout dans l'asso.

Camille – Ok. Et du coup si t'as commencé en tant que bénévole, ça veut dire que t'étais déjà dans la RdR, t'en avais connaissance, tu peux m'en parler un peu ?

S5 – Ouais. Moi j'ai commencé à consommer vers mes 14-15 ans, j'ai commencé à... Dès le début j'avais déjà accès à la RdR sur internet, à cette époque ça marchait plutôt sur les forums d'utilisateurs, et du coup quand j'ai su que y avait vraiment des assos qui faisaient de la RdR, enfin pour moi la RdR je voyais très bien ce que c'était mais pour moi c'était plus une idée de discours entre utilisateurs, je connaissais plus le côté communautaire et auto-support de la RdR sur les réseaux, j'avais pas vraiment conscience que c'était des jobs avec des emplois qui fonctionnaient là-dedans. Donc ouais ça m'avait plutôt intéressé parce que je faisais déjà ça, j'étais déjà très informé sur ces sujets-là, donc j'ai continué dans cette voie. La RdR sur internet, ça fait 15 ans que je suis entièrement commun du sujet.

Camille – Comment toi tu décrirais ce qui est important dans la RdR ? Ça paraît évident, mais c'est quoi selon toi les points les plus importants ?

S5 – Hm... pourquoi c'est important... Ben sur un point de départ c'est important parce que y a un défaut d'information et il faut le rétablir. De mon point de vue, l'univers de la prohibition,

de l'interdit, du tabou, ça fait que les gens ont pas forcément les informations, l'accès aux informations, ou aux bonnes informations. Y a beaucoup d'idées reçues, de mythes, de toute façon la drogue c'est mauvais, peu importe si on se renseigne dessus ou qu'on fasse les choses en connaissance de cause, ça reste mauvais en quelque sorte... Je trouve que cette vision est assez foireuse, du coup changer de dynamique par rapport à ça, et d'être plutôt sur quelque chose qui tient plutôt du bon sens : avoir accès à des informations, fiables, objectives, claires, qui permettent aux gens de faire des choix sans considération d'ordre moral par rapport à ce qu'ils font, ou autre... Ça paraît assez logique que ce soit la conduite à tenir, c'est celle qu'on tient sur la plupart des sujets qui permet d'avoir une culture, puis une société... Pour se saisir entièrement d'un sujet, il faut se saisir de toutes les dimensions. Et le tabou, l'interdit d'information fiable et valide à grande échelle ; c'est clairement un frein à ce que ce soit un sujet de société comme un autre.

Camille – Ok. Et par rapport à PBLN, ce qui m'intéressait parce que c'est pas hyper clair pour moi, de qui ça s'est créé, et de qui c'était la volonté ? Est-ce que c'étaient d'abord les acteurs de terrain qui ont dit « on a un besoin faut qu'on fasse ça », ou est-ce que c'était d'abord la commande institutionnelle qui a donné l'idée ?

S5 – Ben... En gros, à l'époque où PBLN s'est montée, c'était les années précédentes Marseille Capitale Culturelle 2013 donc à partir de... 2011 ou 2012, y avait une commande de la ville de Marseille, pour avoir un dispositif de prévention, enfin une coordination de dispositifs de prévention qui soit en milieux festifs urbains. Au niveau local, y avait déjà des acteurs qui faisaient de la RdR en milieux festifs alternatifs, y avait des projets dans d'autres pays, d'autres villes de France pour faire de la RdR en milieu urbain... C'est vrai qu'à priori... Pour le sens de l'association ça allait un peu dans l'ordre des choses d'obtenir des financements pour aller vers ces publics-là qui étaient pas forcément des publics alternatifs, free party, mais plus des publics généralistes, plus larges. Donc y a eu une commande de la ville dans ce sens-là, auquel le bus 31/32 a répondu. Donc ça a été les premiers financements du service de santé publique handicap de la ville de Marseille qui était à destination d'un dispositif de prévention comme celui-ci. Et... Y avait une mission de coordonner les acteurs festifs sur le territoire, et de couvrir l'hétérogénéité des milieux festifs. Et du coup c'est à partir de là que le projet s'est développé, donc ouais. En fait ça s'est développé sur des expériences qui étaient déjà qualifiées ; en fait à l'époque le bus 31/32 c'est ceux qui avaient les bilans en milieux festifs qui leur permettaient de répondre sur une offre de ce type. Ils étaient les acteurs associatifs les plus avancés sur ce

sujet à l'époque quoi, donc c'était assez logique que ça soit eux qui prennent la coordination. Après oui le projet a quand même été pensé par des institutionnels, et une réponse à une commande publique après... Entre une volonté de base et ce qu'il s'est passé à la fin, en fait... Y avait pas vraiment de sens qui a été donné à l'institution à part la volonté d'instituer un collectif, où au final y a jamais vraiment eu une forme de collectif à proprement parler. Pas plus que n'importe quelle asso avec des partenaires quoi... Pour moi c'était plutôt multi-partenarial de base plutôt qu'un collectif.

Camille – Du coup est-ce que le bus se considère comme une asso communautaire ?

S5 – Non. Ce n'est pas une association de santé communautaire. Après PBLN est un projet qui n'est pas de santé communautaire, mais ça n'exclut pas des équipes qui soient communautaires. Ça dépend un peu de ce qu'on entend par communautaire ou non, ce qu'on a envie d'y mettre. Y a des associations qui se revendiquent comme communautaire, le bus n'en est pas une.

Camille – Par exemple, les ressources qu'on utilise... Par exemple les flyers, y en a qui viennent du communautaire, d'autres de l'institutionnel, c'est ça qui m'intéresse dans mon sujet... Quel sens ça a d'être sur ces deux terrains ?

S5 – Bah... le fait d'avoir des flyers communautaires c'est l'institutionnel un peu qui fait en sorte que ces flyers soient imprimés et largement diffusés. Si les associations qui les produisent n'avaient pas eu de financements pour les faire, ça n'aurait pas pris l'ampleur que ça a pris. Du coup c'est assez difficile de différencier les choses de façon aussi hermétique que ça. Là par rapport aux supports d'information, on utilise des supports institutionnels là où on n'a pas de supports communautaires ou qui nous paraîtraient plus adaptés à diffuser. En général, quand même, tout ce volet de documents et d'informations qui sont très institutionnels dans la forme et le ressenti, sont pas forcément les supports qui marchent le mieux avec nos publics. Et quand ils marchent c'est vraiment qu'il y a une absence de supports de « *substitution* » qui soient plus à l'image des personnes qui les lisent... Après c'est particulier, parce que tu vois même la santé communautaire, c'est ramener de l'institution dans la communauté. En soit tout est institutionnel, on a une structure, on est financés publiquement, on a des missions de santé publique, par extension on pourrait être les plus communautaires en étant institutionnels, amener la santé publique justement dans un espace communautaire c'est une présence institutionnelle dans un espace communautaire. C'est pas une prise en charge par le milieu. Une prise en charge communautaire, c'est sans personne

d'autre, c'est de la santé, de l'auto-gestion... Du moment qu'on est financés... Même de l'auto-support peut être de l'auto-support financé. Pour moi on a de l'auto-support au niveau des compétences, des supports, des usages, mais au final... Ça reste une institution. Un véritable auto-support, c'est tu vis dans un lieu auto-géré, y a des personnes qui gèrent telle et telle question, d'autres une autre, qui s'en occupent, là c'est géré par le milieu pour le milieu. C'est pas quelqu'un qui ressemble au milieu et qui arrive de l'extérieur parce qu'on lui a dit d'aller, avec de l'argent que y a eu, quand bien même la pertinence il l'a évaluée, on est déjà dans quelque chose d'institutionnel.

Camille – Ok, donc même quand c'est institutionnalisé, ça va être déjà... Qui prend les décisions pour le milieu en question ? Est-ce que tu dirais que y a une gouvernance qui représente un peu le communautaire au bus ou dans les décisions qui sont prises ?

S5 – En fait je pense qu'au niveau de PBLN c'est assez particulier, il faut le séparer parce que faut le séparer des deux autres entités qui sont médico-sociales, on a plus un fonctionnement qui va être très, de structure médico-sociale, quand bien même les professionnels vont être concernés ou militants sur ces sujets, ça reste un fonctionnement classique de structure médico-sociale. Sur PBLN on va avoir plus un profil plus varié, pas mal de gens qui vont être là par rapport à une dimension de leur vécu, de manière principale ou secondaire, et pas forcément sur des compétences ou un diplôme, qui sont issus du milieu qui s'inscrivent dans la proximité avec les publics avec lesquels ils travaillent, donc on a cette dimension sur le communautaire dans le sens où on a une grande proximité avec les publics, et on est aussi issus des publics, et on vit aussi les problématiques des publics, après c'est quand même facilitant parce qu'on travaille sur un sujet bon la fête quoi, c'est un peu le sujet de tout le monde. Alors que la précarité et les traitements de substitution ce sont moins les sujets de tout le monde. La proximité viendra aussi dans les structures bas-seuil et les CSAPA/CAARUD, mais c'est pas la même. On va dire que c'est la logique des personnes qui composent ce service et la manière dont ils font remonter le terrain et la manière dont ils vivent le terrain en-dehors de leur temps de travail qui fait qu'il y a à mon sens une forme de cohérence communautaire mais qui repose sur des personnes. Pas un truc structuré avec une vraie représentation démocratique qui pourrait supposer un mouvement communautaire analysé en tant que tel. Au moins quelque chose au moins avec des gens qui sont pas à l'ouest par rapport à cette problématique-là, qui savent où ils sont et pourquoi ils y sont.

Camille – Du coup y a toute une difficulté dans la gouvernance d'avoir les usagers qui produisent les besoins, les connaissances de terrain... Et à la gouvernance y a une difficulté d'avoir des salariés/usagers par exemple sur la gouvernance. Comment le relais est fait ?

S5 – Après quand on travaille en mode projet comme sur PBLN on a toujours une perspective d'évolutions diverses et variées, on réadapte constamment, contrairement au CSAPA/CAARUD qui ont des missions beaucoup plus stables, qui ont pas vocation à se développer ou à être modifiées ; plutôt fournir un service du mieux qu'on peut avec les moyens qu'on a, mais ce service a pas vocation à trop évoluer. Il s'adapte à des petites vocations de besoins, mais il a pas une idée de changer ce dispositif-là, perpétuellement, comme sur PBLN qui est pas sur un mode de financement stable. Ça peut être lié au mode de financement, par exemple les CSAPA/CAARUD c'est des choses qui sont inscrites pour 10 ans, qui ne se renégocient pas à la hausse en fait, ou alors un petit peu, mais plutôt à la baisse. Ça dépend de stratégies qui sont très centralisées au niveau étatique alors que ce qu'on fait à PBLN c'est pas du tout les mêmes financements ; c'est pas pour rien que y a quelque chose qui est en mode service qui tourne en boucle un peu, et quelque chose qui est plus en mode projet qui a pas de vocation de fin autre que de continuer à évoluer en fonction des changements de publics et terrains, on travaille sur un milieu qui évolue très rapidement. Ce qui est pertinent d'une année à l'autre change tout le temps. Et en ce sens-là c'est bien différent.

Camille – Comment vous faites remonter les besoins du bas vers le haut ?

S5 – Je pense qu'on est quand même sur une marge où on a énormément d'autonomie, on fait pas remonter de choses spécialement, moi quand j'ai besoin de faire remonter des informations du haut, c'est parce que j'ai besoin de déclencher tout un réseau sanitaire derrière, sinon... On est relativement autonomes. Quand y a des changements, on en discute en équipe, on voit quels changements il peut y avoir, on réadapte l'activité en fonction... Ça peut être n'importe quoi... Des pratiques émergentes qui font en sorte qu'on a besoin de se réajuster, d'ajuster la formation des équipes, d'avoir des nouveaux supports d'information, de bosser éventuellement des techniques pour amener des discours autour d'un sujet précis qui pose souci en ce moment parce que c'est un phénomène émergent... Et en soi pour faire ça, on fonctionne jamais en mode ça doit remonter à la direction ou au CA. La direction c'est juste de l'information, parce qu'en soi c'est notre travail, c'est routinier de s'adapter

constamment au contexte, pas besoin de repasser par des validations hiérarchiques pour ces choses-là, du coup y a pas forcément de mouvements des usagers vers le CA par exemple.

Camille – Du coup j’imagine qu’au quotidien y a des discours des usagers envers les infirmières les médecins qui sont discutés en équipe... J’ai l’impression que y a aussi beaucoup entre les associations, vous vous appelez beaucoup pour faire circuler les informations, même de manière informelle parfois...

S5 – Bah ça c’est notre réseau professionnel où c’est vrai qu’on a une activité quasi spécifique par rapport à ça, on peut pas être isolé, on est dans un écosystème avec des partenaires divers et variés, ça peut être des partenaires institutionnels ou opérationnels, et forcément pour avoir une bonne circulation de l’information on est amené à travailler... Avec le temps je le vois même plus comme est-ce que c’est l’asso ou pas, vendredi par exemple dans le cas de suspicion de cannabinoïde de synthèse, on a dû monter une alerte sanitaire, j’ai eu des rapports avec des usagers, avec l’addictovigilance, avec l’ARS, avec des partenaires opérationnels de terrain, avec la direction... Avec d’autres usagers par la suite, d’autres assos basées dans différents endroits en France pour prendre un petit peu la température. C’est des choses où c’est comme si on avait des unités délocalisées, on a tous les mêmes missions, tous financés pour les faire, tous le même sens à nos activités, y a des moments où on a besoin de répartir ces choses-là, et en fonction de ce qu’on constate sur le terrain, et si ça a du poids au niveau de notre taille, de notre file active, si c’est au niveau du département, de la région... En fonction de là où ça se situe, on va pas aller communiquer vers les mêmes personnes. En tout cas on est inscrits dans une dynamique-réseau où on est tous dans l’interdépendance par rapport à ça. Et en fait cet écosystème qui gère toutes les conduites addictives et de RdR, chacun a une case et un rôle bien définis, et en fonction des thématiques y a une partie des choses qu’on constate qui vont nous amener à déléguer des actions qui vont être rendues par notre constat, par des gens qui sont financés sur ces missions-là. On est fortement imbriqués dans cet écosystème-là. On peut pas faire grand-chose sans avoir de rapports avec. Surtout sur des constats de terrain et des évolutions, on est quand même sur des propositions où on a un devoir fort professionnel de faire circuler vite les informations aux personnes compétentes pour les recevoir et en faire quelque chose qui a du sens par rapport à ce réseau.

Camille – D’accord. Et est-ce que du coup ce réseau il inclut tous types d’acteurs de la RdR ? Ou est-ce que ça reste plus les acteurs de santé ?

S5 – Moi je le vois plus comme un écosystème qu'un réseau. Des réseaux y en a plein, au bus on est inscrit dans des dizaines de réseaux. Festifs, addicto, analyse de drogues, réseau local de partenaires en PACA... collecteurs, acteurs culturels festifs.... Toutes les petites associations socio-éducatives... Y a vraiment pleins pleins de catégories d'acteurs avec qui on travaille, qui sont pas forcément inscrits dans des conventions, parfois oui, des fois des conventions classiques, des fois des choses diffuses, informelles, reliées aux missions, dépendant de personnes et de leurs réseaux personnels... La dynamique associative c'est aussi ça, la complexité de plusieurs couches de réseaux des fois interperso, des fois pro, et puis là sur une asso qui gère des services, des tenants larges sur des thématiques différentes, ça a pas de fin. Camille – Surtout que la RdR, ton parcours le montre bien, c'est d'abord quelque chose de personnel, dans l'ici et maintenant, et après ça s'est institutionnalisé, y a commencé à avoir des organisations.

S5 – T'as raison y a ce truc de temps, mais y a aussi ce truc de deux vagues qui peut être plus difficile à comprendre, mais en gros y a une génération qui est la première qui s'est constituée sur le fait de limiter la casse dans les années 90 avec l'épidémie du SIDA et l'absence de disponible des seringues ; cette génération de militants qui avaient vu arriver une grande cause qui s'étaient mis à œuvrer en marge de la loi pour apporter des réponses. Cette génération-là d'acteurs et ces problématiques sont profondément institutionnalisées, sont « *normales* » maintenant, et qui dépendent plus forcément dans l'opérationnel de personnes qui sont militantes de ce sujet-là comme c'était à l'époque. Par contre les militants qui étaient une petite poignée, ont pris beaucoup de place dans ce réseau, sont devenus directeurs, ont accédé des positions hautes pour ceux qui ont continué...

Camille – Comme AIDES par exemple...

S5 – Ouais, comme des personnalités qui ont continué dans ce réseau et ont commencé à diriger de grandes assos pour monter des projets qui ont été fonctionnels pendant longtemps. Donc oui aujourd'hui c'est profondément institutionnalisé, y a plus trop de marge de manœuvre justement, c'est des choses qui fonctionnent, qui sont posées, qui vont peu évoluer, à part pour les salles de consommation à moindre risque notamment. Mais au niveau de la RdR festive, c'est plus une deuxième vague d'acteurs en fait, c'est plus la génération drogues de synthèse, beaucoup moins centré sur la thématique infectieuse, et beaucoup plus centré sur les risques liés à la consommation de certains produits, plutôt proche du milieu festif. Et en fait entre ces deux générations y a un peu un truc générationnel, et du coup la

deuxième vague de RdR est pas encore complètement institutionnalisée. PBLN traduit un des mouvements d'institutionnalisation de la RdR en milieu festif. Sortie du milieu alternatif, réservé à certains usagers communautaires, prise en charge du milieu... Vers quelque chose qui est plus généraliste, qui n'a pas cette dynamique communautaire de prise en charge par le milieu du coup faut en apporter une. Du coup c'est un peu cette dynamique-là, c'est construire du communautaire sur quelque chose dans la proximité, on n'a pas fini de construire des choses par rapport à la problématique des drogues de synthèse, le sujet est beaucoup moins stabilisé par rapport à celui de problématiques du SIDA et de matériel d'injection en libre-service, du coup y a encore beaucoup de choses mobiles quoi.

Camille – Parce que même dans le milieu du festif, y a le festif techno, y a beaucoup de littérature sur la RdR festive techno, et je cherchais sur la RdR festive commerciale, un peu la raison d'être de PBLN, y a très très peu.

S5 – Je sais pas comment le formuler, mais... C'est un peu la suite logique que ça se répartisse dans d'autres espaces, mais en France on reste un des seuls dispositifs qui reste fonctionnel sur ce terrain-là. Et y a peu... PBLN reste assez unique dans sa forme, on sait pas si y a des projets similaires qui vont se développer... De base on s'était basé sur Fêtez Clairs à Paris, et Quality Night à Bruxelles, mais c'est vrai qu'aujourd'hui que la forme qu'a PBLN n'a rien à voir avec ce que font les autres structures en milieu urbain. Y a pas de structures en France qui interviennent tout au long des soirées, qui couvrent l'amplitude de ces espaces-là...

Camille – Est-ce que dans ces milieux festifs-là il pourrait y avoir du communautaire ? Dans le milieu festif commercial ? Je sais que par exemple le Delta il a une communauté « *d'élite estudiantine* »...

S5 – Après la santé communautaire, ça vient de milieux qui sont quand même en général plus marginalisés, victimes de stigmates, et du coup qui ont des situations qui sont plus spécifiques avec beaucoup de points communs pour se comprendre en tant que communauté de destins, avec des intérêts propres, des choses à faire pour ses intérêts propres, je pense que c'est évident chez les travailleurs du sexe, dans les milieux alternatifs punks, et festif techno, c'est beaucoup moins une évidence dans les milieux généralistes. En plus, la valeur-maître c'est plus le consumérisme, alors que dans les Free c'est plus la notion de partage et d'auto-gestion. La dynamique communautaire dans des milieux diffus comme ceux-ci, c'est pas évident. Tu vois aujourd'hui y en a une qui est plus évidente par rapport à une perte de sens, les gens sont en recherche sens, mais au final c'est pas une dynamique qui appartient à une communauté

plus qu'une autre quoi. Après je pense aussi que chez ces fêtards-là qui fréquentent beaucoup moins des lieux alternatifs, je pense que y a une conscience, chez certains, des problématiques propres aux milieux et une envie d'y faire quelque chose, mais c'est pas non plus quelque chose qui est aussi présent que dans d'autres communautés, plus clivées par rapport au reste de la société. Mais avec le Covid peut-être que ça va un peu resserrer l'intérêt communautaire, parce qu'on n'a jamais autant tapé sur les clubbers que maintenant, donc c'est des choses qui créent des dynamiques communautaires.

Camille – Par rapport à ce que j'ai lu sur les politiques des drogues... Y avait un peu ce truc de la RdR qui a pris place dans des espaces non-autorisés, y a une répression forte, par contre là où l'Etat met de l'argent... Est-ce que y a une corrélation entre le fait que la RdR sorte des milieux technos et aille vers des milieux commerciaux, et le fait que la RdR s'institutionnalise ? Est-ce que c'est lié tout ça ?

S5 – C'est forcément lié dans une certaine mesure parce que ça fait partie de... Le milieu addicto, s'il grossit y a plus d'influence, et quand même les messages qu'il porte par rapport à des constats objectifs sur le terrain, ça amène à infléchir les politiques publiques. Après relativement peu, parce que les politiques des drogues ça reste un sujet suspendu en dehors de toute logique, de tout argument objectif. C'est un sujet politique qu'il est bien d'usage de retourner dans un sens selon les périodes électorales, selon ce qu'on a envie d'en faire. Je pense que ce sujet-là, c'est un peu le même sujet que les sujets clivants pour la société. Si y a besoin de faire un écran de fumée pour se concentrer sur quelque chose plutôt qu'autre chose, on peut faire en sorte de se concentrer sur les quartiers populaires, le voile, la politique des drogues... Dire tout et n'importe quoi, changer de disquette cinq ans après, et faire traîner ces sujets-là qui vont mobiliser l'opinion publique sur au final des sujets un peu spectacle, à débat vigoureux, qui ont cette fonction de réexister, d'être ramenés sur le paysage public, et quelque soit le niveau d'informations, les débats sont toujours les mêmes. C'est des sujets bonus pour les décideurs, d'aller secouer ce truc-là pour aller foutre la merde, comme en ce moment avec le virage sarkoziste de darmanin sur les politiques de drogues, avec l'amende forfaitaire délictuelle. En soi, ça fait évoluer les constats, mais dans quelle mesure ces choses-là sont liées et portent du sens et portent quelque chose de nouveau en termes de politique publique ? On va dire que c'est à petits pas.

Camille – J'ai l'impression que les acteurs communautaires représentaient pas des interlocuteurs pour l'Etat, vu que y avait dans l'essence militante avec l'ennemi commun

l'Etat, l'institution, mais aujourd'hui y a des acteurs institutionnels dans la RdR... Ça rend possible cette traduction d'un univers à l'autre.

S5 – Oui quelque part ça renforce ce lien-là, est-ce qu'avant quand des médecins sortaient dans la rue distribuer des pompes est-ce que ça avait pas aussi cette vocation-là ? J'imagine qu'ils avaient aussi la volonté de faire remonter ces infos-là... L'institutionnalisation c'est que les solutions imaginées dans les années 90 pour répondre à une crise, y avait des acteurs qui étaient dans l'illégalité depuis longtemps, la RdR s'était placée avant la loi sur pleins de sujets.. Aujourd'hui j'ai l'impression que par rapport à cette institutionnalisation-là, petit à petit, y a moins cette idée de prendre des risques par rapport à des pratiques illégales, même si elles seront avant la loi. Ça s'empâte un peu de ce côté-là on va dire. Ça a toujours été facile pour les décideurs de garder des personnes avec des informations-clés sur des sujets, de les consulter de temps en temps, de leur donner une petite place dans une dynamique, pour quelque part qu'ils puissent se contenter que leurs idées soient entendues mais que ça avance mollement par rapport à ce que ça sous-tend derrière comme action publique quoi. Mais... Je pense qu'il y a de plus en plus aujourd'hui de défiance de ce milieu professionnel-là, puis une prise de confiance... Par rapport à avant où il fallait être écouté... Maintenant tout est su, le reste c'est des choix, et donc le choix d'oublier une frange de la population, les usagers de drogue et d'en faire des boucs émissaires face à un espèce de fiasco global, et de placer le viseur sur eux plutôt que sur autre chose... Comme on a pu le faire pendant le covid sur les free alternatives... Les grands méchants c'est les gens qui font la fête dans les bois par rapport à cette crise... Le traitement médiatique joue beaucoup, qu'on tape sur les fêtards ou les drogués, les médias ils vont rarement aller questionner le sens opposé, c'est assez systématique quoi. Je crois que c'est quelque chose qui tient à de l'idéologique, qui est très bien ancré, et que la morale et l'idéologie qu'on pourrait avoir un monde sans drogues un jour... C'est quelque chose qui est encore puissant, même si c'est très déconnecté de la réalité. L'homme a rarement pu changer la réalité profondément du fait que l'humanité ait fait usage de drogues de tous temps... Il semblerait que ce soit une constante, Darmanin il aura beau bomber le torse, à part créer plus de dégâts et de violence localisée, en soi c'est pas ça qui va enlever la question de l'usage de drogues.

Camille – Et puis c'est pas son but de toute façon...

S5 – Non mais c'est un but annoncé, on veut faire de la politique, de la réaction, du sensationnalisme, du chiffre, on veut qu'on parle de ça et pas d'autres choses, ça marche super

bien. C'est un peu ce genre de sujets-là, j'appelle ça des sujets écran de fumée. C'est des sujets chauds, en suspens, y a ni consensus, ni dissensus, on le secoue quand on veut quand on veut faire du bruit. Des gros sujets de société qui tiennent à des paradoxes, y en a pas beaucoup, mais les drogues c'est un peu ça...

Camille – Ouais. Est-ce que du coup avec cette institutionnalisation, est-ce que y a un risque de perte de sens, de ce qui pourrait être l'origine de la RdR ? Est-ce qu'il y aurait des désavantages ?

S5 – Je pense que c'est un leurre de penser qu'on peut avoir des militants en continu sur tout. Je pense que le militantisme c'est de faire émerger des soucis auquel il n'y a pas de réponse. Après le job des personnes militantes, c'est de se désintéresser des sujets dont on a trouvé des réponses. C'est bien ce qui se passe aujourd'hui dans la prise en charge des usagers de drogues les « *plus abîmés* » ; y a tout un tas de services institutionnels qui roulent, avec des professionnels qui n'ont plus besoin d'être militants pour s'occuper de ces personnes-là, à quelque chose de fonctionnel. Si c'est plus le rôle des militants, ils doivent être sur ce qui est encore à changer, sur aller plus loin. Entre le moment où y avait pas le droit de distribuer des seringues dans les années 90 et y avait des gens qui mourraient du Sida par dizaines, aujourd'hui quand même... Sur la disponibilité de ce matériel-là, sur le maillage territorial des CSAPA et CAARUD en France, des structures de soins spécialisées à destination des personnes sujettes aux addictions, dans presque toutes les grandes villes, dans toutes les régions, on ne peut plus avoir du travail militant partout. C'est pareil avec le fait de manger sain ; il faut un lanceur d'alerte, un premier cuisinier militant, mais après c'est le but que tout le monde se l'approprie, militant ou non. Le travail a été fait, c'est plus un domaine militant. Je pense qu'aujourd'hui justement y a un peu cette réticence de lâcher ce truc d'ego qu'il y a eu des choses qui ont été gardées longtemps sous emprise... Pour beaucoup de militants, le but c'est justement que ça les concerne plus.

Camille – Et donc comment on fait pour garder justement ce côté d'alerte même dans des organisations bien établies ?

S5 – Bah je pense que ça marche moins bien, mais en continuant de se situer avant la loi. Je pense qu'on fait partie des organisations qui prenons pas mal de risques quant à nos activités, étant donné le cadre légal autour ; quand on se construit dans ces marges-là, dans ces zones où y a un trou, une problématique, y a de quoi faire encore. Y a pleins d'espace où y a de quoi faire encore. Mais pas sur les premiers sujets en fait, y a une logique à l'institutionnalisation

qui est quand même souhaitable pour les militants, de s'occuper des personnes qui ont des gros problèmes avec leur usage de drogues ; le but c'est que tout le monde puisse y avoir accès, pas seulement celui qui est considéré comme toxicomane ; que l'usage de drogue soit considéré comme normal, comme un sujet de société normal, et que les services à destination des usagers ne soit pas seulement pour les usagers les plus abîmés. A l'heure actuelle j'ai l'impression qu'on a la prévention pour les jeunes, et le bout de chaîne pour ceux qui ont des problèmes extrêmes ; entre les deux, y a un manque d'accessibilité très fort. Peut-être que c'est là que le militantisme doit se construire, là-dedans. Et peut-être beaucoup plus aujourd'hui lié à la politique des drogues, que sur un champ d'activité précis en fait. Avec les salles de consommation à moindre risque qui traîne ; aujourd'hui y a des procédés qui sont réglementaires qui font que y a des accompagnements à injection sur site. Donc en fait... Oui ça vaut toujours le coup qu'il y ait un centre qui marche et que ces pratiques marchent mieux. Mais le travail de faire émerger des informations et les faire remonter vers les instances institutionnelles, on connaît comment il marche. Il s'est bureaucratisé, il est plus lent, avec ses rigidités, mais y a toujours des dysfonctionnements qui remontent vers le haut. Après les volontés politiques et l'urgence des problèmes, à l'époque où y avait massivement du partage de seringues réutilisées, avec l'hécatombe du Sida avec un niveau de dépistage et de traitement qui était complètement à la rue comparé à ce qu'on a aujourd'hui, c'est comme la crise sanitaire du covid : c'est urgent, il faut réagir maintenant tout de suite, si on réagit pas maintenant tout de suite ça va être des dégâts quantitatifs importants, et potentiellement atteindre la population générale à partir de ce vivier de population infecté qu'on laisserait continuer à s'infecter dans des grosses proportions. Le danger à l'époque était plus visible, là il est plus diffus, moins palpable ; ça justifie du coup d'avoir des temps politiques plus longs, et on voit bien quand le fonctionnement crise et longue durée en France c'est pas le même ; et le fonctionnement de longue durée en France il a quand même tendance à durer très longtemps, on le voit bien avec ce système bureaucratique écrasant. Bah les deux exemples c'est l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, y a toujours pas le troisième centre d'expérimentation, et sur le cannabis thérapeutique, le conseil scientifique transitoire ne se met pas au travail alors que c'est des choses qui ont été votées y a trois ans. Et au final l'Etat est assez fort pour te mettre du retard et des avancées molles.

Camille – Est-ce que y a un désavantage à avoir, par rapport à tous les chiffres qui vous permettent d'avoir un regard sur l'activité, ça vous permet d'avoir un regard, est-ce que y a des désavantages à devoir rendre des comptes ?

S5 – C'est comme tout y a des désavantages et des avantages... Il faut être pragmatique par rapport au cadre dans lequel on se situe, et aujourd'hui collecter des données de suivi et d'évaluation c'est juste quelque chose sur lequel on peut pas faire l'impasse. Après c'est dommage parfois d'avoir autant besoin de le faire, et d'y consacrer autant de temps comparé à ce qu'on peut consacrer à l'organisation selon les périodes. C'est clair que des fois on va estimer que c'est de la perte de temps, qui prend la tête, mais c'est un mal nécessaire. Et l'avantage qu'on a avec PBLN c'est qu'on a pu fixer nos indicateurs. Enfin.. On nous demande des comptes sur des indicateurs qu'on a construits, on a dit ce qui était important de suivre et on a été écoutés. Alors que les CSAPA/CAARUD, c'est chaque année la même chose et c'est plus de la stat nationale que du suivi d'activité, et c'est bcp moins tourné sur « *regardez ce qu'on a fait* » et s'adapter, changer.. C'est beaucoup plus rendre des comptes, rendre des comptes, rendre des comptes. Ça dépend du sens que y a derrière.

Camille – PBLN c'est plus un fonctionnement sur appel à projet, alors qu'un CSAPA/CAARUD c'est plus un fonctionnement pérenne...

S5 – C'est la différence entre service et projet... Service c'est indicateur missions objectifs normalisation mêmes choses même heure rien d'autre n'intéresse que ce qui est prévu par le cadre légal... Nous on est en construction donc c'est beaucoup plus de portée dans les choix qu'on fait par rapport au suivi et à l'éval et ce qu'on en fait. On avance pas à l'aveugle, y a des choses qui roulent. C'est vécu beaucoup moins négativement que pour des personnes qui remplissent ces trucs sans voir le sens de... pour eux, par rapport à la structure. Est-ce que c'est des données qui servent à construire quelque chose, ou à rendre compte ? PBLN c'est un peu les deux : on cherche à rendre compte par rapport à des choses qu'on veut objectiver nous mais en même temps c'est intéressant parce que ça continue à légitimer nos discours par rapport aux institutionnels qui nous financent, après y a personne qui nous a dit je veux savoir ça, sur les gens... On a jamais été dans un mode descendant par rapport à ce mode de fonctionnement. Donc on a pas forcément une représentation clivante ; on l'a choisi, et c'est intéressant. Si on n'est pas contents, c'est contre nous, on l'a choisi. Des fois ça prend du temps, ça empiète, y a des périodes où c'est chiant..

Camille – C'est aussi des compétences ; par exemple le chill'in, réunir tout le monde, c'est pas forcément accessible à tous

S5 – Ouais. Et c'est moins chiant pour des cadres qui sont habitués à ça, pour les travailleurs sociaux et médicaux qui les remplissent... Pour eux, ils vont rendre compte, c'est des actes. C'est pas de la gestion de projet, ça bouge pas. C'est redondant et cyclique, ça s'inscrit pas dans une logique de construction.

Camille – Je trouvais ça cool que tout le monde participe, si PBLN grossit c'est pas évident que tout le monde s'approprie ça.

S5 – Bah de toute façon on essaie d'être dans un mode de gestion avec S1 aujourd'hui, qui soient pas calqués sur des trucs anciens. On pourrait soumettre des outils... On sait très bien que si y a pas eu quelque chose de partagé dans le diagnostic, du pourquoi du comment... Pas subir c'est important pour nous. On essaie quand même de faire les choses pour que les gens se sentent bien par rapport à ça, parce que c'est pas leur corps de compétences ; ça demande parfois des grands discours pour pas grand-chose, mais à la fin, sur l'usage et la pertinence de l'outil, son opérationnalité, c'est tout à fait déterminant. Ça permet d'économiser du temps et de la prise de tête. C'est un mode de gestion, horizontal, on a toujours été là-dedans...

Camille – Avec Nicolas c'était pareil ?

S5 – [...]

Camille – J'ai une dernière question sur les milieux festifs. C'est quoi la différence entre le pôle festif du bus et PBLN ?

S5 – Principalement une logique financière, le pôle festif est pour les milieux festifs alternatifs, financé par le CAARUD. Au niveau ministériel, l'agrément CAARUD a comme mission d'aller vers les milieux festifs alternatifs, pas pour les milieux festifs urbains. Donc cette équipe du CAARUD a permis de construire le projet PBLN. Donc les anciens teuffeurs ont aidé à construire le projet. Beaucoup de professionnalisation des acteurs de la free dans le Sud de la France. Ces milieux sont pas si déconnectés les uns des autres, y avait des gens qui avaient différentes appétences. Cet écart il est aujourd'hui lié à deux fonctionnements différents. C'est pas forcément les mêmes gens. Et dans chaque département, y a des CARRUD financés pour aller en free, alors qu'en urbain c'est très peu développé. Au niveau des bénévoles viennent par rapport à leur milieu festif, c'est le truc d'appétence. Ils ont une curiosité pour les lieux dans lesquels ils sortent déjà. Après y a une différence de compétences ; on emmène pas n'importe qui en free, des gens solides et qui connaissent la free, alors que dans le festif

urbain, on peut emmener des débutants. Pour que la personne soit en confort et ait pas l'impression de nager dans des trucs qui lui parlent pas. Compétences, disponibilité et engagement, c'est pas la même chose entre ces deux milieux.

Camille – Un dernier truc sur le fait que PBLN n'est pas communautaire, mais a un peu un devoir de reconnaître et valoriser les savoirs et compétences communautaires...

S5 – PBLN n'est pas communautaire dans la forme, on se revendique pas en tant qu'association communautaire, on n'est pas une association d'usagers de drogue, on n'est pas une association de fêtards, bien que y ait pas une seule personne qui fait pas la fête. Par contre ça empêche pas d'avoir une compréhension du communautaire, et d'être réglo avec ce que c'est que le communautaire, on n'est pas obligé d'être communautaire pour comprendre ce qu'est un mouvement communautaire, et même sans l'étiquette en avoir les codes sur pleins de choses en fait. Sauf se revendiquer en tant qu'asso communautaire parce que c'est pas le cas. Sur PBLN j'ai du mal à faire la différence, t'as quand même une prise en charge par le milieu, y a personne ici qui est pas concerné par ce sujet-là, et on a aucune personne qui est ici pour faire un job alimentaire. Et les intervenants sont tous concernés.

Camille – Et y a de la création d'outils...

S5 – Ouais ptêt la seule chose qui fait qu'on est pas communautaire mais ces gens restent pas trop longtemps... C'est le fait qu'on soit rattachés à une grosse structure du médico-social bine institutionnalisée, c'est des personnes qui viennent de leur formation de travailleurs sociaux / infirmiers, en faisant une formation en RdR en faisant un passage dans nos dispositifs. C'est pas une valeur en soi qui les anime, mais ils sont pas là pour rien. Mais bon c'est majoritairement pour gagner en compétence professionnelle et ajouter quelque chose à leur parcours.

N°2 : Un exemple (partiel) de flyer de Réduction des Risques, produit par l'association communautaire Techno+ (Paris)



12 CONSEILS POUR REDUIRE LES RISQUES

- 1. Renseigne-toi** du mieux possible sur la qualité et l'effet du produit.
- 2. Les premières fois** sois encore plus prudent sur la dose: ne prends pas plus de la moitié de ce que prend un habitué 3. Si tu as décidé de prendre des champis, fais-le toujours avec des gens de confiance, dans un contexte rassurant.
- 3. Si tu as décidé de prendre de la coke**, fais-le avec **des gens de confiance**, dans un contexte rassurant.
- 4. Évite de consommer plusieurs produits en même temps.** Le mélange de substances différentes multiplie les risques en particulier avec l'alcool et le MDMA.
- 5. Évite d'avoir l'estomac plein** (nausées, digestion difficile) mais n'oublie pas que la coke est un coupe-faim alors prend un repas énergétique quelques heures auparavant.
- 6. La cocaïne est contre-indiquée** si tu souffres d'**épilepsie, d'hypertension, de troubles psychiatriques ou d'asthme.**
- 7. La confiance en soi** que provoque la Coke **ne te permet pas toujours d'évaluer les risques que tu prends**, tant sur le plan social (les nerfs montent très vite) que physique (si tu te blesses, tu risques de ne pas trop le sentir).
- 8. Si tu sniffes la coke**, utilise ta propre paille pour éviter la transmission des hépatites.
Si tu la shootes, utilise ton propre matériel (seringue y compris cuillère, filtre, garrot...) pour éviter la transmission des hépatites et du sida.
- 9. La coke empêche de dormir** alors **fixe-toi des limites** de consommation (ton corps a ses limites).
- 10. Bois de l'eau régulièrement** (mais pas de trop grande quantités d'un coup : moins d'un demi litre).
- 11. Évite de prendre le volant** et d'entreprendre une activité à responsabilité.
- 12. La C est un stimulant sexuel**, n'oublie pas **le gel et les préservatifs.**

20 ans de Techno+ c'est 20 ans de réduction des risques, d'écoute, de conseil, d'activisme et d'information. 20 ans que ça dure, et c'est pas fini ! L'action et le soutien se poursuivront sans jugement, ni répression, ni morale !



CONTACTS

Urgences-Secours 112

Drogues-info-service.fr

Drogues alcool tabac info service 0800 231 313

Hépatites info service 0800 845 800

Sida info service 0800 840 800

Act Up (Toulouse)

05 61 141 856

actuptoulouse@wanadoo.fr

Le Tipi (Marseille)

04 91 045 400



Master 2 RH - Economie Sociale et Solidaire

Organisation et projets

Titre du mémoire : L'institutionnalisation des outils communautaires dans la Réduction des Risques - Le cas du projet Plus Belle la Nuit (PBLN)

Nom et Prénom de l'auteur : Camille Scheiner

Année : Master 2 ESS – 2019/2020

Résumé : Dans ce travail de recherche, nous souhaitons mettre en avant deux dynamiques présentes dans le développement de la Réduction des Risques, qu'en apparence tout oppose dans le domaine sanitaire et social ; d'abord la dynamique communautaire, puis la dynamique institutionnelle. En effet, le secteur militant à l'origine des combats liés au Sida dans les années 80 tient un discours très critique du processus d'institutionnalisation des outils de santé communautaire. Nous tentons ensuite de dépasser cette binarité et les paradoxes qui y sont liés, en étudiant la notion d'empowerment des usagers, permettant ainsi de réconcilier ces approches dans une logique de complémentarité.

Nous posons la question suivante : *De quelle manière une organisation institutionnelle peut-elle rester un dispositif d'empowerment individuel et communautaire ?*

Nous tentons de répondre à cette question à travers l'étude de la microstructure Plus Belle la Nuit (hébergée par l'association médico-sociale Bus 31/32), en mettant en avant d'une part leur rôle de traducteur ; créer et tirer avantage de liens de confiance entre publics concernés, acteurs institutionnels, et partenaires. D'autre part, la RdR n'étant pas "hors-la-loi mais avant la loi" (Perez, 2017), PBLN détient un réel pouvoir d'innovation sociale.

Mots clés : Réduction des Risques, institutionnalisation, empowerment, communautaire, fête.

