
La morale du shoot. Responsabiliser les injecteurs de drogues ?

Fabrice Fernandez *Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (sciences sociales, politique, santé)*

Résumé : Dans cet article, je questionne les conceptions morales de la prévention sanitaire confrontant les valeurs portées par la politique de réduction des méfaits et celles des injecteurs de drogues précarisés. À partir d'une enquête ethnographique menée en France dans des squats de consommateurs de drogues et des associations de prévention, cet article vise à comprendre comment les acteurs de la réduction des méfaits tentent de responsabiliser ces injecteurs et les tensions et jugements moraux à l'œuvre autour de ce qu'être responsable signifie. J'analyse les modes d'appropriation, d'opposition ou de résistance de ces usagers face à cette économie morale de la prévention.

Mots-clés : économie morale, responsabilité, usagers de drogues, réduction des méfaits, précarité, travail moral

Abstract: In this article, I question the moral economy of health prevention between the values carried by the policy of harm reduction and those of the injecting drug users living in precarious conditions. Based on an ethnographic study conducted in France in shooting galleries and at drug prevention associations, this article attempts to understand harm reduction policies that try to encourage injection drug users to take responsibility for their actions and to examine what the tensions and moral judgments at work around this process signify. I show the modes of appropriation, opposition or resistance of these drug users in the face of the moral economy of prevention.

Keywords: moral economy, responsibility, drug users, harm reduction, precariousness, moral work

Introduction

Dans nos sociétés contemporaines, la toxicomanie, ramenée aux notions de risque et de transgression, constitue une question morale qui interroge ce qu'être responsable veut dire¹. Si la responsabilité correspond classiquement au devoir de répondre de ses actes, dans l'espace politique de la santé (Fassin 2006) la responsabilisation s'articule à une attente d'autonomisation : les usagers de drogues sont ainsi considérés à la fois comme acteurs de leur réhabilitation, de leurs soins et responsables de ce qui leur advient. Ainsi, les politiques de réduction des méfaits liées aux pratiques toxicomaniaques sont symptomatiques d'une nouvelle culture de la santé publique d'inspiration néolibérale, privilégiant les responsabilités individuelles sur les responsabilités collectives au risque de négliger l'importance du contexte socio-économique dans lequel vivent ces individus (Bergeron 2011).

Or, en France, la cible principale des associations dites de réduction des risques (RDR)² est justement ces consommateurs de drogues qui vivent dans des situations d'instabilité et d'insécurité sociale, cumulant une multitude de problèmes sanitaires (maladies, carences, meurtrissures, incapacités, dépressions, traumatismes, poly-addiction) et socio-économiques (chômage, minima sociaux, revenus illégaux, marginalisation). Ces usagers de drogues précaires sont ainsi pris dans les rouages d'un mécanisme d'exclusion sociale s'inscrivant aussi bien symboliquement (stigmatisation, étiquetage, discrimination) que spatialement (quartiers défavorisés, cités de logement social, squats, centres d'hébergement d'urgence, itinérance).

Mais l'objectif principal de ces associations n'est pas tant de réduire les inégalités sociales relatives à ce contexte que d'informer sur les méfaits liés aux pratiques de consommation et de réduire l'exposition de ces populations aux virus du sida et des hépatites B et C. Pour ce faire, elles mobilisent certaines figures morales du toxicomane : depuis les « usagers responsables » jusqu'aux « bons shooteurs » en passant par les « injecteurs

prévenants ». Cet article vise non seulement à questionner les fondements de cette politique, mais aussi et surtout à la confronter à la réalité des pratiques de consommation. À partir d'un ensemble de matériaux ethnographiques³ (entretiens semi-directifs⁴, échanges informels, observations) recueillis *in situ* dans la rue, des squats de consommateurs de drogues et des associations de prévention, il s'agit ici d'interroger les conceptions morales de la prévention qui mettent en tension les valeurs portées par les politiques de RDR et celles des usagers de drogues vis-à-vis de leur pratique. Comment ces professionnels de la prévention essaient-ils de responsabiliser ces injecteurs de drogues qui vivent sans ressources stables ? Quelles conduites valorisent-ils, à partir de quelles préoccupations ? Comment, de leur côté, les usagers de drogues contestent-ils, négocient-ils ou se réapproprient-ils les principes qu'on tente de leur imposer ?

Pour répondre à ces questions, j'analyse tout d'abord comment l'économie morale de la prévention⁵ s'actualise au regard de la question des usages de drogues. J'examine ensuite la manière dont l'initiation et le risque de contamination par le virus du sida sont l'objet de tensions morales entre les professionnels de la RDR et les injecteurs de drogues précarisés, tensions qui mettent en jeu des jugements moraux et des interprétations différentes sur ce qu'être responsable veut dire. Enfin, j'interroge les postures et le travail moral⁶ de ces usagers au regard de cette économie morale.

Un regard moral sur la toxicomanie et sa prévention

Dans les années 1980, la contamination à grande échelle des usagers de drogues au virus du sida a changé le regard social et politique sur la toxicomanie jusqu'alors marqué par une approche autoritaire et répressive (Pinell 2002; Jauffret Roustide 2004) encourageant au besoin des sevrages contraints (Fernandez 2010). Si la toxicomanie est toujours marquée d'une réprobation morale et que l'abstinence constitue une valeur profondément enracinée dans la conscience collective, une politique de réduction des risques s'est peu à peu inscrite dans le paysage de la nouvelle santé publique (Berridge 1999; Rhodes 2002; Jauffret Roustide 2010; Tulchinsky et Varavikova 2010) en s'appuyant sur une responsabilisation et une autonomisation des usagers (Jauffret Roustide 2004; Moore et Fraser 2006) tout en faisant preuve d'une certaine tolérance à l'égard des usages de drogues (Ehrenberg 1996) et des conduites à risques. Accepter d'entrer dans l'ère de la responsabilisation c'est « accepter l'inévitabilité d'une portion des méfaits et l'irréductibilité d'une propension de l'humain à défier les risques » (Massé 2013:45).

Cette nouvelle approche préventive se veut pragmatique et vise à transformer les comportements individuels qualifiés à risque. La RDR accepte les pratiques de consommations de drogues comme inexorables et met l'accent sur l'aide immédiate à apporter à ces usagers (Massé 2013). Portée par des valeurs d'humanisme, de tolérance, de pragmatisme et de respect de l'agentivité (Massé 2013), elle a pour but d'informer des risques auxquels ils peuvent s'exposer, des moyens de s'en protéger et de favoriser les bonnes pratiques, à savoir l'utilisation de matériel de consommation stérile à usage unique et non-partagé, le lavage des mains et la désinfection avant et après utilisation, le retour des ustensiles usagés dans les associations pour éventuellement en obtenir de nouveaux stériles. En donnant gratuitement l'accès à des seringues stériles, à des kits de prévention⁷ et à des préservatifs, cette politique vise à prévenir la propagation du sida par voie sanguine et sexuelle. Plus indirectement, elle essaie d'engager l'usager à abandonner sa consommation, en favorisant l'accès à des traitements substitutifs, mais aussi à des cures et en encourageant la constitution de groupes d'entraide. Ainsi, souvent pensée comme une troisième voie, la RDR s'accommode davantage des logiques prohibitionniste et thérapeutique (orientée vers l'abstinence) qu'elle ne s'y oppose (Carrier, Quirion 2003).

Qu'on la considère selon une perspective utilitariste ou pragmatique⁸, la RDR se présente comme étant moralement neutre (Keane 2003; Kleinig 2008; Massé et Mondou 2013). Ainsi, l'analyse rationnelle de l'utilité de la RDR envisage l'efficacité du travail de prévention au regard des résultats obtenus (protection contre la transmission des virus) en essayant de dépasser un certain moralisme populaire penchant tantôt pour l'abstinence tantôt pour la prohibition. La perspective pragmatique centre l'attention sur la nécessité de répondre au plus vite à la situation de vulnérabilité sociale et sanitaire de ces usagers, et ce sans juger de leur conduite (Massé 2013).

Malgré tout, la RDR ne peut se prévaloir d'être moralement neutre au regard de ses finalités, de la nature des risques prévenus et des comportements qui y sont associés (Massé 2013:56). Si l'approche se veut rationnelle, fondée sur des outils d'évaluation certifiés et des résultats incontestables, derrière le vernis scientifique des analyses épidémiologiques se dessine, chez les professionnels de la RDR, un regard moral sur la toxicomanie et sa prévention qui se concrétisent par des incitations à adopter des pratiques irréprochables (être responsable de soi et des autres, être un « bon injecteur », un « shooter propre »).

Bien qu'elle se défende de toute entreprise de moralisation et de normalisation des conduites (il s'agit avant

tout de trouver en chacun la dynamique du changement comportemental), la politique de RDR vise bien à diffuser et valoriser un profil d'usager de drogue qui s'auto-contrôle et prend soin de lui, faisant preuve de responsabilité par la mise en pratique des recommandations des politiques de réduction des risques (Jauffret Roustide 2011). Ce sens moral de la responsabilité est construit à partir de ce qui est envisagé comme le bien-être individuel et le bien public : « consommer propre » et ne pas diffuser le virus. Cette responsabilisation du toxicomane repose donc sur un ensemble d'actions qui n'ont pas tant pour but de changer sa situation sociale que de rendre son comportement conforme à un idéal (Fernandez 2000 et 2010).

La normalisation et la rationalisation des pratiques de consommation de drogues, que la lutte contre le sida favorise par ses campagnes, ses outils de prévention, ses actions en faveur d'une auto-surveillance des risques et d'une responsabilisation individuelle, produit progressivement des normes de la « défonce clean ». Dans ce cadre, la prévention des méfaits relatifs à l'usage de drogues se constitue en économie morale (Fassin 2009) qui produit, fait circuler et utilise des sentiments moraux (prévenance, prudence, solidarité, réprobation des mauvaises pratiques, culpabilisation de ceux qui les perpétuent), des émotions (dégoût, colère envers ceux qui shootent mal, gratitude envers les services proposés par les dispositifs de RDR, etc.), des valeurs (humanisme, tolérance, responsabilité, pragmatisme, bien-être, santé, autonomie), des normes (de consommation) et des obligations (par exemple la récupération du matériel d'injection usagé) dans différents espaces sociaux. Pour les professionnels de la prévention, la responsabilisation et l'autonomisation des usagers visent à valoriser leur activité d'accompagnement social et sanitaire tout en favorisant le travail des usagers sur eux-mêmes.

Parler d'économie morale de la prévention permet donc de souligner que derrière les discours publics sur la prétendue neutralité morale de son intervention, la RDR s'inscrit bien dans une dimension politique et morale (Hathaway 2001; Kleinig 2008) qui produit et fait circuler une conception morale de la toxicomanie et de sa prévention (Jauffret Roustide 2011). Une conception, des normes et des valeurs qui ne sont pas tant imposées aux acteurs que réappropriées par eux et parfois contestées aussi bien par les professionnels que par les usagers.

Cette approche permet également de rendre compte des tensions dans l'espace public autour des problèmes soulevés par cette forme de prévention. Ainsi dans le 18^e arrondissement parisien où j'ai réalisé une partie de mes observations, le collectif anti-crack critique la politique de RDR considérée comme un désastre au regard

de la lutte contre la drogue. Ces critiques trouvent aussi un écho politique chez une partie des députés libéraux et conservateurs⁹. Les principes fondamentaux de la RDR, comme la liberté à disposer de soi et le droit à la protection, se confrontent à une moralité publique et un discours politique qui, d'une part défendent une criminalisation des toxicomanes, l'abstinence, le sevrage, et qui d'autre part contestent la légitimité des modes d'intervention de la RDR (critiqués pour masquer des activités illicites, pour inciter à la consommation et entretenir la toxicomanie).

Initiation, risques et tensions morales

Si les professionnels de la RDR font face à une certaine hostilité publique, ils se confrontent aussi aux consommateurs de drogues eux-mêmes qui s'opposent parfois à la rectification morale¹⁰ qui est attendue d'eux. Dans le monde de la drogue, la santé n'est pas toujours la valeur primordiale et les principes de cette rectification (responsabilisation, autonomisation, préservation de soi et des autres) ne sont pas nécessairement une priorité. Les interactions s'organisent davantage autour d'une hiérarchisation morale des conduites, un renversement des responsabilités, le respect de valeurs communes (virilité, loyauté, performance, entraide, respect) et la mise en avant d'émotions partagées autour du « bon trip », de la « lune de miel », du « délire » et de la « défonce ».

J'ai pu le constater alors que j'entamais ma recherche au sein d'une équipe associative sillonnant une grande ville du sud-ouest de la France (Toulouse) à bord d'un bus « échange de seringues ». Son travail consistait à diffuser du matériel d'injection stérile, à récupérer les ustensiles usagés, à informer sur les modes de prévention et les prises en charge, à dispenser les premiers soins (blessures, abcès, etc.) et à créer un espace de convivialité avec les usagers les plus précarisés. À la demande des membres de l'équipe, préoccupés par la forte proportion d'injecteurs contaminés par le virus de l'hépatite C (VHC) dès leur premier shoot, je me suis intéressé aux modes d'initiation à l'intraveineuse (Fernandez 2000). Les dernières enquêtes épidémiologiques menées sur cette structure montraient une contamination massive des usagers au VHC, avec une prévalence en augmentation, mais surtout une exposition au risque de contamination maximale pour les jeunes de moins de vingt-cinq ans et notamment durant la phase d'apprentissage de l'injection. L'étude qui m'a été confiée vise à mieux comprendre les circonstances de cette première fois. Pour les salariés du bus, il s'agit également de trouver de « bons shooteurs » susceptibles de passer

des messages de prévention auprès des jeunes injecteurs, rares à bord du bus.

L'initiation à l'injection constitue un enjeu fondamental pour les intervenants en toxicomanie, parce qu'elle est marquée d'une double réprobation assez largement partagée et qu'il s'agit de renverser. L'initiation est entachée d'une forme de culpabilisation qui contrecarre le travail de prévention : initier, c'est à la fois « faire tomber » un jeune dans la drogue, mais aussi risquer de lui transmettre le virus lors de l'initiation. Pour les professionnels, intervenir au moment de l'initiation, c'est également agir avant la contamination : ici, l'initiation peut être un moment de sensibilisation aux dommages sanitaires particulièrement efficace pour réduire les taux de contamination. Et les usagers actifs demeurent les meilleurs intermédiaires pour faire circuler auprès des plus jeunes des informations sur les « bonnes pratiques ». L'initiation est donc traversée d'enjeux contradictoires. Les professionnels ne peuvent pas la soutenir moralement, mais ils se doivent de travailler avec elle, en la transformant en une forme de consentement éclairé au respect des bonnes pratiques, tout en convertissant les initiateurs potentiels (soit l'ensemble des consommateurs actifs) en des usagers relais du discours préventif.

Mais au quotidien, ce travail se confronte à ce qui est présenté par les usagers comme une épreuve existentielle, que l'on ne peut comprendre sans avoir soi-même traversé l'épreuve du feu ; c'est-à-dire le moment où se conjuguent la logique de l'émotion, la perception et l'affectif.

Quelles barrières morales ?

La première injection marque ainsi l'entrée du jeune initié dans un autre rapport à son propre corps et à la jouissance. Ce processus se mêle à un sentiment de fierté et de dépassement de soi. En ce sens, tout nouveau shooteur s'engage dans une modification de son identité : il fait désormais partie du cercle restreint de ceux qui l'ont fait (Becker 1985).

Ainsi Hugues, un habitué du bus, n'a que dix-neuf ans lorsque, à la suite d'une scolarité chaotique, il se retrouve à la rue et réalise son premier shoot de somnifères « avec la seringue de tout le monde » dans un squat aux conditions d'hygiène qu'il juge déplorables, « les pires que tu puisses imaginer », en ayant préparé le produit comme il a pu en utilisant l'eau croupie d'un bidon. Malgré ses réticences, il se laisse convaincre par sa petite amie qui, dédramatisant la pratique, la rend positive, voire attractive. Ainsi, toutes les barrières argumentatives d'Hugues tombent lorsque sa compagne confronte ses représentations au socle de l'expérimentation :

Elle a réussi à me convaincre que ce n'était pas la peine de faire chier tout le monde comme cela avec un discours complètement réac [réactionnaire]... Qu'en plus, je ne savais pas de quoi je parlais, que ce n'était pas un shoot qui allait m'accrocher, me rendre complètement dépendant de la came... et puis oui, je te dis, en me le présentant comme un truc convivial, qu'on pouvait partager tous ensemble sans que cela soit problématique.

Pour les injecteurs précarisés, le « bon shoot » est celui qui procure le maximum d'effet et, dans ce cadre, le meilleur shoot est bien souvent le premier, cet état extatique qualifié de « lune de miel ». En ce sens, l'initiation marque souvent un moment d'exaltation chez l'initiateur, car elle participe à faire éprouver une expérience unique que lui-même n'a jamais réussi à reproduire. Mais lorsque j'interroge ces mêmes usagers sur ce qu'est un bon shooteur, les discours semblent plus ambivalents. La plupart l'opposent à celui qui est « gore » parce qu'il « charcute » son corps. Le sang devient un élément déterminant, l'absence de danger est avant tout corrélée à son invisibilité. Sa présence symbolise le manque de contrôle de soi et la dégradation morale. L'utilisateur qui, dans l'urgence, s'injecte de manière peu précautionneuse est parfois associé à cette figure de la dégradation morale : celui qui n'a plus rien à perdre et se mortifie. Ce jugement rejoint ici les attentes des politiques de RDR tout en déplaçant l'enjeu strictement sanitaire de la contamination vers l'enjeu moral de la dégradation de l'image et de l'estime de soi. Ainsi, si les normes générales portées par l'économie morale de la prévention se diffusent dans ces groupes et ces espaces précaires, elles donnent lieu à l'élaboration de nouvelles formes d'argumentation et de justification de la part des usagers.

Le « bon shooteur » est également celui qui a le sens des responsabilités, n'incite personne à s'injecter et se refuse à initier. L'initiateur est, quant à lui, l'objet de virulentes critiques notamment de la part de ceux dont la moralité se doit d'être incontestable dans l'espace public et professionnel. C'est ce qu'exprime Natacha. Après une enfance et une adolescence douloureuse ballottée entre ses deux parents divorcés et violents, Natacha travaille aujourd'hui en intérim auprès d'enfants dans une crèche associative, et ce malgré son hépatite et une consommation d'héroïne et de médicaments substitutifs. Elle me décrit ainsi une femme qui a selon elle le profil d'initiatrice :

Elle se dit que l'autre aussi doit tomber là-dedans. Elle cherche aussi à bousiller l'autre parce qu'elle est complètement bousillée, quoi ! C'est un geste malsain... L'initiateur est quelqu'un qui n'a aucun scrupule, qui n'a pas de barrière morale.

En déployant mes recherches dans les squats de consommateurs du quartier Goutte d'or-La Chapelle à Paris, il m'est apparu que cette figure idéalisée du bon shooteur prévenant est cependant très proche de celle de l'initiateur peu scrupuleux. Lors des séances d'initiation, le trouble dans lequel le novice est plongé lui permet rarement de s'injecter seul, ce qui renforce chez l'initiateur le sentiment d'être un aidant, éloignant ses propres représentations négatives de ce qu'il est en train d'accomplir. Entre l'assistance à celui qui ne sait pas ou ne parvient pas à se shooter et l'initiation qui est moralement réprouvée, la contradiction est inéluctable comme le remarque Natacha :

Quelqu'un qui ne s'est jamais shooté, jamais je ne l'aiderai à faire une injection. Non, je ne peux pas faire cela... Aïe ! Si je vois quelqu'un qui se shoote mal ? Ça m'énerve quand, par exemple, il ne se désinfecte pas. À chaque fois, je leur dis aux toxicos qui viennent : « Désinfecte-toi, quoi ! » Mais ça peut être moi qui prends le coton et qui demande à la personne : « Où est-ce que tu t'es shooté ? », un peu comme une mère poule, quoi ! ... Et certainement que si je vois une personne qui se shoote mal, j'aurais le réflexe de l'aider... Je sais que cela va à l'encontre de ce que je t'ai dit tout à l'heure, mais si vraiment une personne se shoote mal et que je suis à côté, je pense que j'interviendrais.

L'initiateur devient ainsi celui qui évite que le novice ne pratique « n'importe comment », qu'il ne se « bousille les veines ». L'initiation est ainsi rendue plus conforme à une image positive de soi : un « grand frère », une « grande sœur » ou une « mère poule » réconfortant, rassurant et conseiller.

Une hiérarchisation des conduites addictives

Dans la majorité des récits des usagers, ceux qui transmettent les virus sont présentés comme des intrus mal-faisants qui, masquant leur sérologie, les auraient contaminés à leur insu. Ceux qui ont contracté le sida en reportent souvent la faute sur un milieu « malsain » et sur ces « toxicos » désignés simultanément comme des malades, des fous dangereux et des criminels, ayant perdu toute conscience du danger qu'ils peuvent faire courir aux autres. Il en est ainsi pour Maalik, rencontré dans un service moyen séjour d'un hôpital parisien, lorsque je lui demande s'il fréquentait les usagers insérés dans le milieu :

Je les fréquentais oui, plus ou moins, je les voyais sur les plans de came, je ne traînais pas avec eux parce que c'était des fous dangereux, inconscients de ce

qu'ils font. Ils en veulent au monde entier et je crois qu'ils veulent reflipper cette maladie à tout le monde. Ils ne veulent pas mourir tout seuls. C'est des barjos, des malades mentaux, c'est des criminels quoi, des criminels !

La trentaine passée, poly-consommateur d'héroïne et de cocaïne par intraveineuse, qu'il associe à du cannabis et de l'alcool, incarcéré à neuf reprises pour vol, Maalik se considère comme un rescapé. Tous ses amis sont morts. Même s'il ne sait pas ce qu'il fera ni où il vivra après son hospitalisation, il a conscience du caractère exceptionnel que revêt le simple fait d'avoir survécu, d'autant que son corps, à l'instar d'un vétéran, garde les stigmates de son parcours toxicomane. En critiquant les « toxicos », Maalik opère une hiérarchisation morale des conduites addictives lui permettant de déplacer le stigmate et de maintenir une distance avec les représentations négatives du « drogué » tout en se construisant par contraste une identité plus valorisante.

Mais les usagers peuvent aussi renvoyer la « faute » de leurs comportements à risque sur les dispositifs de RDR, rejetant au passage la responsabilité sur les structures censées leur permettre d'obtenir du matériel stérile. Il en va ainsi pour Mickaël :

Non, je crois qu'à chaque fois que j'ai merdé, c'était soit qu'il n'y avait pas de bus, d'associations ou de ... soit il n'y avait pas de pharmacie ouverte, soit la pharmacie était ouverte, mais elle ne voulait pas de toxicomanes, ou elle était ouverte, mais il n'y a plus de seringues, ou elle est ouverte, mais tu n'as pas assez pour acheter une seringue.

Comme Mickaël, ils sont nombreux à rationaliser *a posteriori* leur parcours et les raisons qui les ont conduits à la contamination. Mickaël débute sa trajectoire de consommateur lors de l'adolescence et il fugue de chez ses parents à dix-sept ans. Après plusieurs tentatives d'insertion professionnelle avortées, il se prostitue pour payer sa « came ». Aujourd'hui, à vingt-sept ans, il est sans domicile et se drogue pour « soulager ses angoisses ». Il alterne depuis cinq ans sevrages et rechutes. Atteint d'une hépatite C et n'ayant plus les moyens de consommer quotidiennement de l'héroïne, il souhaite se réinsérer, prendre sa santé en main, mais continue de s'injecter drogues et médicaments de substitution. Face à ce qu'il vit comme une impasse et à sa volonté affichée de sortir de la toxicomanie, il essaie de détourner temporairement le regard de ses propres difficultés (en niant toute dissonance de sa part), pour souligner les insuffisances des dispositifs de réduction des risques.

Parfois, d'autres usagers nient le mal causé, y compris à eux-mêmes. Certains, parmi les plus âgés,

continuent d'utiliser les seringues usagées d'autres shooteurs séropositifs, voire font circuler les leurs en refusant d'avoir transmis le sida à quiconque (alors qu'ils sont séropositifs). Ils contestent quelquefois également le risque de sur-contamination, comme Yannick. Après de multiples arrestations, des séjours en cure et postcure, ce dernier continue de s'injecter des produits de substitution, des anxiolytiques et boit d'importantes quantités d'alcool. Yannick est seul, la plupart de ses amis sont décédés. Les membres de sa famille le rejettent en raison, dit-il, de sa séropositivité. À quarante et un ans, il est actuellement sous trithérapie. Cela fait plus de vingt ans qu'il se sait séropositif, mais depuis, rien n'a vraiment changé : non seulement il persiste à se défoncer à coup de *Speed Ball* (mélange d'héroïne et de cocaïne), mais de plus, il continue de se shooter avec des seringues utilisées par d'autres consommateurs séropositifs. Il s'en explique :

Une fois que je savais que j'étais contaminé, ça m'est arrivé de me shooter avec des seringues que je savais contaminées, parce que bon... Je l'étais [rires]. Quand on te dit : « sur-contamination », c'est des conneries. Quand t'es contaminé, t'es contaminé, tu ne peux pas te réinjecter un deuxième virus. La sur-contamination, c'est de la connerie, ça n'existe pas. Parce que si à chaque fois que j'avais injecté avec une seringue contaminée, je m'étais surinfecté, alors là je serais mort... Et pourtant, je me suis shooté avec des seringues contaminées, ah ouais ! Bon, par exemple, j'avais ma came, j'avais ma seringue, elle se bouche, je ne vais pas laisser ma came comme ça dans la cuillère, je prends la seringue du voisin, je me shoote avec sa seringue.

C'est ici l'exactitude des messages de santé publique qui est questionnée. S'il a été démontré que la sur-contamination est toujours à l'origine d'une aggravation de la situation des malades, notamment en terme de remontée de la charge virale, ce constat épidémiologique s'accorde parfois assez mal avec l'expérience de certains usagers qui ont plus de vingt ans de consommation derrière eux sans jamais avoir ressenti les effets d'une sur-contamination ou n'ayant su les dissocier du cours ordinaire de leur maladie.

Les postures des injecteurs

Si les jugements moraux des usagers fonctionnent ici comme un dispositif collectif de régulation des rapports aux autres définissant à la fois leur rationalité et leur humanité, quels principes moraux guident leurs propres actions ? Au sein des squats de consommateurs, le collectif prend une place importante dans les gestes de la vie quotidienne. Des codes et des normes de comportements sont en perpétuelle négociation.

Pour les usagers vivant dans ces collectivités précaires, la responsabilité vis-à-vis de soi et de sa santé semble devenir plus diffuse encore, diluée dans un ensemble d'actions et de pratiques collectives. Ainsi, ils partagent le produit et le matériel parce qu'ils sont dans la même « galère ».

Certains injecteurs de drogues vivent dans des réseaux d'interdépendance (notamment ceux qui sont sans domicile stable, qui ne parviennent pas à s'injecter seuls ou qui sollicitent de l'aide pour le faire) et c'est à travers ces dépendances relationnelles qu'ils jouent à la fois leur statut et leur identité. Partageant différents temps et différents espaces avec d'autres consommateurs, échangeant avec certains, observant les autres, sollicitant parfois de l'aide pour s'injecter, ces usagers de drogues s'inscrivent dans des réseaux d'interconnaissance qui les lient aux revendeurs de drogues et qui les engagent à maintenir une réputation de « toxico réglo », qui paie sa « came » et ne fait pas d'histoires. Comme me le répète Franck lorsque je l'accompagne au sein de squats de consommateurs : « Tu viens dans ce milieu, tu parles honnêtement, tu parles avec ton cœur, il ne va rien t'arriver. »

Ce système de valeurs structure donc les relations sociales de ces usagers et permet de disqualifier moralement ceux qui ne respectent pas les codes de conduite : ceux qui tirent profit de la situation aux dépens des autres usagers ou qui « balancent » à la police.

Le partage : limiter les effets d'isolement

Dans ce cadre, ce qui structure le quotidien de ces usagers, c'est la loyauté envers les pairs, les modalités d'entraide et de respect (Bourgois 1998) qui permettent à chacun d'avoir sa dose même durant les coups durs. En ce sens, le partage de matériel d'injection dans les squats est moins lié à une sous-culture de la consommation de drogues qu'à une morale du partage au sein de groupes précarisés où les individus disposent de peu de ressources personnelles. Franck, qui se shoote à l'héroïne et fume du crack, m'explique cet aspect des relations sociales entre usagers précarisés :

Cinq minutes, c'est le temps de faire une arnaque de quarante euros, il peut s'acheter deux galettes, mais deux galettes, il ne va pas les fumer tout seul, parce qu'il sait qu'il n'est pas tout seul. Il va les partager avec ses amis. En espérant que ses amis, s'ils ont quelque chose, ils le partagent avec lui.

À trente-quatre ans, Franck reconnaît cette nécessité du partage. Après dix-huit incarcérations pour des vols avec violence et des affaires de trafic en tous genres, Franck sait qu'il ne peut consommer quotidiennement sans entretenir des liens sociaux avec d'autres usagers.

Après avoir été héroïnomanie et cocaïnomanie, Franck découvre le crack à vingt ans. Depuis, il ne passe guère plus d'une journée sans consommer sa « galette ». Cette consommation le conduit sur les chemins de l'errance : il fait la manche et vit dans des squats de « zonards ». Actuellement, il essaie de se réinsérer et loge dans une chambre d'hôtel payée par une association. Mais dès la nuit tombée, reparti à la recherche de crack, il sait qu'il doit participer à cette mise en commun avec les autres usagers s'il veut pouvoir en consommer régulièrement.

Les plus démunis qui vivent en collectivité dans des squats précaires, pratiquent couramment le partage de coton, de la petite cuillère, ne se lavent pas les mains, ne se désinfectent pas et partagent parfois leurs seringues dès la première intraveineuse. Vivre dans les mêmes conditions et « faire avec », alors même qu'ils savent qu'ils prennent des risques pour leur santé, contribue au maintien de ces liens sociaux. Ici, il faut sans doute souligner qu'un des principes présidant aux relations sociales dans ces espaces collectifs est la réciprocité; le partage constitue en cela une forme particulière de lien social.

Quand les usagers sont sans ressource stable, au mieux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion¹¹, et qu'ils errent dans les centres-villes à la recherche de lieux pour s'injecter, l'intraveineuse se pratique dans l'urgence avec les moyens du bord, avec bien souvent la conscience d'une mise en danger de soi. Même si, comme Joël, cela « leur fait dégueulasse » de tirer l'eau du caniveau, l'idée de découvrir de nouvelles sensations, qui plus est collectivement, permet de dépasser cette appréhension. Dans ces contextes de grande précarité, les usagers transgressent souvent les règles de sécurité et d'hygiène édictées par les associations de prévention alors que, pour la plupart, ils en connaissent les grandes lignes (par exemple, se désinfecter le bras avant une piqûre, ne pas prendre la seringue d'une personne atteinte du sida, etc.) et en reconnaissent la validité. Le plaisir de la transgression peut-il à lui seul rendre compte de ces comportements ?

Une autre dimension est mise en avant : les « bonnes discussions » déviant du sens commun, une autre manière d'être ensemble, d'avoir du plaisir à être ensemble et de partager les valeurs du « bon trip ». Le « délire » et le « bon trip » correspondent à des modes d'altération de l'état de conscience susceptibles de créer du lien social, ne serait-ce que par procuration. Le « délire » est une forme de spectacle qui procure du plaisir à un public particulier, il participe donc à un cadre de sociabilité et parvient à créer des liens souples autour de cette mise en scène (Fernandez 2011).

Peut-être que ce qui lie les injecteurs en errance n'est pas tant la transgression frontale d'un système normatif que l'affaiblissement de sa portée : on joue sur les hiérarchies des risques, des préférences et des valeurs, déplaçant le curseur de quelques degrés par rapport à ce qui est considéré par les professionnels comme un risque pour la santé, pour réintroduire du collectif et limiter les effets d'isolement et d'exclusion sociale.

La défonce et le renversement des valeurs

De l'extérieur, la posture morale de la défonce ne va pas de soi. Pourtant celle-ci constitue pour certains injecteurs de drogues un mode existentiel investi de valeurs positives, qui vise la recherche individuelle de la jouissance, trouvée dans la consommation répétitive et dans le mode de vie qui l'accompagne inexorablement. Ceux qui la mettent en avant sont souvent de jeunes consommateurs en rupture familiale, qui trouvent non seulement de nouvelles sociabilités dans le monde de la drogue, mais aussi un nouvel idéal de vie, rappelant l'expérience « beat », une manière de traverser la vie à bout de souffle, tout en survivant dans les marges clandestines du monde urbain.

À travers la posture de la défonce, la déchéance, la dégradation de soi, l'affirmation d'une identité plus forte grâce à ces procédés de mortification semblent recherchées par la consommation de psychotropes. Il s'agit bien ici d'une posture morale qui tend à un renversement des valeurs communes de la bonne santé et du bien-être. La défonce et ses dommages sanitaires ne sont pas ici considérés comme des conséquences involontaires des conduites addictives, mais ils sont envisagés comme participant à une quête parfois parfaitement consciente de modification de l'image de soi, en opposition radicale avec le discours des associations de prévention.

Ce plaisir de la défonce est aussi un plaisir de se faire mal, comme me l'explique Rachid :

C'est un peu du masochisme. Parce que tu sais que tu vas te faire mal ! Et tu te refais mal quand même. T'aimes ça. T'arrives à un moment où t'aimes ça ... Et ça te détruit. C'est systématique. Tu te fais du mal ! Tu le sens ! ... Et c'est bon ! Je te le dis, franchement, il y a un rituel. Il y a un mode de vie. C'est entré en toi, tu as beau te dire : « Non, non ! Tu te fais du mal ! Attends, ta santé... ». Mais qu'est-ce que je m'en fous de ma santé !

La défonce peut être revendiquée dans un rapport positif à la construction de soi. Elle renvoie alors à cette figure de l'individu sans limites, hormis celles qu'il se fixe à lui-même, un rebelle, qui prend à contre-pied la morale commune, qui idéalise le mode de vie « punk »

ou « destroy », qui vit par et pour le plaisir de consommer, comme me le décrit Marco :

J'étais trop... Même si physiquement je pouvais m'en passer, psychologiquement non... J'en avais trop envie, ça me plaisait trop et j'étais trop rebelle... J'étais trop punk... Mes idoles, c'étaient les Sex Pistols, tout ça, c'était destroy quoi, tout ce qui était mal, pour moi c'était bien...

C'est durant son adolescence « rebelle » que Marco, aujourd'hui âgé de trente et un ans, est initié à la consommation d'héroïne, de cocaïne et de médicaments psychotropes au sein d'un petit groupe d'usagers. Il n'a que seize ans lors de sa première intraveineuse d'héroïne. À vingt-trois ans, il est sans domicile et c'est la fuite en avant dans un mode de vie à la marge.

La défonce peut ainsi fasciner. Mais cet attrait est à dissocier d'une recherche de la mort. Ce qui est poursuivi correspond davantage à « l'abîmé », au « cassé », au « destroy », au nihilisme radical, même s'il est rarement atteint, et au plaisir d'un délire sans bornes. Avant tout, l'usage de drogues est marqué ici par des valeurs positives, celles du plaisir à consommer et d'une recherche de déprise : faire un saut hors de l'autocontrôle, pour déverrouiller les limites que l'on tente de leur fixer, aller plus loin, s'en remettre à la drogue elle-même et éprouver un sentiment de délivrance.

Le respect et le sens des limites

Mais cette expérience de la défonce peut aussi être utilisée dans les discours de certains usagers afin de se dissocier et de mettre en avant, *a contrario*, le respect de soi et des autres comme une morale organisant les pratiques de consommation.

Ce sont les usagers les plus insérés, qui ont réussi à trouver un logement, un travail déclaré, ceux qui sont parvenus à maintenir quelques ressources et des liens sociaux en dehors des mondes de la drogue, qui tiennent le plus couramment ce discours.

L'enjeu est pour ceux-là qui essaient, si ce n'est de sortir de la toxicomanie, du moins de se maintenir à distance des risques sanitaires et de l'économie souterraine de la drogue, de se différencier afin de pouvoir se positionner dans une posture morale du respect de soi et d'autrui, comme le reconnaît Franck :

Il te faut des exemples pour te dire : il ne faut pas que tu passes par-là, il ne faut pas que tu deviennes ça ! Et ça, c'est tes frères qui sont en train d'agoniser. Et ces gens-là, comme ils disent les musulmans, ils auraient la meilleure place au paradis parce que c'est d'eux dont Dieu s'est servi pour servir d'exemple, pour te montrer que tu n'as pas le droit de ressembler à ça.

Dans cette posture, la défonce est donc avant tout une balise, un repère permettant de maintenir une limite morale aux comportements et de réitérer son attachement à une certaine idée de l'humain, du respect de soi et des valeurs permettant le vivre ensemble. C'est ce dont témoigne Selman lorsque je lui demande comment il gérait les usages de seringues avec ses copains : « On les rinçait à l'eau de Javel... On se respectait entre nous, on ne se les échangeait pas. Pourquoi ? Je ne sais pas... Y'avait un instinct de survie qui était plus important. »

Ces pratiques d'auto-préservation sont interprétées a posteriori comme une attention, un respect, un souci d'autrui. Même si, en plus de vingt ans de consommation, Selman n'a pas contracté le sida, cette présentation de soi comme un survivant dont la conscience de se protéger était le fruit d'un instinct plus développé chez lui que chez d'autres est à relativiser. Selman a quarante-neuf ans, il est né à Paris de parents marocains. Sans papiers, il est marié et père d'une petite fille. Il consomme du cannabis à l'âge de dix-huit ans puis deux ans plus tard du LSD. Après plusieurs petits boulots, il se met à consommer de grandes quantités d'héroïne (quatre grammes par jour) qui le conduiront à la délinquance puis en prison. Actuellement, toujours sous la menace d'une expulsion, il s'investit bénévolement au sein d'une association de prévention. Pour lui qui a toujours consommé entre copains, ces pratiques de préservation de soi semblent encadrées par un ensemble de codes qui peuvent être interprétés comme autant de rituels de régulation sous-tendus par certaines représentations du propre et du sale, du pur et du souillé. Si ces rituels ne sont pas mis en œuvre systématiquement, ils ont permis à quelques-uns comme Selman de passer entre les mailles d'une contamination au sida et à l'hépatite C.

Cette régulation marque une donnée importante dans la compréhension de la prévention liée à la consommation de drogues. Elle témoigne du fait que la prévention profane des éventuels dommages associés à l'usage de drogues n'est pas spécifiquement liée à la problématique du sida (même si elle participe indirectement à un principe de prévention sanitaire). Ici, c'est le respect entre usagers qui est mis en avant. Se respecter, c'est ne pas laisser se mélanger ses fluides corporels entre hommes : son sang, son sperme, sa sueur, etc. (Douglas 1992).

Cette posture du respect conduit d'autres usagers à se comporter en séropositifs virtuels alors qu'ils ne connaissent pas leur sérologie. Hugues, par exemple, qui n'a pas « le courage de faire le test de dépistage » refuse de partager ses seringues, mais accepte volontiers celles des autres. Cette attitude lui permet de continuer à faire confiance en « sa bonne étoile », sans

dissonance tant que les manifestations physiques du sida ne la contrarient pas. Se positionnant en séropositif virtuel, protecteur envers tous et receveur du « mal », il se compose une figure morale du toxicomane, qui se joue des risques pour lui-même, mais respecte l'intégrité physique des autres.

Un travail moral ambivalent

Si les risques pour la santé résident avant tout dans la pratique de consommation elle-même, dans le but de prévention, un consommateur m'a clairement affirmé ce que d'autres semblaient approuver sans toutefois oser le déclarer à des intervenants en toxicomanie : « Si je ne voulais pas prendre des risques, je ne me shooterais pas. » Cette déclaration est le signe que derrière le discours public porté par les associations et parfois repris par les usagers de drogues se dissimule un *texte caché* qui, en coulisse, le contredit ou l'infléchit (Scott 2008:19). Si le discours est lissé, modelé et normé au sein des structures de prévention, il n'engage pas nécessairement des changements de pratiques, car les messages de prévention se confrontent à un mécanisme de préservation d'une manière d'être en société. Et ce, y compris sur des associations bas seuil, c'est-à-dire des structures fondées sur une aide médicale et sociale de base, sans visée d'abstinence, sans dossier ni prise en charge individuelle. Les valeurs attribuées à la consommation de drogues n'en demeurent pas moins ambivalentes (plaisir, liberté, autonomie, indépendance versus souffrance, enfermement, assujettissement, dépendance). Elles sont mobilisées tour à tour afin de s'ajuster au cadre proposé par la RDR et aux attentes normatives qui y sont associées (morale du respect) ou pour critiquer ce cadre (morale du partage), voire opérer une rupture de cadre (morale de la défonce).

Traversé de tensions au sujet de pratiques réprouvées socialement, ce travail moral est donc lui-même l'objet d'ajustements. Il est même un travail d'ajustement permanent entre les comportements des usagers et leurs idéaux moraux généraux. À l'aune de cette sorte d'éthique situationnelle (Faupel 1987), les usagers évaluent ce qui est bon et juste dans chaque situation concrète. Ces multiples adaptations comportementales témoignent aussi bien de la complexité de leur vie quotidienne en situation de grande précarité que de l'ambivalence de leurs désirs, de leurs émotions et de leurs valeurs au regard de leurs conduites addictives, mais aussi vis-à-vis des autres usagers et du monde social qui les entoure. Ainsi, selon le moment, le lieu, le cadre dans lequel on les interroge, les discours de certains usagers peuvent alterner entre la responsabilité de chacun face à ses actes et le déterminisme qui régirait les conduites de consommation de

drogues, ou encore entre la condamnation de la came et l'apologie de son usage. Il en est ainsi pour Franck :

Là, tu parles à un mec qui a consommé. Tout à l'heure, tu parlais à un mec qui était abstinent. Quelle différence il y a entre son vocabulaire présent et son vocabulaire passé ? La différence, c'est que tout à l'heure, il était en train de critiquer le produit. Là, maintenant il défend le produit. Pourquoi ? À cause des usagers qui sont comme lui...

Lorsqu'ils critiquent la défonce, en présentant le respect de soi et des autres comme une valeur fondamentale de l'expérience toxicomane, les usagers de drogues rejoignent certaines attentes relatives à l'économie morale de la prévention, même s'il demeure difficile d'en démêler les motivations profondes (se conformer aux attentes, se les réapproprier, entretenir une duplicité consciente ou semi-consciente, etc.). Mais lorsque les usagers de drogues présentent le partage comme une dimension essentielle de leur vie quotidienne, ils renvoient davantage aux dimensions structurelles de leur exclusion et aux logiques de survie qui en découlent. Ici, c'est la nécessité de maintenir du collectif qui est mise en avant, et les dispositifs de RDR sont alors critiqués pour leur incapacité à améliorer leurs conditions d'existence. La valorisation de la défonce renvoie au contraire à une forme d'individualisme absolu (Castel 1999), qui rejette catégoriquement la logique de la responsabilité. Quand certains mettent en avant un mode de vie « destroy », la recherche de la déchéance et de la destruction, ils manifestent de cette façon leur impossible sortie de la toxicomanie et leur volonté de ne pas suivre les recommandations de la prévention.

Conclusion

L'étude des confrontations entre l'économie morale de la prévention et le travail moral des consommateurs de drogues permet de comprendre comment un certain discours à visée sanitaire, voire humanitaire, ouvre la porte à de nouveaux modes de contrôle en édictant normes et valeurs à l'aune desquelles on juge de la normalité des toxicomanes ou de leur volonté de sortir d'un comportement jugé déviant. Présenté comme un outil de réinsertion, ce travail de prévention qui vise à responsabiliser les usagers de drogues repose sur des attentes de (re)moralisation de la toxicomanie.

Au niveau local, en contrepoint de ces grands impératifs, les usagers s'écartent de la moralisation qu'on leur impose. Ils sont parfois seulement en décalage par rapport aux attentes sociales de responsabilisation, adoptant une posture proche de celle des politiques de réduction des risques, mais en stigmatisant les consom-

mateurs qui se laissent aller (posture morale du respect) et en valorisant des manières de se comporter entre usagers. D'autres adoptent une conduite plus critique (posture morale du partage), diluant leur responsabilité au sein d'un environnement à risque (Rhodes, Singer, Bourgois et al. 2005), où les facteurs politico-économiques tiennent une place prédominante. D'autres encore s'opposent radicalement à la configuration morale que l'on tente de leur imposer (posture morale de la défonce) pour y substituer une autre manière d'être en société et de jouir de soi. Bien sûr, ces postures sont mouvantes et les usagers peuvent passer de l'une à l'autre selon les évolutions de leurs conditions de vie. Ces différents positionnements au cœur du monde des injecteurs donnent lieu à des différenciations qui mettent au jour des tensions entre usagers et des résistances locales à cette économie morale de la prévention.

Par ailleurs, cette analyse souligne que la rationalisation des conduites portée par la mise en œuvre des politiques de RDR n'est pas qu'un simple prolongement du progrès technique et médical. Non seulement cette politique tend à nier la teneur morale de son intervention, mais, en outre, en concentrant son intervention sur les comportements à risque et les dommages éventuels liés à la consommation, la RDR délaisse aussi les dimensions morales impliquées dans la diffusion du virus du sida. Elle omet ainsi de prendre en considération, dans l'élaboration des réponses préventives, à la fois la dimension du plaisir (Race 2008) de la consommation et de la défonce, et les logiques de partage et de respect qui organisent le quotidien des usagers précarisés. Ces dimensions morales sont pourtant fondamentales pour comprendre les résistances locales aux messages de prévention et leur répercussion sur les mécanismes de reproduction des pratiques à risque et la diffusion des agents pathogènes.

Si la RDR est difficilement contestable sur le plan de ces résultats en terme sanitaire (diminution des contaminations, des surdoses) et social (obtention de nouveaux droits, lutte contre la stigmatisation), elle reste ancrée dans une politique de santé publique qui insiste davantage sur la responsabilisation individuelle que sur la solidarité collective, éloignant les considérations de justice sociale au profit de considérations utilitaristes et pragmatiques. Or, plutôt que de réifier ce discours et sa prétendue neutralité morale, cette politique de prévention pourrait avantageusement s'inscrire dans une perspective élargie du bien-être et de la justice sociale (Massé, Mondou 2013) en développant une compréhension des besoins spécifiques des usagers et un souci d'améliorer leurs conditions d'existence (Powers, Faden 2006).

L'analyse des confrontations et des résistances à l'économie morale de la prévention rend intelligible la manière dont les normes générales de la bonne santé sont travaillées par les usagers qui y investissent une partie de leur identité. En ce sens, leur travail moral n'est pas qu'une simple accumulation d'opinions, de représentations, d'éléments moraux préréflexifs, voire inconscients, de résistances épidermiques ou de conformations aveugles à des normes prédéterminées. Il est également un travail éthique (Foucault 1988) qui participe, à travers ces tensions, ces débats et ces désaccords sur le sens de leurs pratiques et des valeurs qui y sont attachées, à la subjectivation des expériences de consommation de drogues et à la construction de ces usagers en sujets moraux de leurs conduites.

Fabrice Fernandez, Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, École des hautes études en sciences sociales, 190-198 avenue de France, 75244 Paris cedex 13, France.

Courriel : fabrice.fernandez@ehess.fr

Notes

- 1 Cet article s'inscrit dans le cadre du programme dirigé par Jérôme Beauchez et intitulé Socioresist. Financé par l'Agence nationale de la recherche (2013-2016) ce programme interroge l'infra-politique à travers les formes de résistance ordinaire au cœur de situations de domination. Par ailleurs, le travail d'écriture de ce texte a bénéficié des échanges et des discussions du programme Towards a Critical Moral Anthropology (2009-2013) qui, en donnant lieu à une réflexion sur l'économie morale de la responsabilité (Fernandez 2012), a constitué une première étape analytique dont cet article est le prolongement et un regard substantiellement approfondi. Dans ce cadre, je tenais à remercier plus particulièrement les deux évaluateurs anonymes pour leurs lectures, suggestions et critiques constructives.
- 2 Il serait plus juste de parler de réduction des méfaits, mais en France : « Peu de praticiens et de théoriciens font la différence entre le risque et le dommage. Le risque peut être défini comme la probabilité qu'un événement survienne et le dommage comme les effets négatifs induits par cet événement (ou dans certains cas comme l'événement lui-même) » (Lovell 2001:312).
- 3 Les cas présentés et une partie des observations proviennent d'un travail de thèse financée par l'Agence nationale de la recherche sur le sida et menée en France auprès de consommateurs pris dans un mouvement d'alternance entre la rue et la prison (Fernandez 2010).
- 4 Je mobilise ici plus particulièrement trente-huit entretiens avec des usagers vivant de minima sociaux, la plupart du temps sans domicile fixe et douze autres entretiens menés avec des intervenants associatifs.
- 5 Le concept d'économie morale permet de penser la manière dont est construite une appréhension collective d'un problème social à travers des jugements et des sentiments.

Elle représente « la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (Fassin 2009:1257). L'économie morale de la prévention caractérise ainsi les transformations des valeurs et des affects autour de la préservation de soi et de sa santé et la manière dont on mobilise des jugements et des sentiments autour de cette question.

- 6 Je différencie ici les jugements moraux (énoncés qui mettent en jeu une qualification morale d'un individu ou d'un comportement à travers la formulation de condamnations ou de préjugés à l'encontre de certaines pratiques) du travail moral (mise en conformité du comportement d'un individu avec ses propres principes moraux relatifs au bonheur et au bien-être, voire à la justice).
- 7 Ceux-ci sont distribués par l'intermédiaire de pharmacies, de programmes d'échanges de seringues ou de distributeurs automatiques gérés par des associations de lutte contre le sida.
- 8 Pour une mise en perspective de chacune de ces approches, voir Massé (2013), voir également Jauffret Roustide (2011).
- 9 Par exemple, au mois de juin 2006, 135 parlementaires de droite (issus des partis Union pour un mouvement populaire, Union pour la démocratie française et Mouvement pour la France) ont signé un communiqué clairement hostile à la politique de RDR jugée incitative au regard de la consommation de stupéfiants.
- 10 La rectification morale est une action qui a pour but de « changer la situation sociale, de soi-même ou d'autrui, pour la rendre conforme à des idéaux moraux » (Heyman 2000:636).
- 11 En France, le revenu minimum d'insertion (RMI), remplacé depuis peu par le revenu de solidarité active (RSA) est une allocation garantissant un revenu mensuel de 483 euros pour une personne sans enfant.

Références

Becker, Howard Saul

- 1985 *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié.

Bergeron, Henri

- 2011 Nouvelle santé publique et individualisation (entretien avec Henri Bergeron). *Prospective Jeunesse – Drogues-Santé-Prévention* 59(1):10–17.

Berridge, Virginia

- 1999 Histories of Harm Reduction: Illicit Drugs, Tobacco, and Nicotine. *Substance Use & Misuse* 34(1):35–47. <http://dx.doi.org/10.3109/10826089909035634>.

Bourgois, Philippe

- 1998 The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts. Confronting Ethnography, HIV Risk and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments. *Substance Use & Misuse* 33(11):2323–2351. <http://dx.doi.org/10.3109/10826089809056260>.

Carrier, Nicolas et Bastien, Quirion

- 2003 Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites : la réduction de méfaits et l'efficacité du langage de la perrillisation. *Drogues, santé et société* 2–1:1–30.

Castel, Robert

- 1999 *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris: Gallimard.

Douglas, Mary

- 1992 *De la souillure. Études sur la notion de pollution et de tabou*. Paris: La Découverte.

Ehrenberg, Alain

- 1996 *Vivre avec les drogues*. Communications. Paris: Éditions du Seuil.

Fassin, Didier

- 2006 *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: PUF.
- 2009 Les économies morales revisitées. Étude critique suivie de quelques propositions. *Annales. Histoire, sciences sociales* 6:1237–1266.

Faupel, Charles E.

- 1987 Drug Availability, Life Structure, and Situational Ethics of Heroin Addicts. *Journal of Contemporary Ethnography* 15(3–4):395–419. <http://dx.doi.org/10.1177/089124168701500305>.

Fernandez, Fabrice

- 2000 Les modalités de la prise de risques sanitaires chez les primo-injecteurs. Rapport de recherche. Toulouse: Associations Aides, Université de Toulouse le Mirail, Département de sociologie.
- 2010 *Emprises. Drogues, errance, prison. Figures d'une expérience totale*. Bruxelles: Larcier.
- 2011 Le théâtre des fumeurs de crack. Mise en scène émotionnelle et voilement/dévoilement de soi. *Ethnologie Française* 41(4):707–715. <http://dx.doi.org/10.3917/ethn.114.707>.
- 2012 Responsable de quoi? Le travail moral des usagers de drogues précarisés. *Dans Économies morales contemporaines*. Didier Fassin et Jean Sébatien Eideliman, dirs. Pp. 355–376. Paris: La Découverte

Foucault, Michel

- 1988 *Dits et écrits 1954–1988, vol. 4. Pp. 1980–1988*. Paris: Gallimard.

Hathaway, Andrew D.

- 2001 Shortcomings of Harm Reduction: Toward a Morally Invested Drug Reform Strategy. *International Journal on Drug Policy* 12(2):125–137. [http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959\(01\)00085-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959(01)00085-8).

Heyman, Josiah

- 2000 Respect for Outsiders? Respect for the Law? The Moral Evaluation of High-Scale Issues by US Immigration Officers. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 6(4):635–652. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9655.00037>.

Jauffret Roustide, Marie

- 2010 La réduction des risques chez les usagers de drogues : contribution de l'épidémiologie et de la socio-anthropologie. Thèse de doctorat, Université de Paris XI.
- 2011 Réduction des risques. Succès et limite du modèle à la française. *Alcoolologie et addictologie* 33(2):101–110.
- dir. 2004 *Les drogues. Approche sociologique, économique et politique*. Paris: La Documentation française.

- Keane, Helen
 2003 Critiques of Harm Reduction, Morality and the Promise of Human Rights. *International Journal on Drug Policy* 14(3):227–232. [http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00151-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00151-2).
- Kleinig, John
 2008 The Ethics of Harm Reduction. *Substance Use & Misuse* 43(1):1–16. <http://dx.doi.org/10.1080/10826080701690680>.
- Lovell, Anne
 2001 Ordonner les risques, l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues. *Dans Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.* Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, dirs. Pp. 309–341. Paris: Balland.
- Massé, Raymond
 2013 Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale. *Dans Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques.* Raymond Massé et Isabelle Mondou, dirs. Pp. 41–70. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Massé, Raymond et Isabelle Mondou, dirs.
 2013 Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Moore, David et Suzanne Fraser
 2006 Putting at Risk What We Know: Reflecting on the Drug-Using Subject in Harm Reduction and its Political Implications. *Social Science & Medicine* 62(12):3035–3047. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.067>.
- Pinell, Patrice, dir.
 2002 Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981–1996). Paris: Presses universitaires de France.
- Powers, Madison et Ruth Faden
 2006 Social Justice. The Moral Foundations of Public Health and Health Policy. Oxford: Oxford University Press.
- Race, Kane
 2008 The Use of Pleasure in Harm Reduction. Perspectives from the History of Sexuality. *International Journal on Drug Policy* 19(5):417–423. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.08.008>.
- Rhodes, Tim
 2002 The « Risk Environment »: a Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm. *International Journal on Drug Policy* 13(2):85–94. [http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5).
- Rhodes, Tim, Merrill Singer, Philippe Bourgois, et al
 2005 The Social Structural Production of HIV Risk among Injecting Drug Users. *Social Science & Medicine* 61(5):1026–1044. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.024>.
- Scott, James C.
 2008 La domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne. Paris: Éditions Amsterdam.
- Tulchinsky, Théodore H. et Elena A. Varavikova
 2010 What is the New Public Health? *Public Health Reviews* 32(1):25–53.
-