

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

« *Ce ne sont pas des gens normaux* »

**Les impacts du stigmatisme sur les personnes usagères de
drogues en (grande) précarité**

Auteur : Léonie Delvaux

Promotrice : Jacinthe Mazzocchi

Lecteur : Olivier Servais

Année académique 2021

Master en anthropologie

Je déclare sur l'honneur que cette monographie a été écrite de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'elle n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'elle n'a jamais été publiée, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma promotrice Jacinthe Mazzocchetti. Je la remercie de m'avoir encadrée, aidée et conseillée.

Merci aux professeur.e.s d'anthropologie de l'UCL qui, par leurs cours passionnants, n'ont cessé de m'inspirer et d'alimenter ma curiosité.

J'adresse également mes sincères remerciements aux personnes qui ont partagé leurs histoires avec moi et d'avoir rendu possible cette monographie. Aux personnes qui m'ont accueillie sur le terrain, merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir formée aux usages et à l'éthique du travail social.

Merci également à ma famille, pour leur soutien et leur disponibilité, et surtout à Maman et Papa, d'avoir prolongé leur session de correction lors de la relecture de ces pages.

Je remercie finalement Emma, ma complice de toujours, pour son soutien indéfectible, ainsi que mes colocataires d'illuminer mes journées et m'offrir un lieu où exprimer ma folie.

Table des matières

Remerciements.....	2
Introduction.....	5
Méthodologie et réflexions épistémologiques	10
L’impact des mots et l’écriture inclusive.....	18
Fil rouge	19
Violences institutionnelles, ordinaires et symboliques.....	20
Violence institutionnelle et stratégies dans les démarches au CPAS	20
Violence ordinaire et physique en tension.....	30
Espaces partagés, espaces contrôlés	38
Aux origines de la violence.....	43
Violences et rejet de représentants des institutions de soin de santé	52
Discussion finale et conclusion.....	62
Intercalaire	64
Genre, précarité et addiction.....	65
Des stratégies de survie à double tranchant	65
Vie de couple	65
Grossesse et maternité.....	75
Prostitution.....	79
L’intersectionnalité des vulnérabilités et stigmatisation des personnes sexisées	84
Discussion finale et conclusion.....	90
Intercalaire	95
Différents parcours liés à l’usage de substances psychoactives	96
Sens d’une entrée dans des styles de vie lié aux drogues	97
Fonctions des drogues.....	98

Processus d'entrée dans les systèmes de vie liés aux drogues et tentative(s) de régulation	102
Comment définir anthropologiquement l'addiction.....	105
Parcours de (poly-)consommation au gré des relations interpersonnelles.....	108
Quand consommation rime avec dépression.....	108
Insertion passive dans un parcours de poly-consommation.....	109
L'addiction, une question d'argent, et le stigmat, une question de classe socio-économique ?	111
Notions de précarité et d'exclusion comme repères analytiques	112
Stigmatisation et classe sociale	116
Discussion finale et conclusion.....	127
Conclusions générales.....	129
Bibliographie.....	139

INTRODUCTION

Cette monographie a comme thème principal le stigmat, car, sensible aux injustices, c'est le phénomène qui m'a le plus touchée au cours de mon ethnologie. Depuis mon adolescence et ma découverte des soirées, quelles qu'elles soient, j'ai pu constater la consommation des substances licites ou illicites et les réactions diverses qu'elles pouvaient susciter. J'ai à la fois côtoyé des milieux très réfractaires à toutes les drogues illicites ainsi que des lieux où les personnes consommaient diverses substances illégales, mais aussi de l'alcool. Cela m'a amené à questionner la pénalisation des drogues, la dangerosité variée de ces dernières et la différenciation pénale et sociale qu'il y a sur les personnes usagères en fonction du type de substances qu'elles consomment. Plus tard, à travers un travail de bachelier, je me suis intéressée aux addictions et à comment elles impactent et différencient les personnes. Ce travail avait été mené au sein de réunions des AA, les Alcooliques Anonymes. Il s'agissait donc d'un milieu assez homogène avec des personnes dans des processus d'abstinence et issues de la classe moyenne. Insérées dans des réseaux de sociabilité et menant des carrières professionnelles, ces personnes luttaien contre l'addiction. Pourtant leur statut social était impacté dans une moindre mesure car aidées par leurs famille, leurs amis, les groupes de paroles, elles parvenaient souvent à s'abstenir de consommer. Alors, certes l'addiction peut toucher tout le monde – quel que soit l'âge, le genre ou la classe sociale – toutefois selon les parcours biographiques, les recours et les moyens des personnes, se manifeste-elle tout le temps de la même manière et est-il possible de la soigner avec la même efficacité ? Y-a-t-il des facteurs aggravants qui empêchent l'abstinence ?

En comparant cette petite expérience de terrain (sur les AA) et l'ethnographie que j'ai menée pour cette monographie, il est clair qu'il existe des injustices dans les usages de produits psychoactifs et les contractions des addictions, je pourrai dire plutôt des inégalités dues à l'existence de certains privilèges. D'une part, le statut socio-pénale d'une drogue influence la manière dont elle est consommée, la manière dont les personnes usagères sont perçues et potentiellement soignées, etc. D'autre part, il y a également une

forme d'injustice entre les personnes usagères des substances psychoactives¹ : certaines sont addictes, d'autres pas. Comment cela se fait-il que des personnes tombent sous le joug des substances tandis que d'autres en usent également sans connaître l'addiction ? Finalement la dernière injustice concerne le soin de l'addiction : certaines vivent avec et parviennent à l'abstinence tandis que d'autres peinent à mener une vie hors des logiques de la consommation, voir à en survivre. Ces formes d'injustices et les questions qui en découlent m'ont poussée à m'intéresser aux personnes qui semblaient selon moi les vivre de la façon la plus intense.

J'ai donc décidé de creuser les notions de consommation de substances psychoactives (licites ou illicites) et d'addiction croisées aux questions de grande précarité et de genre. Ainsi, je me suis tournée vers les réseaux associatifs dans certaines zones urbaines de Belgique (Bruxelles, Charleroi et Liège) qui proposent des aides (socio-sanitaires) aux personnes usagères de drogues en situation de grande précarité. J'ai alors intégré pendant quatre mois – de mars à juin 2021 - de façon plus ou moins intensive certaines associations proposant aux personnes précaires qui sont sujettes aux assuétudes des services d'urgences. J'endossais un rôle de soutien auprès des équipes de travailleurs et travailleuses sociales en tant que stagiaire-bénévole.

Les missions auxquelles j'ai pu participer au sein de ces associations étaient multiples : l'accueil dans l'espace communautaire, l'accompagnement dans des démarches sociales (auprès des CPAS par exemple), la réponse à des demandes immédiates concernant des besoins en termes de matériels d'hygiène ou de consommation, la prévention des risques liés à la consommation, les maraudes, travail de rue, la participation à des activités spéciales, etc.

Ainsi, intégrée à des équipes pluridisciplinaires, composées de travailleurs et travailleuses sociales, infirmières et infirmiers, assistantes sociales... des associations, j'ai participé aux soirées où les personnes usagères venaient pour bénéficier de soins, d'un

¹ Par « substances psychoactives », j'entends toutes les substances qui lorsqu'elles sont ingérées produisent des effets somatiques et altèrent le comportement, l'humeur, les perceptions et l'activité mentale (« Substance psychoactive », s. d.). L'alcool en fait donc partie.

repas (depuis les premiers confinements), de l'accès à certaines commodités (toilettes, douches, ordinateurs,...) ou autre. J'y ai appris notamment les bases de la réduction des risques² avec la distributions du matériel stérile de consommation et le discours qui y est accompagné – non-jugement de l'usage mais information des risques et de comment les minimiser.

J'ai également pris part à des maraudes, en soirée ou en après-midi. Il s'agit d'un dispositif qui, dans ce cadre, permet de venir à la rencontre des personnes usagères pour pouvoir, dans un premier temps, leur fournir du matériel stérile dans un but de réduction des risque et faciliter, dans la mesure du possible, l'accès à des soins (par la présence, quand cela est possible, d'un ou d'une infirmière lors de la maraude). Dans un second temps, l'objectif est de créer un lien et gagner la confiance des personnes afin d'accompagner une éventuelle volonté à entrer dans un processus de réinsertion sociale ou tout autre demande permettant l'amélioration des conditions de vie des personnes. Ainsi, en binôme, nous parcourons la ville, sac à dos - remplis de matériel de consommation, d'hygiène, mouchoirs... - sur les épaules, le regard droit devant ou scrutant l'environnement, à la recherche de personnes qui sembleraient correspondre aux missions de l'ASBL que nous représentons. Ce dispositif est fondamental dans le milieu associatif sur les drogues et la précarité car les personnes qui en bénéficient sont rejetées de la plupart des structures de soin, n'ont pas connaissance du réseau associatif et des aides qui leur sont disponibles. Toutefois, il pose des questions éthiques et nécessite un certain respect et vision de l'espace qui est considéré habituellement comme public. De fait, la maraude implique à la fois de devoir juger les personnes, faire des suppositions (Est-ce que la personne correspond au public ciblé ? Est-ce qu'elle consomme ?), et

² La réduction des risques (RdR) est : « Une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues [1] ». Elle concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'apprêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire. » (Charte de la Réduction des Risques | Plate-forme de RdR, s. d.)

d'envahir l'espace personnel des personnes. En ce qui concerne la gestion de l'espace personnel des personnes qui habitent la rue, je vais raconter un moment du terrain illustrant l'enjeu éthique qui se joue.

Un jour alors que nous étions en maraude avec Alexandra et Maude, nous devions rencontrer Xavier, une personne fréquentant l'ASBL, pour lui donner un papier assez important concernant des questions administratives urgentes. Au hasard des rues, nous croisons une de ses amies à qui nous demandons si elle sait où se trouve Xavier. Elle indique le lieu où il est actuellement. Il s'agit d'un parking dans un bâtiment quelque peu laissé à l'abandon. Nous entrons dans le bâtiment mais hésitons à rejoindre le lieu de peur de déranger Xavier en ne lui laissant pas l'opportunité d'éviter la rencontre. Finalement nous décidons d'y aller car la situation administrative est urgente et il vaut mieux mettre au courant Xavier le plus vite possible afin qu'il puisse prendre une décision et mettre en place une stratégie. Nous prenons ainsi l'ascenseur pour descendre au parking. L'ascenseur est très petit, alors à trois et avec deux gros sacs à dos, c'est assez oppressant... Quand les portes s'ouvrent, j'en sors rapidement sans vraiment prendre connaissance du lieu que j'investis. C'est un très petit hall attenant aux parking. Xavier est là avec son chien et son sac à dos ouvert au milieu de la pièce et ses affaires éparpillées autour. Finalement, notre décision était très intrusive. De plus, Xavier transpire beaucoup et est en train de se préparer sa consommation. Il semble en manque et nous l'interrompons dans un mouvement intime et impérieux. Quand il nous voit, il range son matériel de consommation et nous invite tout de même à rester – après qu'on lui ait proposé de se voir plus tard.

Il est donc d'usage normalement de s'annoncer avant de pénétrer un lieu dont on sait qu'il est habité et d'attendre le consentement des habitants et habitantes. C'est pourquoi en règle générale, on ne visite que les lieux qui sont déjà connus ou dans le cas contraire, la précaution est de rigueur.

J'ai été touchée par les situations de grande précarité, de vulnérabilité et de sensibilité des situations et des personnes dont j'ai croisé la route. J'ai été également touchée par la stigmatisation et la violence à laquelle les usagers et usagères étaient confrontées assez régulièrement. C'est pourquoi, au cours de mon terrain et pendant le

temps d'écriture de cette monographie, je questionne le stigmatisme qu'implique la consommation de drogues et comment il se cristallise dans la quotidienneté des personnes usagères des drogues rencontrées et qui sont en situation de grande précarité. J'envisage également une corrélation éventuelle entre l'usage en lui-même de substances psychoactives, le genre et la classe sociale dans la constitution du stigmatisme sur les personnes usagères.

MÉTHODOLOGIE ET RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES

Tout d’abord, j’ai tâché de rendre non-reconnaissable toutes les personnes apparaissant dans cette monographie afin de préserver leur anonymat. Ensuite, comme il est d’usage pour les anthropologues, à travers le « pacte ethnographique », je garantis que la production des données ethnographiques que je présente dans cette monographie sont singulières et issues d’un travail de terrain durant lequel j’ai tâché d’approcher au plus près des réalités et des vécus des personnes à travers le partage d’une « familiarité informée » (Laurent, 2019).

Conformément à l’usage en anthropologie, j’ai suivi la méthode de l’observation participante pour récolter les données empiriques de cette monographie (Olivier de Sardan, 2008). Mon approche était inductive : c’est en partageant des après-midi et des soirées, dans le cadre des activités d’ASBL de réduction des risques auprès de personnes usagères de drogues, que des problématiques ont émergées. Cette monographie est ainsi un témoignage de l’expérience vécue au contact de la vie quotidienne d’ASBL travaillant avec des personnes usagères de drogues en grande précarité. Elle se fonde sur les données empiriques récoltées dans le partage d’une partie de la vie quotidienne des personnes actrices de ces ASBL, les bénéficiaires principalement et également les membres des équipes professionnelles.

Pour documenter mes observations, j’ai utilisé principalement deux outils : un carnet et l’application « note » de mon téléphone. Ainsi, je prenais note dans les associations qui m’accueillaient lorsque j’en avais l’opportunité. En premier lieu, je prenais note sur le vif ou dans les moments plus calmes pour décrire plus complètement les situations. En second lieu, lorsque je rentrais chez moi, le soir, je tâchais de clarifier et compléter mes notes dans un autre cahier, plus grand. Au début de mon intégration sur le terrain, j’avais un petit carnet attaché avec une corde sur l’épaule, à la manière d’un sac en bandoulière – afin de signifier que ma présence était liée à un but académique ou pour motiver des questions afin d’explicitier les raisons de ma présence. Ainsi, je n’avais pas l’impression d’agir au dépend des volontés et du consentement des personnes. De fait, dans les moments d’accueil ou au cours des activités des associations, il aurait été malvenu

de me présenter à chaque personne et expliquer les raisons de ma présence. Les personnes n'étaient pas disponibles pour m'écouter en premier lieu, elles viennent généralement pour répondre à des besoins impérieux, des démarches, des services ou parfois une écoute de leur histoire. Elles n'ont ainsi pas forcément le temps ou la disponibilité pour faire autre chose que ce qu'elles cherchaient à l'ASBL. De plus, j'aurais craint, si j'avais décidé de me présenter comme chercheuse d'emblée à tous et toutes que les personnes me fuient ou fuient l'association. J'ai préféré ainsi glisser l'information au fil des conversations quand je sentais que le moment était propice ou répondre aux questions qui émergeaient quand les personnes remarquaient mon attitude observatrice ou voyaient mon petit cahier.

Au cours des quatre mois d'observation participante, j'ai également mené quelques entretiens semi-directifs avec trois interlocuteurs privilégiés. Je n'ai pas toujours pu les enregistrer. Pour certaines personnes, accepter de révéler une part de son parcours biographique relève déjà d'un effort difficile. J'ai du donc adapter ma technique en fonction des personnes. Ces entretiens ont été assez difficile à bien clôturer cependant. Il arrive souvent que les personnes désertent parfois pendant des jours ou des semaines voir des mois les structures associatives qu'elles fréquentent de façon assidue habituellement. J'ai donc compris – peut-être trop peu rapidement – l'importance de saisir les occasions d'entretien lorsqu'elles se présentaient.

Lors de cette ethnographie, j'ai surtout joué un rôle de stagiaire/ bénévole au sein des équipes professionnelles des ASBL. Au sein de ces dernières, je me présentais comme étudiante en anthropologie qui récoltait des données empiriques en vue de l'écriture de son mémoire. J'ai expliqué ma démarche inductive et les intérêts qui m'avaient mené là-bas ainsi que les thématiques qui pourraient guider mon écriture. Ainsi, ils avaient conscience que je documentais les aspects quotidiens du travail socio-sanitaire mené bien qu'ils ne comprenaient pas forcément, dans un premier temps, la méthodologie employée.

Ce statut de stagiaire/ bénévole impliquait des attentes ainsi qu'une posture spéciale qui a pu influencer mes interactions avec les personnes « bénéficiaires » des associations. En ce qui concerne les personnes bénéficiaires de ces ASBL, dans les enceintes des associations, j'ai fait comprendre au début ma présence en tant que

chercheuse, ainsi les habitué.e.s ont vite compris que je m'intéressais à leurs vécus et leurs expériences. Tandis qu'au dehors, lors des maraudes par exemple, j'étais considérée comme une travailleuse sociale et je ne parlais de ma recherche que lorsque j'avais la possibilité d'en discuter avec mes interlocuteur.rice.s. Ce statut m'a permis d'être intégrée au quotidien des habitué.e.s des ASBL assez rapidement bien qu'il aurait pu participer à m'éloigner d'une partie de mes acteurs et actrices de terrain, c'est-à-dire des personnes bénéficiaires.

Par ailleurs, je privilégiais le travail de l'ASBL que j'accompagnais, l'écoute des personnes selon leur besoin et le respect des limites qu'ils posaient lors des interactions. De plus, je tentais de rendre ma présence la plus soutenante possible pour les équipes professionnelles afin qu'il y ait une réciprocité, en lien à l'accueil dont j'ai bénéficié. Du côté des personnes usagères, j'ai adopté une présence calme, discrète mais ouverte. Cette attitude me permettait de me montrer à l'écoute et de laisser les personnes s'exprimer et s'épancher sur leurs malheureuses aventures si elles en avaient le besoin.

Un terrain dans le domaine associatif belge tel que je l'ai mené a impliqué une présence éparse et non intensive dans le quotidien des personnes. Cette participation donnait l'impression de ne pas assez permettre de créer du lien avec les bénéficiaires. De fait, étant donné que les bénéficiaires sont parfois aux abonnés absents des ASBL pendant quelques mois, il n'est pas rare que même après quelques mois de présence, j'entende ou que l'on me dise : « *Tu es nouvelle ?* ». Mon terrain était ainsi le lieu où différentes temporalités coexistaient. Mon « stage » a duré quatre mois, ce qui est long pour une étudiante. Habituellement les stages sont plus courts. Pour les bénéficiaires, qui peuvent être assez instables dans la fréquentation des associations, ce n'est pas très long. À plusieurs reprises, les personnes usagères m'ont signifié que l'équipe de travailleur.euse.s change énormément. Les usager.e.s ne reconnaissent parfois plus l'ASBL et ont du mal à s'adapter aux changements. Cela montre certains enjeux qui peuvent paraître innocents mais qui sont en réalité importants pour les personnes bénéficiaires des ASBL. En effet, Vanessa, une de mes interlocutrices privilégiées, me disait l'importance pour elle d'une stabilité dans les membres des institutions associatives. Elle me racontait que les personnes, les « professionnel.les », qu'elles rencontraient dans ces associations étaient

les seules à qui elle partageait son histoire. Elle avait ainsi énormément de mal à s'habituer de nouveau à de nouvelles personnes tandis que faire le deuil de celles qui portaient lui était très douloureux. Toutefois j'ai appris au mois de juin par Emilie, une travailleuse sociale, que des usagers et usagères demandaient parfois si « la rousse » était là. Ainsi ma présence aura tout de même été remarquée.

Mon terrain n'a pas été facile à vivre du fait des violences desquelles j'ai été témoin ainsi que des conditions de vie déplorables des personnes rencontrées et les épreuves qu'elles partageaient. Certes, le cadre associatif, en plus de m'avoir ouvert la porte au terrain, m'a également protégé en posant des limites (en termes de temporalité et des lieux fréquenté mais aussi au contexte d'observation participante).

Bien que l'empathie ne constitue pas une exigence à la production d'un savoir ethnographique (Fabbiano, 2008), je considère qu'elle m'a permis de me rapprocher d'une forme de « familiarité informée » (Laurent, 2019) des personnes de qui j'aurai pu être séparée de par mon assimilation, comme stagiaire/ bénévole, au milieu associatif. En effet, les relations entre personnes bénéficiaires et travailleur.euse.s sociales peuvent être déséquilibrées, voir abusives dans les situations les plus extrêmes³. Ainsi, selon moi, bien que je n'aie pas pris réellement part à la vie quotidienne des personnes desquelles j'ai la prétention d'interpréter une part de leur réalité, l'empathie a été une composante essentielle dans ma démarche anthropologique, que ce soit dans l'interprétation des données empiriques ou dans la récolte de celles-ci à travers l'observation participante.

Ainsi, ma présence éparpillée et courte dans un terrain où la plupart des acteurs et actrices de terrain ne sont pas régulièr.e.s dans leur présence ne fut pas spécialement un atout dans la création de liens forts avec ces derniers. Par ailleurs, ce type de terrain peut être difficile, à la fois pour l'anthropologue et pour les personnes actrices de terrain en situation de grande précarité, car sans cesse se raconter peut être, pour elles, éprouvant (Cabral, 2020). De fait, les structures d'aides exigent souvent le récit du parcours des personnes, cela peut participer à leur fuite du monde institutionnel (*Ibid.*). Au cours d'une

³ Les conditions administratives, enlisées par des logiques de domination, du système social peuvent laisser cours à la transformation des droits sociaux en privilèges par les professionnel.le.s (Cabral, 2020).

conversation avec Emilie nous parlions également de l'impact que pouvait avoir cette exigence continue sur les personnes qui racontaient encore et toujours les mêmes récits qui les plaçaient en tant que victime ; leur autoestime devait en être impactée... Lors de mes échanges avec Vanessa, une personne bénéficiaire d'une association de réduction des risques et de services d'urgence, elle me disait qu'il était difficile pour elle de se raconter à des personnes. Cela signifiait quelque chose, elle me faisait alors confiance et attendait de moi de ne pas la trahir. Elle disait également que ses histoires elle ne les exposait qu'à des personnes faisant partie des institutions et dispositifs dans lesquels elle bénéficiait d'une quelconque aide – quoiqu'elle choisisse à qui elle se racontait. Bien que l'exigence de devoir se livrer dans les dispositifs d'aide institutionnelle soit éprouvant symboliquement et mentalement, dans le cadre du « recueil du savoir » lors de l'interaction avec l'anthropologue, les personnes se sentent valorisées lorsqu'elles disent leurs recours et leur capacité de survie (Cabral, 2020). Par exemple, suite à nos entretiens, alors que j'étais dans le processus d'écriture de cette monographie, Adrien m'a contacté pour me proposer de construire avec lui son récit biographique. Il me disait que se raconter lui était très bénéfique, il comparait cela à une sorte de thérapie.

Bien que traditionnellement, l'anthropologie (ou l'ethnologie) a longtemps été une discipline nécessitant l'observation participante au sein de sociétés « reculées » au plus éloignées (géographiquement et culturellement) possible de l'anthropologue. Aujourd'hui il est admis que l'étude des sociétés et des cultures peut être menée au sein de sa propre société, tant est si bien que l'anthropologue se confronte à la pluralité des points de vue et des pratiques culturelles si diverses à l'œuvre au sein d'une même société. (Béteille, 2007) Aussi, la mise à distance exigée dans le processus de production d'un savoir ethnologique ne peut être exclusivement liée aux terrains exotiques. Certes, je n'ai pas quitté la Belgique mais une distance socio-culturelle a bien été franchie. Les personnes dont je voulais apprendre se distinguaient de moi et interrogeaient mes schémas de pensée de par leurs parcours biographiques, leur relation avec les Institutions (pédagogiques, juridiques,...) et leurs conditions de vie entre autres.

De plus, dans le contexte pandémique qui est le nôtre depuis bientôt deux années, un terrain proche a été une évidence d'un point de vue organisationnel. Toutefois, j'ai

éprouvé des difficultés à respecter la mise à distance nécessaire à l'écriture ethnographique. Il y a des tentations à retourner sur le terrain que ce soit pour maintenir le lien et ne pas donner l'impression d'abandonner les personnes ou pour approfondir les analyses et engranger plus de données empiriques. J'ai donc éprouvé ces tentations lorsqu'un interlocuteur privilégié de mon terrain m'a contacté pour approfondir avec lui l'historique de son parcours biographique.

Selon la démarche inductive suivie, j'aurai pu axer mon regard sur le travail social ⁴, cependant j'ai voulu plus m'imprégner des réalités des personnes qui fréquentaient l'ASBL en tant qu'« usagers » et « usagères ». Par ailleurs au cours de cette monographie j'ai tenté de subjectiver les individus rencontrés au détriment de l'aspect de la consommation des drogues, qui prend souvent le pas sur tout autres aspects lorsque ces personnes sont caractérisées. De fait, l'usage de ces mots (usager et usagère) met l'accent sur la consommation de drogues. Or, pour décrypter les réalités il faut aller au-delà des mots et des stéréotypes qui y sont associés.

Effectivement dans le milieu associatif, l'usage est de parler des personnes comme des « usager.e.s ». Durant une discussion avec une travailleuse sociale et une infirmière, Alexandra et Maude, nous nous faisons la remarque qu'il n'était pas très délicat de renvoyer les personnes à leur seule consommation pour les dénommer. Toutefois, le mot pouvait expliciter le rapport avec l'association et ses services : on ne parle donc pas d'usager.e.s de drogues mais usager.e.s de l'Institution. Cependant pour moi, il y a un flou dans ce que l'on entend et dans l'usage systématiques de ces mots. Cela peut participer au maintien de stéréotypes. Cet usage participe de plus à une différenciation « eux »/ « nous » basée sur une caractéristique que l'on pourrait finalement utiliser pour définir une majorité de la population Belge (à l'exception des très jeunes, la plupart des Belges consomment de l'alcool). Le mot « bénéficiaire » est alors beaucoup plus explicite et pertinent. Toutefois il pose la personne en victime, dépendante cette fois non pas d'un produit mais de l'institution. Certes, les personnes membres des institutions n'emploient pas ces mots devant les personnes concernées et ont intérêt à utiliser des termes facilitant

⁴ Mon intérêt pour ce terrain était également lié à l'envie de découvrir le travail social et ses enjeux.

la communication et le travail. Toutefois, je trouve intéressant de critiquer ces mots – tout en entendant tout à fait les raisons de leur utilisation et leur utilité effective.

Ce choix d’apporter de l’importance à ne pas considérer les personnes simplement par l’aspect de la consommation implique selon moi une approche sensible ainsi qu’une mise à distance de préjugés qui pourraient empêcher d’être au plus proche des réalités des personnes – bien que je ne nie pas ma subjectivité et l’impact qu’elle a eu dans la production du travail présent.

Aussi, il est essentiel de rappeler la dimension subjective du travail de l’anthropologue, c’est seulement en admettant nos biais et notre subjectivité que l’on peut s’engager une discussion et l’analyse descriptive ethnographique. Cet « aveu de subjectivité » (Laurent, 2019) implique de faire acte de la non-objectivité des données empiriques qui ont été récoltées et de s’engager dans un mouvement de réflexivité afin de garantir un propos scientifique valable.

Comme je le disais en introduction, c’est l’addiction et les injustices que je percevais qui m’ont attirée vers ce milieu. J’avais été initiée aux assuétudes dans un contexte spécifique, celui des AA, dans lequel finalement j’ai retiré une définition de l’addiction trop peu ancrée dans le social et la société. Cette communauté « spirituelle » m’a plus amené à une description des éléments idéologiques la constituant que réellement me questionner sur l’addiction en elle-même et les parcours biographiques dans lesquels elle peut s’inscrire.

J’avais donc tendance, même après les AA, à comprendre les assuétudes selon des aspects corporels et psychiques. Le terrain m’a permis d’appréhender ces questions de consommation et d’addiction au-delà des visions réductrices communément admises comprenant seulement la santé psycho-somatique.

Ainsi dans cette monographie sont abordés des questions relatives à la santé et à des enjeux socio-sanitaires. Elle s’ancre particulièrement dans le domaine de l’anthropologie de la santé. Les addictions couplées à la (grande) précarité peuvent illustrer des formes de « réalités triviales du bio-pouvoir » (Fassin, 2003). C’est dans ce

même prolongement que dans cette monographie questionne « le rapport de l'être physique et psychique, d'une part, et du monde social et politique, de l'autre » (*Ibid.* : 96).

L'impact des mots et l'écriture inclusive

Cette monographie a été rédigée en écriture inclusive. Je suis consciente de l'engagement politique et militant que représente ce choix et l'assume. En outre, selon moi, cette forme d'écriture n'enlève rien à la démarche scientifique de l'anthropologie, justement elle apporte plus encore de précision et permet de mettre en évidence de façon beaucoup plus claire notamment les phénomènes d'invisibilisation – des femmes et des autres minorités de genre - à l'œuvre dans la société patriarcale et sur mon terrain également.

Je défends donc des aspects anthropologiques dans l'argumentaire pour l'utilisation de l'inclusif dans cette monographie. Les mots que l'on emploie lorsqu'on décrit ou caractérise les personnes et les situations sont chargés de sens : ils sont connotés et relaient des pans de l'histoire oubliés (Beaud & Weber, 2010). Il est nécessaire selon moi d'appriivoiser notre langue et explorer son passé et les signifiants oubliés qui se cachent derrière les mots que nous employons sans plus y penser. Le français, en tant que langue vivante, peut se permettre de construire des ponts entre le passé et l'avenir, par la revalorisation de mots effacés, tout en imaginant de nouvelles façons de cristalliser des valeurs d'inclusivité dans le langage.

Au-delà de l'écriture, je ne peux nier les aspects féministes de ma monographie. Le féminisme fait partie de ma vie et de mes valeurs, il est important de souligner qu'elles ont influencé mon travail et la manière de récolter, ou de produire, les données empiriques sur lesquelles se basent cette monographie. De fait, pour moi, l'intégration d'une lecture qui dépasse les stéréotypes et les barrières de genre sont absolument nécessaire dans un souci de rigueur de la production du savoir sur les sociétés : que ce soit dans la description ou dans l'analyse des phénomènes sociaux. La thématique du genre est présente déjà dans toutes les strates des sociétés avant que les féministes ne commencent à en parler.

Fil rouge

À l'orée de mon écriture, j'ai réfléchi à une problématique de recherche pour guider mon écriture : « Au cours de mon terrain et dans cette monographie j'envisage d'interroger la corrélation éventuelle qu'il y aurait entre la consommation en elle-même de substances psychoactives et la classe sociale dans la constitution du stigmaté sur les personnes qui consomment des substances psychoactives. »

Je propose ainsi tout d'abord d'explorer des situations de violences sous diverses formes auxquelles j'ai assisté dont sont victimes les personnes en situation de grande précarité et usagères de drogues, et qui ont fait émerger la notion du stigmaté comme aspect structurant de cette monographie. Effectivement, que ce soit dans les processus administratifs d'obtention de leurs droits sociaux aux aides ou aux soins ou dans le partage de l'espace public, les personnes souffrent de violences institutionnelles, ordinaires ou symboliques.

Ces violences cristallisent les preuves d'une stigmatisation des personnes usagères des drogues. Elles m'ont ainsi poussées à creuser la question du stigmaté de l'usage des drogues et, dans un premier temps, d'un facteur qui l'accentue ou provoque une cumulation des stigmates, celui du genre.

Ensuite, je m'intéresse à la manière dont le recours aux drogues peut s'apparenter à une stratégie de survie. Par extension, cela va m'amener à creuser d'autres facteurs participants également de la formation du stigmaté sur les personnes usagères des substances psychoactives, à savoir : la grande précarité, la classe sociale (et éventuellement suggérer la notion de « race⁵ » comme enjeu dans ces problématiques).

⁵ Je mobilise le terme « race » comme construction sociale indépendante de réalités biologiques, mais comme outil (par la biologisation de la pensée sociale) pour justifier une distribution inégale du pouvoir et la naturalisation des différences (Guillaumin, 1972).

VIOLENCES INSTITUTIONNELLES, ORDINAIRES ET SYMBOLIQUES

Je vais développer ici trois situations rencontrées lors de mon ethnologie qui disent la violence sous différentes formes que peuvent rencontrer les personnes usagères de substances psychoactives. Le premier récit rend compte de la violence institutionnelle à laquelle les personnes en situation de précarité et de désinsertion socio-administrative doivent faire face dans leurs démarches au CPAS. Ensuite, la deuxième partie, qui se divise en deux récits, met en scène certaines interactions empruntées de violence ordinaire à l'égard des personnes perçues comme consommatrices de drogues. Je m'interroge sur ce que cette violence ordinaire dit du partage de la ville et des constructions sociales qui entourent le « toxicomane ». Pour finir, j'ai choisi de raconter deux moments qui abordent la violence que peuvent ressentir les personnes usagères de drogues lorsqu'elles sont confrontées aux institutions du soin et à leurs membres.

Violence institutionnelle et stratégies dans les démarches au CPAS

Le parcours de Louise montre certaines facettes de la complexité du cheminement dans l'accès aux soins et à la protection sociale pour les personnes en situation de grande précarité et usagères de drogues. Mes rapports avec Louise sont d'abord succincts. Lorsque je la croise dans une ASBL, elle fréquente les lieux seulement pour avancer dans ses démarches, elle ne s'attarde pas, n'échange pas avec les autres usagers et usagères qui sont présent.e.s. Elle ne cherche pas à s'étendre dans le lieu. C'est à l'occasion d'un rendez-vous avec son assistante sociale du CPAS, auquel aucune personne de l'ASBL ne peut l'accompagner, que je suis amenée à enfin vraiment la rencontrer. Avant, nous nous voyons lors d'une petite réunion préparatoire avec Emilie afin de préparer la prochaine rencontre avec l'assistante sociale du CPAS. Emilie nous présente la stratégie qu'il faut adopter afin de maximiser les chances de Louise d'avancer dans ses démarches d'aides médico-sociales rendez-vous pour une réunion préparatoire en vue de la préparer à son

prochain rendez-vous avec l'assistante sociale de son CPAS. Mon rôle sera un rôle de soutien, pour Louise, et de facilitation de l'échange avec l'assistante sociale.

Nous nous installons dans une pièce et Emilie, travailleuse sociale au sein de l'association, la conseille – sur comment se comporter, que dire, etc. - et lui explique comment va se dérouler sa prochaine rencontre avec son assistante sociale au CPAS. Ce briefing a lieu car les personnes travaillant dans l'association ont remarqué que Louise parlait facilement et ouvertement des détails de sa vie et elles considèrent qu'il est préférable de passer sous silence des informations pour garantir certaines aides et ce le plus rapidement possible – en particulier parce que la situation de Louise est urgente. Louise a déjà fait une demande d'AMU - il s'agit de la carte médicale qui doit donner accès aux soins des personnes sans papiers en Belgique - et d'un RIS (revenu d'intégration social) et ce prochain rendez-vous vise à suivre l'évolution des démarches avec l'assistante sociale. Il y a déjà un peu moins d'un mois, Louise et Anthony, travailleur social au sein de l'association qui fournit des aides aux personnes en situation de (grande) marginalité et usagères de drogues, avaient déjà entamé ces démarches auprès d'une assistance sociale. Louise est assez loquace, c'est pourquoi Emilie insiste sur le fait qu'elle ne doit pas trop en dire sur sa situation « sinon ils fouillent » – le fait qu'elle vive en studio peut poser des soucis, on lui demande de mentir et prétendre vivre dans la rue.

Malheureusement, ce rendez-vous a été annulé par mail – comme le précédent. Néanmoins, nous sommes prévenues. Cette fois, le CPAS nous envoie un mail et nous demande de reprendre un autre rendez-vous en les contactant lundi. La dernière fois, Louise s'était présentée mais l'assistante sociale était absente. Je préviens Louise dès que je vois la nouvelle dans mes mails, elle est triste et découragée après ces deux dernières rencontres qui n'ont pas été honorées et dont l'annulation manquait de professionnalisme – pour le premier, elle n'avait pas été prévenue, pour le deuxième, nous avons reçu un mail le jour même.

Le lundi suivant, je téléphone à l'assistante sociale de Louise, elle ne répond pas, j'appelle donc le CPAS pour obtenir un rendez-vous. Au téléphone, on me dit que l'assistante sociale en charge du dossier de Louise est toujours absente, il n'est donc pas possible de prendre un rendez-vous. J'insiste car la situation de Louise est urgente, on me

donne le numéro de sa collègue assistante sociale. Je réexplique la situation à cette personne au téléphone en appuyant sur le fait que les démarches ont déjà été lancées et que plusieurs rendez-vous ont déjà été annulés par sa collègue. La personne au téléphone me répond qu'elle sera en congé demain et qu'aujourd'hui elle ne peut recevoir Louise car elle est en télétravail. J'ai tenté de faire pression en insistant sur le fait que depuis trois semaines Louise essayait d'obtenir un rendez-vous mais le CPAS ne prenait pas efficacement les demandes et par deux fois les rendez-vous avaient été annulés le jour même par l'assistante sociale. De mauvaise foi, la personne au téléphone me rétorque que Louise ne s'est pas présentée au premier rendez-vous et qu'aujourd'hui sa collègue a des soucis personnels. Nous finissons l'appel quand elle m'enjoint à téléphoner demain pour convenir d'un rendez-vous avec la remplaçante ou de téléphoner le lundi suivant pour avoir un rendez-vous avec l'assistante sociale en charge du dossier de Louise.

Pendant tous ces appels, j'ai vraiment eu l'impression qu'on s'est joué de moi, et de Louise principalement, aucune personne ne prend la responsabilité de rien : ils se débarrassent du problème en faisant sans cesse changer d'interlocuteur.ice.s – qui a chaque fois se disent impuissant.e.s. Les personnes à qui je parle manifestent selon moi un manque d'empathie, de professionnalisme, de bonne volonté et de compréhension.

Le lendemain, le mardi, je téléphone au remplaçant qui me dit qu'il ne peut prendre de rendez-vous car les jours prochains sont des jours de congé. Il m'explique que sa permanence téléphonique a été mise en place seulement pour répondre à des questions, et non pas pour mettre en place des rendez-vous. Au point où j'en suis, je lui demande où en est la demande d'AMU dans le dossier de Louise. Il répond qu'il voit dans le dossier qu'il y a eu un rendez-vous avec Louise et un travailleur social de l'ASBL, Anthony, que suite à ce rendez-vous, l'assistante sociale a essayé de joindre Anthony mais il n'a pas répondu, « ça s'arrête là ». Or, Emilie m'avait communiqué les papiers de demande d'AMU, l'assistante sociale les avait eus lors du rendez-vous... Je dois donc téléphoner lundi suivant.

C'est extrêmement frustrant. Soit la communication est inexistante dans l'équipe du CPAS, soit ses travailleurs ne veulent pas aider Louise. Je me suis mêlée une semaine

à la communication entre Louise et le CPAS et je suis déjà agacée et désespérée. Une personne de l'ASBL prend le relai et obtient cependant un rendez-vous le 20 mai.

Avec Louise, nous échangeons quelques sms pour se mettre d'accord pour convenir de l'heure à laquelle on partira des locaux de l'ASBL, où on se donne rendez-vous pour faire le trajet ensemble.

Le jour J, j'arrive comme convenu trente minutes avant le rendez-vous pour partir en avance. Louise arrive aussi à 10h30. Finalement, étant donné qu'il s'agit de mon premier accompagnement, Anthony, qui connaît également la situation de Louise, se libère pour venir avec nous au rendez-vous. Normalement, nous devions partir dès 10h30 mais nous attendons Anthony pour partir. Nous sommes assez nerveuses, Louise attend dans un canapé du salon du rez-de-chaussée. À 10h45, Anthony descend à notre rencontre et nous pouvons enfin démarrer en voiture. Louise craint d'être en retard, elle est assez stressée.

Arrivés au CPAS, on est pile à l'heure, 10h58. On se présente à l'accueil, et catastrophe ! Il s'avère que l'assistante sociale avec laquelle nous avons rendez-vous est à l'autre antenne du CPAS de ce quartier. Anthony demande aux personnes de l'accueil de joindre l'autre antenne pour prévenir de notre retard et des raisons de ce retard. Elle répond au téléphone qu'elle ne nous recevra pas au vu du retard. Nous décidons malgré tout de nous rendre aux bureaux dans lesquels elle se trouve. Nous y arrivons à 11h07, avec donc sept minutes de retard, dans le bâtiment dans lequel l'assistante sociale travaille aujourd'hui. C'est un bâtiment discret, qui n'a pas vraiment l'allure d'un CPAS, nous montons un peu au hasard au premier étage en ascenseur et arrivons dans un hall étroit vide et sombre, sans chaise, sans fenêtre et sans affiche. Anthony toque à la porte qui semble être celle du CPAS. En sort une dame avec son vélo, nous échangeons un bonjour et elle nous fait comprendre qu'elle est sur le départ. Un homme ouvre l'embrasure de la porte pour nous parler, Anthony explique la situation et le malentendu qui a provoqué notre retard. Pendant l'échange, je vois que la dame au vélo et l'homme à la porte échangent des regards et haussements de sourcils quand Anthony ne les regarde pas. Anthony insiste pour parler avec l'assistante sociale, l'homme posté à la porte nous dit qu'il va la prévenir de notre présence.

Nous continuons d'attendre dans le hall. En attendant, Anthony aide la dame au vélo à le déplacer dans la cage d'ascenseur, elle part tandis que nous attendons.

Louise a également remarqué les regards complices pendant l'échange, Anthony ne les a pas remarqués. Elle est excédée par la situation : au cours de l'interaction elle essayait de cacher son agacement, quand il n'y eu plus que nous, elle nous dit qu'elle n'en peut plus de cet accueil, elle se sent comme une malpropre. Durant le trajet elle expliquait déjà qu'elle était au bord d'abandonner de demander quoi que ce soit au CPAS. Elle préfère se débrouiller toute seule que de perdre son temps de cette manière. Anthony et moi essayons de la motiver à continuer de persévérer à obtenir le RIS.

L'assistante sociale ne vient pas à notre rencontre, elle renvoie la personne de l'accueil nous dire qu'elle a commencé sa permanence téléphonique et qu'elle ne nous recevra pas à cause de notre retard – nous sommes dans ce hall depuis 11h08, soit avec dix minutes maximum de retard. Elle nous demande, par son intermédiaire, de lui téléphoner demain pour prendre un autre rendez-vous. Je rappelle qu'aujourd'hui, le dernier entretien avait eu lieu un mois et demi plus tôt et les démarches n'ont pas été introduites par cette assistante sociale.

Cette fois-ci, Louise est vraiment énervée, elle trouve que c'est un total manque de respect, qu'on se fiche de nous. En pleurs, elle dit qu'elle va se débrouiller seule, qu'elle ne veut plus échanger avec le CPAS. Elle veut maintenant se mettre comme indépendante et continuer de travailler – prostituée, cela fait depuis le premier confinement qu'elle a dû arrêter de travailler pour se protéger. La situation sanitaire l'a enlisée dans la précarité. Elle avait la chance de pouvoir compter sur ses économies durant les premiers confinements cependant elles s'amenuisent dangereusement. Louise risque de se retrouver à la rue d'ici un mois ou deux maximum. Cela fait presque deux mois que Louise a introduit les démarches pour bénéficier de soins urgents et pour obtenir un RIS - dont on sait qu'elles nécessitent quelques mois de traitement.

Durant l'après-midi, des mails sont échangés et vraisemblablement, l'assistante sociale sera absente demain donc impossible d'échanger par téléphone avec elle ce jour-là... L'assistante sociale de l'ASBL, Mélanie, prend en charge la communication et avec

quelques mails salés, elle reçoit une proposition de rendez-vous incohérente – une date antérieure à l’envoi du mail et qui ne correspondait pas au jour de la semaine proposé. Finalement, l’assistante sociale du CPAS a téléphoné à Louise et lui propose un rendez-vous pour le lendemain matin avec sa collègue.

Le 27 mai nous nous rejoignons Louise et moi dans les locaux de l’ASBL et nous partons à pied au CPAS, après avoir vérifié plusieurs fois du lieu convenu dans les mails auxquels j’ai accès. Nous avons un entretien avec la collègue de l’assistante sociale référente de Louise. Elle nous reçoit avec cinq minutes de retard. Après que l’on s’est assises, l’assistante sociale pose des questions à Louise pour remplir – de nouveau – le demande d’AMU. Le rendez-vous est assez froid, on a l’impression de temps à autre d’être à un interrogatoire. La personne questionne beaucoup Louise sur son absence de logement – où elle dort, si elle a des proches chez qui aller de temps en temps, à quelle fréquence elle y va, quel quartier elle fréquente, etc. Elle nous explique également que l’absence de preuve que Louise réside en Belgique depuis une dizaine d’années pose soucis dans l’obtention de ses droits – de fait, Louise a seulement la nationalité française même si elle réside en Belgique depuis dix ans et que sa mère est Belge. Au regard de la loi, Louise serait présente dans le pays depuis peu et bénéficie de ce fait d’un visa touristique de trois mois. La demande d’AMU est introduite, la demande de RIS également et je demande s’il est possible qu’on puisse utiliser l’adresse du CPAS comme adresse de référence pour Louise étant donné qu’elle n’est domiciliée nulle part. Le CPAS ne peut apparemment pas répondre à cette demande.

Comme prévu avec l’ASBL dans laquelle Louise bénéficie d’un suivi, pour renforcer ses chances de bénéficier des aides, Louise raconte vivre à la rue depuis le mois de mars et vivre chez des amis deux fois par semaine. Elle est très peu à l’aise avec le fait de mentir sur sa situation – son travail et ses conditions de logement. Après le rendez-vous, elle me raconte qu’elle trouve peu convaincant le fait de se déclarer SDF. Déguiser la réalité lui coûte. C’est une personne assez fière et le parcours chronophage et pénible avec le CPAS l’a épuisé et est plus long que prévu. Elle se sent trop dans l’urgence pour mettre son avenir dans les mains des assistantes sociales, d’autant plus que si on lui octroyait le RIS rapidement, elle ne l’aurait pas avant trois mois, le temps de se retrouver

à la rue sans aucun revenu. Elle est de plus en plus convaincue qu'il est mieux pour elle de bénéficier du statut d'indépendante et ainsi de risquer de reprendre le travail dans des conditions peu sécurisantes. Seulement, pour bénéficier de ce statut d'indépendante, elle doit donner son adresse de résidence – ce qui était déconseillé par l'ASBL.

Dans son ethnographie, Philippe Bourgois faisait part d'un guêpier institutionnel fait de restructurations des démarches pour obtenir des aides de la sécurité sociale. Le recours aux aides dont les pauvres pouvaient bénéficier était empêché par des changements tous les six mois des documents demandés. Cela permettait à la sécurité sociale d'éjecter 10 à 15 pour cent des attributaires à cause de documents manquants chaque année (Bourgois, 2001).

Ce guêpier institutionnel est comparable il me semble à ce que vivent les personnes précaires en Belgique aujourd'hui. Les mécanismes sont dissemblables et je pense avoir seulement entre-aperçu le méandres du recours aux aides sociales étant donné que mon travail de terrain n'aura duré que quatre mois. Je n'ai donc pas pu suivre une personne dans ses démarches au CPAS sur une longue durée. Le parcours de Louise au CPAS manifeste du phénomène de non-recours⁶ aux droits sociaux à la suite des freins qui s'imposent aux personnes dans le besoin. Il y a deux types de non-recours selon Denis et Chareyron : le non-recours primaire et le non-recours secondaire (Anne & Chareyron, 2017). Le premier serait dû à une analyse coûts-bénéfices – stigmates liés à la perception de l'aide sociale, coûts de transaction des démarches, etc. - de la part de la personne ayant droit à bénéficier à l'aide publique alors que l'accès à l'information n'est pas toujours garanti. Le second type de non-recours concerne la conduite de l'organisme qui permet l'octroi de l'aide sociale – conduite de la procédure, erreurs ou sélectivité de la part de l'administration. Alors qu'elle s'expose au stigmate personnel et social en demandant de bénéficier du RIS – le stigmate fait partie des freins théorisés au recours aux aides sociales –, elle fait face à des freins administratifs, à l'indisponibilité, à la rigidité et au manque de professionnalisme de son assistante sociale de référence du CPAS.

⁶ Le non-recours se réfère au phénomène selon lequel des personnes ne bénéficient pas des droits ou des offres publiques auxquels elles peuvent prétendre (Warin, 2009)

Ainsi, dans *Drogues de rue*, Pascale Jamoulle disait la complexité des parcours d'accès au système de protection sociale et aux soins pour les personnes marginalisées, sans domicile et en désinsertion socio-administrative en raison des rigidités administratives (2000). Bien qu'aujourd'hui, théoriquement, l'accès aux soins a été sensiblement amélioré en théorie pour les personnes sans papiers et sans adresse, en ce qui concerne l'accès aux aides sociales, de part cette expérience, s'il y a eu une amélioration, en pratique, le parcours d'accès aux aides sociales est toujours semé d'embûches.

Pour des personnes précaires administrativement désinsérées, il est très compliqué et fastidieux de prétendre rapidement à leurs droits en termes d'aide financière. Cependant, on peut noter l'évolution en ce qui concerne l'accès au soin de santé. En effet, le processus – la demande d'AMU – est aujourd'hui plus rapide et moins rigide en termes de conditions d'accès. Néanmoins, cela nécessite de bénéficier de l'accompagnement ou du soutien d'une assistante sociale. De plus, l'AMU pose des limites qui peuvent ne pas plaire aux personnes bénéficiaires. Par exemple, quand Louise a enfin obtenu une carte AMU et a appris qu'elle ne pourrait pas choisir son médecin, elle était très déçue. Elle était également agacée lorsqu'elle a su la durée très courte (trois mois) de validité de la carte en question - d'autant que l'assistante sociale ne l'avait pas prévenue de l'obtention du fameux document. Elle devrait donc rapidement suivre le même processus chronophage et éprouvant des rendez-vous avec l'assistante sociale du CPAS.

Pascale Jamoulle parlait des conditions d'accès et des délais administratifs qui présenteraient des freins dans le recours au système de protection sociale et engageraient les personnes consommatrices en situation de précarité dans les systèmes de survie clandestins (2000).

Pour une personne sans papiers belges et ne pouvant prouver de sa présence sur le sol belge depuis un temps long, il était impossible pour Louise de prétendre directement à un revenu d'insertion sociale. Administrativement, elle venait d'arriver sur le sol belge et bénéficiait donc d'un visa touristique. Or, cela fait dix ans qu'elle vit en Belgique et y travaille comme prostituée. Pour entrer dans les conditions demandées, elle devra attendre au moins trois mois, le temps de perdre ce statut de touriste. Ce temps, elle ne l'a pas. Elle

finirait à la rue. Elle décide donc de reprendre le travail malgré le climat d'insécurité actuel dû aux mesures contre la propagation du COVID-19 - elle m'explique que les risques encourus sont très dissuasifs si les autorités la démasquent - et à la vulnérabilité à laquelle elle se condamne en n'étant assurée d'aucune protection – les lieux adaptés sont fermés, et sans eux, il n'y a pas protection dans le cas d'un client violent par exemple. Bien que Louise travaillait déjà dans ce milieu avant la crise sanitaire, ces freins à l'obtention de droits et le coronavirus ont accentués ses vulnérabilités – économique et de santé – et l'ont poussé à retourner à une stratégie de survie dont elle a conscience des dangers.

Après deux ou trois mois de tentatives, de rendez-vous – annulés ou non -, de nombreux appels et autres mails presque toutes les semaines, Louise est découragée et épuisée. Elle veut abandonner et s'en sortir sans l'aide du CPAS. Il y a là une perte de confiance du système et du personnel administratif censé accompagner la personne dans un processus de réinsertion. Sortie humiliée de ces démarches – avoir demandé de l'aide, s'être vue traitée d'une manière dédaigneuse, irrespectueuse – elle change d'état d'esprit et se montre fière, fière de s'en sortir seule. De fait, les administrations dans lesquelles les personnes peuvent faire valoir leurs droits – au RIS par exemple – sont des lieux dans lesquels des statuts sociaux sont assignés et avec eux, une place symbolique et une identité. (Desprès, 2008) Les procédés administratifs peuvent être emprunts de jugements et de discriminations, ils peuvent ainsi provoquer la fuite des personnes « fragiles » qui ne supportent pas ces violences (*ibid.*). La pauvreté y est, entre autre, un facteur de stigmatisation : les personnes demandeuses ressortent humiliées d'avoir à demander de l'aide et intériorisent le jugement moral qu'elles y ressentent, en tant que « profiteuses » (Jovelin, 2017).

Aussi, l'obtention des droits dépend de la légitimité à laquelle le fonctionnaire attribue à la personne demandeuse, ce qui dépend également du fonctionnaire : de sa conception de la loi et de la catégorisation sociale faite de la personne demandeuse. (Desprès, 2008) Louise m'avait fait part, par exemple, de l'animosité des assistantes sociales d'un CPAS après qu'elles aient su le travail de Louise – dès lors, elle a ressenti qu'elle ne pourrait rien attendre d'elles. Ainsi des attitudes stigmatisantes, sur la pauvreté,

le travail du sexe ou la consommation de drogues, de la part de ces institutions peuvent provoquer l'abandon des démarches de demande d'obtention de leurs droits des personnes en situation de grande précarité. Blessées dans leur dignité et dans leur estime de soi, elles préfèrent couper certaines dépenses essentielles que de voir leur image dévalorisée. Elles évitent de la même façon de devoir entretenir des relations de dépendance et de domination avec leurs interlocuteurs des administrations. (*Ibid.*) Ainsi, Louise revendique alors sa capacité à s'en sortir seule : ce n'est pas grave, elle va prendre des risques et recommencer à travailler dans de mauvaises conditions.

Philippe Bourgois explique dans son ethnographie que Primo, son ami dealer dans *East Harlem*, se montre fier d'avoir pu s'en sortir seul grâce à l'économie souterraine alors que le marché légal l'avait rejeté. À la manière d'un dispositif défensif, cette fierté permettrait à Primo de ne pas être aux prises de la marginalisation et de l'exclusion, auxquels il est condamné dans le contexte socio-économique en question au vu de son origine à New York. (Bourgois, 2001)

Comme Primo, Louise répond au rejet et à l'humiliation par la revendication de son indépendance, qui apparaît comme source de fierté. Pourtant, cette solution de « s'en sortir seul.e » est inévitable, même si aux yeux de l'Etat elle est extralégale ; pour ces deux personnes, se complaire dans la misère est inenvisageable.

Violence ordinaire et physique en tension

Ce vendredi, je me rends à 18h dans les locaux d'une ASBL. Comme d'habitude lorsque j'y passe la soirée, il s'agit d'un accueil communautaire où les personnes bénéficiaires sont invitées à passer du temps à discuter, boire un café... Entre travailleuses et travailleurs, les temps de préparation et de transition se passent comme à l'ordinaire entre échanges d'informations importantes de suivi sur les personnes usagères et bavardages anodins ; les repas des uns et des autres ; des cigarettes fumées... Ce soir, dans l'équipe qui assure le déroulement de l'accueil communautaire, il y a : Maude, travailleuse sociale, Mélanie, assistante sociale, Alexandra, travailleuse sociale, Éric, infirmier et Ahmed, travailleur social.

À partir de 19h, les membres de l'ASBL commencent à s'occuper de l'ouverture. De mon côté, je me dirige de mon côté vers le comptoir pour assurer le suivi des présences et la distribution du matériel de consommation stérile - dans le cadre de la réduction des risques, l'ASBL distribue du matériel à usage unique. J'attends là-bas que les premières personnes se présentent. Quelques minutes s'écoulent jusqu'à ce que j'entende des cris et des bruits qui viennent de l'extérieur. Je me dirige vers l'entrée pour voir ce qu'il s'y passe.

Il y a déjà deux travailleurs présents. Je vois une femme couchée sur le côté à terre - il s'agit de Catherine. Amir, qui comme à son habitude flâne devant la porte pendant les soirées de l'accueil communautaire du lieu, me demande de chercher quelque chose. Avec tous les bruits des personnes autour, je ne comprends pas et lui demande de répéter. Il me dit : « *Est-ce que vous avez un oignon, ou autre chose pour la réveiller ?* ». Sans réfléchir, je pars vers la cuisine pour chercher un oignon ou un ou une infirmière. Je tombe sur Éric et je lui explique rapidement ce qu'il se passe, je reviens avec lui et Ahmed à l'entrée mais je reste dans le bâtiment pour ne pas trop me mêler de la situation. Entre temps, quelqu'un a fait entrer Benji, qui déambule entre l'extérieur et le couloir de l'entrée. Dehors, il y a Amir et Vanessa, un couple fréquentant souvent l'ASBL, des voisins, Catherine par terre, Thomas et Jeremy. On essaie de comprendre ce qu'il se passe, comment Catherine s'est trouvée couchée à terre et pourquoi Jeremy et Thomas sont énervés contre les voisins.

Plus tard, après avoir recoupé les témoignages des personnes présentes, nous avons appris que Catherine était énervée et cela agaçait Jeremy. Ce dernier lui a demandé de se calmer, elle l'a empoigné et griffé au bras et au cou, il l'a alors aussi empoignée contre le mur, elle est tombée sur le sol en faisant une crise d'angoisse. Vanessa et Amir essayent de calmer les deux personnes pendant toute la scène. Pendant cette altercation, deux voisins, un homme et une femme, filmaient depuis leurs foyers respectifs. Proche de Jeremy, Thomas essaie aussi de le calmer pendant la confrontation.

Au moment où Catherine est au sol, Jeremy et Thomas remarquent que les voisins sont en train de les filmer depuis leurs fenêtres. Ils réagissent violemment et commencent à interpeler les voisins et leur demander de descendre et les rejoindre dehors. C'est à ce moment également que l'équipe de l'ASBL présente commence à se rendre compte des événements. Mélanie va directement voir Jeremy pour discuter calmement avec lui.

Il y a plusieurs personnes qui entravent ma vue sur la rue, depuis le couloir, je ne comprends pas tout ce qu'il se passe. Je n'ose pas sortir pour confronter les personnes incluses dans la scène car je ne les connais pas suffisamment. Jeremy et Thomas crient sur le voisin. Au début, je ne vois pas ce dernier. Le voisin, son fils et une autre voisine sont descendus, l'homme tend son téléphone vers les bénéficiaires de l'ASBL, le flash allumé. Cette provocation fait « vriller » Thomas, à ce moment-là « *il avait le démon* ». Trois travailleuses sont dehors et tentent de calmer Thomas, Jeremy et aussi les voisins qui ne veulent pas laisser les bénéficiaires tranquilles. La violence verbale fait rapidement place à de la violence physique, du côté des personnes qui fréquentent l'association. Une bouteille en verre est lancée sur un mur, à côté des voisins. Heureusement personne n'a été blessé.

Le voisin continue les provocations – pendant la scène, il lancera aux travailleuses et aux personnes bénéficiaires des propos tels que : « *c'est bien beau votre association* » ; « *je vais vous faire fermer moi* » ; « *de toute façon, c'est ça les drogués* », ... De leur côté, malgré les efforts des travailleuses, Jeremy et Thomas s'énervent d'autant plus et le menacent. Pour autant, le voisin ne recule pas quand un des bénéficiaires court vers lui pour le frapper. Il le frappe une fois, le voisin reste droit comme un i et tendu vers la personne qui le violente. Après le deuxième coup, une travailleuse parvient à écarter la

personne bénéficiaire mais le voisin campe sur ses positions et continue de chercher la provocation. Amir essaie toujours de calmer Jeremy mais il s'en va quand la situation devient trop tendue et qu'il devient clair que la police va devoir intervenir – d'autant que Catherine les a appelés pour dénoncer l'agression dont elle aurait été victime, tout comme la voisine.

Le voisin est toujours en train de filmer jusqu'à ce que Thomas court vers lui pour lui prendre son téléphone et le jette au sol à plusieurs reprises pour le détruire. Ahmed le récupère au sol et le rend au voisin.

Mélanie calme Jeremy mais Thomas est un électron libre, il se contient quelques secondes puis repart à la charge. D'un coup, il se rue sur le voisin avec une grosse branche. Alexandra se trouve en travers de son chemin – alors qu'elle essaie de le convaincre de rentrer chez lui pour calmer les bénéficiaires, qu'il est clairement et volontairement en train de provoquer. Quand il prend conscience de sa présence sur son chemin, il freine et l'effleure à peine.

Jeremy reste beaucoup en retrait, Mélanie le retient souvent, c'est Thomas principalement qui est difficile à contenir.

Maude et Alexandra essayaient pendant tout le temps de l'altercation de convaincre les voisin.e.s de rentrer chez eux pour pouvoir calmer Thomas mais la voisine s'énervait en néerlandais sur Maude et le voisin n'écoutait rien et s'évertuait à critiquer le travail de l'ASBL ainsi que ses travailleurs et surtout ses bénéficiaires.

Il est demandé aux personnes de quitter les lieux le plus vite possible, pour ne pas avoir d'ennui. Ainsi, Mélanie a réussi à éloigner Jeremy et Thomas, elle leur parle au bout de la rue, pendant que nous demandons à Benji et Vanessa de quitter les lieux – la direction décide à distance de fermer boutique pour ce soir.

La voiture de police arrive et s'arrête à hauteur de Mélanie, Thomas et Jeremy. Ils parlent un moment, le voisin les rejoint. Peu de temps après leur arrivée, ils embarquent Thomas et Jeremy et le voisin les accompagne. Le voisin n'aura pas de soucis avec la police à ma connaissance tandis que Thomas et Jeremy passent la soirée au poste.

Trente minutes maximum après l'ouverture de l'accueil communautaire, tous les bénéficiaires ont quitté les lieux. Nous fermons les portes. Nous avons le chien de Jeremy avec nous, Mélanie décide de rester jusqu'à trouver une solution – soit Jeremy pourra le récupérer ce soir, soit le donner à une organisation compétente dans ces cas-là. Mélanie nous dit qu'elle va rester jusqu'à ce qu'elle ait des nouvelles du déroulé de la soirée à la police de Thomas et Jeremy. Tous les membres de l'association restent pendant une heure. Nous en profitons pour débrief, échanger les ressentis et croiser les témoignages et surtout relâcher la pression. Nous déroulons les événements et chacun.e exprime son ressenti sur la soirée. « *Il me faudra trois semaines pour m'en remettre* » dit Éric sur un ton sarcastique avec un sourire. Il semble que presque tous.les et tous ont été choqué.e.s de la situation de violence mais aussi, et surtout, de la provocation des voisins. Les personnes sont également sensibles au fait que le prix à payer va sans doute être lourd pour Thomas et Jeremy. Il y a là un sentiment d'injustice qui les attriste mélangé à, pour certains, à une conscience de la dangerosité potentielle de la situation, qui est loin d'être très sécurisante dans un climat de travail.

J'apprends également que c'est n'est pas la première fois que ce voisin filme des personnes qui fréquentent l'association. Un jour, Éric a remarqué que le voisin le filmait alors qu'il était en train de garer la camionnette de l'ASBL. Il aurait également jeté de la soupe sur des personnes bénéficiaires de l'ASBL. Il a aussi bousculé une travailleuse et montré son animosité par rapport au travail de l'association, ses travailleur.euse.s et ses bénéficiaires à d'autres occasions. Selon moi, le voisin adopte une stratégie pour matérialiser ses préjugés dans la réalité. J'aurai tendance à postuler l'hypothèse selon laquelle cette personne espère parvenir à des arguments légaux afin d'obtenir le déménagement de l'ASBL ou à sa fermeture. Pendant les événements décrits ci-dessus tôt il dit d'ailleurs : « *je vous ferais fermer* ».

Des ethnographes ont déjà mis en lumière l'impact des représentations stigmatisantes semblant justifier ce genre de provocations ou de violences institutionnelles sur les personnes pauvres qui consomment des drogues. Dans *drogues de rue*, Pascale Jamoulle décrit la manière dont les constructions sociales autour du « toxicomane » participent des violences institutionnelles, par la déshumanisation du

patient ou de la personne éligible à certains droits sociaux, subies à travers les processus de soin et d'aide sociale (2000).

Dix ans auparavant, dans son ethnographie sur la culture de la rue liée au crack à New York, Philippe Bourgois mentionne le mécanisme qui consiste à mobiliser des représentations négatives pour attiser la peur liée à une culture spécifique. Cela permet de déshumaniser la communauté en question et de justifier la violence que les membres de cette communauté culturelle vivent et/ ou perpétuent. Dans le cas de l'ethnographie de Philippe Bourgois, il est question de justifier la ségrégation raciale, la marginalisation économique et la faillite du service public (2001 : 67).

La relation entre le voisin de l'association et ses bénéficiaires relève selon moi de ce genre de mécanisme. Il y a tout un ensemble de constructions sociales autour de la figure du toxicomane auxquelles se réfèrent certain.e.s citoyennes. Au-delà de la mobilisation des préjugés qui entourent les personnes consommatrices de drogues, dans ce cas, l'individu cherche à valider sa haine de l'autre et à rassembler les conditions nécessaires pour provoquer de la violence. Cette violence qu'il aura réussi à engendrer lui sert à démontrer les tares qu'il associe aux « toxicomanes » : « *ils sont violents... C'est toujours comme ça avec eux !* ». Ainsi quand il voit que les personnes qu'il s'acharne à provoquer menacent de le frapper, il descend de chez lui ; lorsqu'elles sont sur le point de le frapper, il s'avance, les bras le long du corps. Il ne recule pas après une gifle, il attend et essaie de pousser encore plus loin la confrontation.

Dans l'imaginaire du voisin, selon les constructions sociales, la personne toxicomane est de nature violente, il salit et détruit la ville. Il ne cherche pas à comprendre, ni à expliquer, ni à communiquer. Il n'écouterait pas quand Thomas lui dira que lui et son ami « n'ont rien pris » – cependant, je ne peux nier que ce soir-là ils étaient soûls. Le voisin déclare d'emblée Jeremy et Thomas comme « déviants » sur base de leur fréquentation d'une ASBL qui propose des services aux personnes consommatrices. Effectivement : « les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme des déviants » (Becker, 1985 : 32-33). La déviance est donc le résultat de l'usage de normes et de sanctions sur un transgresseur par les autres et non une

caractéristique de l'acte en lui-même posé par une personne. Ici Jeremy et Thomas ne coïncidaient pas vraiment avec l'étiquette déviante attribuée par le voisin. Cependant, la personne déviante est étiquetée comme telle selon un comportement que la société semble penser qu'il applique et qui serait contraire aux normes sociales (Becker, 1985). Les préjugés du voisin, qu'il veut prouver, le pousse à provoquer les déviants dans ce qu'il pense que leur nature les pousse pour justifier la violence dont il fait preuve, gratuitement, envers ses voisins, l'ASBL et ses usagers et travailleuses.

Dans son séminaire *De la violence*, Françoise Héritier introduit le sujet en rappelant la pluralité des formes de violence (1996). Il n'existe pas une seule violence, celle qu'on nomme « physique ». Il est des violences qu'on appelle « ordinaires » qui sont exercées dans le cadre de rapport de domination sur les catégories de personnes dominées par la majorité ou selon des principes idéologiques. Françoise Héritier délimite ses victimes : les femmes, les enfants et les exclus du système social. Elle définit la violence comme :

« Toute contrainte de nature physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être animé ; tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés "... Des violences se veulent légitimes : ce sont celles de la Loi, et des peines appliquées à ceux qui l'enfreignent. Selon leur nature et leur diversité, elles posent la question des conditions de légitimité de la révolte et de l'insoumission. »

(Héritier, 1996 : 17)

Le facteur commun de ces violences est, selon elle, la négation de l'humanité de l'Autre. C'est donc dans le contact avec l'Autre que nous définissons différent qu'Héritier voit la violence émerger. La rencontre d'une altérité entraîne une projection de non-identité. De cette rencontre avec cet être de nature différente naît la peur et la panique face à l'Autre et ses défauts présumés projetés sur lui. Dans cette perspective, Michaud définit la violence dans un rapport interactif comme suit :

« Un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, en une fois ou progressivement, en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variables soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles. »

(Michaud, 1978 : 20).

La violence physique dont a fait preuve Thomas et dans une moindre mesure, Jeremy, était une réaction à la violence ordinaire et symbolique que les personnes usagères de drogues et en situation de pauvreté doivent subir quotidiennement.

De fait, cette violence « ordinaire » s'exprime tous les jours et de façon globale. Héritier théorise cet état constant qui explique la violence ordinaire question comme de l'« hystérie politique, comme un état durable de frayeur collective qui s'empare d'un peuple à la suite d'un grand malheur, d'une expérience traumatisante, se nourrit volontiers de la peur des Autres conçus comme menaçants pour l'intégrité physique de la collectivité. » (Héritier, 1996 : p.55) Nos constructions du signifiant sont emprunts de cette « hystérie », elle participe d'un imaginaire idéologique basé sur la peur avec comme fin l'exclusion des personnes représentant un Autre considéré comme dangereux ou dérangeant. (Héritier, 1996)

De ma courte expérience de terrain et sur base de témoignages des personnes travaillant dans les ASBL, ces constructions sont mobilisées par les personnes qui voient leur lieu de vie investi par les personnes qu'elles stigmatisent de ces préjugés et constructions sociales. Ici, le voisin est connu des travailleurs et travailleuses depuis le début de l'emménagement de l'ASBL dans le quartier. Il a tout de suite montré son désaccord envers le projet de cette dernière et son dégoût des personnes qu'elle faisait venir dans sa rue – il a bousculé une travailleuse, jeté de la soupe sur des personnes bénéficiaires de l'ASBL dans la rue, etc.

Je propose une autre situation pour illustrer les représentations qui entourent les personnes consommatrices de drogues. Ainsi, dans la même veine, un jour alors que nous allions, avec deux travailleuses sociales, tenter d'entrer en lien avec les personnes dans un squat en dehors de la zone visitée lors des maraudes habituelles. Ne connaissant pas

les personnes demeurant dans la maison, nous toquons à la porte et attendons. Dans l'espace public, les travailleurs et travailleuses sociales sont très facilement reconnaissables. Nous portons de gros sacs à dos, notre démarche est plus ou moins lente en fonction du lieu. Nous sommes attentives à notre environnement et scrutons autour de nous.

Alors que nous patientons, une femme de passage dans la rue nous interpelle : « *Vous connaissez les gens qui vivent ici ?* » Nous restons quelque peu interdites, Maude répond très vaguement. La personne continue : « *Parce qu'ils sont dangereux, ce sont des drogués. Il y a des enfants ici, vous savez ?!* ». Là, nous sommes figées mais elle persévère et reprend : « *Et vous les aidez ?* ». Maude répond rapidement et sèchement pour clore la conversation, ainsi la personne reprend sa route.

Le climat de peur est bien présent. Pourtant, en ayant rencontré les personnes vivant dans ce lieu, je ne comprends pas cette crainte : les personnes, discrètes, ne semblaient pas vouloir être remarquées. De plus, quand nous sommes entrées en communication avec les habitants de cette maison, il était clair qu'ils consommaient peu et que la plupart étaient en transition. Il s'agissait pour la plupart de personnes qui cherchaient à rejoindre l'Angleterre ou repartir vers la France. Des documents de demande d'AMU ont été remplis ; ils nous ont demandé des médicaments.

Il est difficile d'émettre une analyse complète de ce lieu mais les personnes que l'on y a rencontré cherchaient à rester discrets. L'endroit était un lieu de passage où les gens arrivaient, vivaient pendant une semaine et partaient - c'est d'ailleurs pourquoi nous n'avons pas décidé d'y retourner : le lien ne peut se construire dans un lieu de transition.

Cette dame effrayée était certainement peu informée de qui vivait dans le squat. Une peur liée à des constructions sociales sur les toxicomanes, et certainement des personnes migrantes, est entretenue alors même que les personnes qui sont à la source de cette peur ne sont pas forcément des toxicomanes. Toutefois, iels rejoignent peut-être des aspects qui sont associés à cette étiquette : iels sont racisés et sans papiers.

Espaces partagés, espaces contrôlés

Les questions de l'espace et du partage de l'espace me semblent fondamentales dans le cadre des deux situations que je pose ici. Les personnes remettent en question le droit de ceux et celles qui consomment à priori des substances psychoactives à occuper l'espace au même titre que les autres citoyens et citoyennes.

Mauss définit un « fait social total » comme un système qui met en mouvement toutes les composantes sociétales (économique, politique,...) sociales ou individuelles (Mauss, 2021). L'espace en est un. Dans le cadre du cours d'anthropologie de la spatialité et de l'habité, nous avons eu l'occasion d'approcher l'œuvre du philosophe Otto Friedrich Bollnow et particulièrement son *Mensch und Raum* (Vuilleminot, 2019).

Il y constitue une théorie de l'espace anthropologique. Bollnow décrit l'espace comme dynamique et fait de reconstructions perpétuelles : il y résonne des aspects liés à l'environnement, au topos, aux conditions sociales et individuelles. Selon lui, l'environnement façonne la conscience spatiale - se laisser impressionner puis exprimer.

La maison est le centre névralgique de l'espace – et marque ainsi le départ d'un *axis mundi* -, ce lieu protecteur conditionne une conscience multi-spatiale dans et autour de la maison. Les individus composent et recomposent sans cesse (avec) l'espace et les pôles qui le constituent. L'espace se construit sur un temps présent ou momentané : une action peut construire l'espace le temps d'un moment.

Selon Bollnow, le sacré rencontre l'espace dans la conceptualisation de l'habitat comme lieu protégé. Cette sphère privée relève du sacré par le contrôle social et individuel qui lui est porté légalement. Ainsi pour entrer dans une maison, telle un temple sacré, il faut le consentement de l'habitant. L'habitant peut alors choisir qui peut ou non entrer dans son domaine et délimite de cette manière les étrangers de ses amis. Sur les murs de la maison se trouvent des fenêtres, ses yeux, depuis lesquels l'habitant peut observer le monde extérieur.

Nous devons la notion d'espace « hodologique » - des chemins, *hodos* en grec - à Bollnow ; il détermine l'expérience humaine réelle d'un parcours d'un point A à un point B sur un espace cartographique, qui prend en compte les données topologiques, physiques, sociales et psychologiques présentes sur le terrain et dans la vie quotidienne lors de tous nos déplacements. Que ce soit dans un contexte urbain ou sur un « paysage ouvert », la distance hodologique est empreinte d'enjeux socio-culturels.

Pour Bollnow, l'espace est ainsi intrinsèquement lié à la nature humaine, il définit des aspects de la vie commune. Au même titre qu'il le pense comme un « fait social total » au sens de Mauss.

La notion d'espace hodologique peut éclaircir la gêne et la crainte dont nous faisait part l'inconnue alors que nous, deux travailleuses et moi, attendions devant un squat. Les préjugés qu'elle portait sur les personnes vivant dans la maison lui faisait craindre pour les personnes faisant route dans le quartier – notamment les enfants. Pour elle, des personnes qui consomment de la drogue sont dangereuses et affectent l'endroit dans lequel elles évoluent. Selon elle, elles transforment donc le quartier en une zone dangereuse, où les enfants ne sont plus en sécurité. Elle disait en effet : « *ils sont dangereux ; il y a des enfants qui vivent ici, vous savez ?* »

En outre, l'attention à l'importance de l'espace et de la maison dans l'œuvre de Bollnow met en lumière les raisons qui peuvent pousser le voisin de l'association à pousser à bout les usagers cette dernière – ainsi que ses employé.e.s. Sa maison est mitoyenne à l'association, et la fenêtre de son appartement donne directement sur le pas de la porte d'entrée où les usagers et usagères patientent, discutent... Un peu plus de la moitié de la semaine, des personnes se tiennent dans sa rue le soir ; font parfois du bruit, parlent, se chambrent, rigolent ou crient. Des déchets sont parfois laissés, mais souvent ramassés. Sans doute ces quelques nuisances le dérangent et envahissent son chez-lui, l'empêchant de ressentir la sensation de sécurité et de bien-être habituellement goûtée entre les murs d'un logis.

Cependant la rue n'appartient pas à ce monsieur, elle n'est pas sa maison ; il n'a pas de prise légale sur ceux qui la fréquentent. L'espace est le produit des actions et des interactions entre les groupes sociaux (Vuilleminot, 2019). Dans *La production de l'espace* d'Henri Lefebvre, œuvre à laquelle nous avons été introduits lors du cours d'anthropologie de la spatialité et de l'habité, Lefebvre conçoit l'espace comme un système qui s'inscrit dans un processus historique – ainsi il est imbriqué dans des histoires familiales, sociales et individuelles et en constante transformation. Ce processus comprend diverses étapes : la découverte ; la production de l'organisation socio-spatiale ; la création : du paysage, architecture, ... Cette genèse repose sur la simultanéité, tout est rassemblé. L'espace est, pour Lefebvre, le produit des actions et interactions entre groupes sociaux. De cette manière, au sein de l'espace de la ville, les relations qui s'y matérialisent s'inscrivent dans des rapports de (re)production, d'échanges qui forment un projet social.

L'espace donne ainsi beaucoup à penser et se révèle un axe d'approche fondamentale pour comprendre les relations tendues et parfois tumultueuses entre les citoyens et citoyennes consommatrices de drogues et leurs voisins de quartier. Les deux situations développées plus haut se tiennent dans l'espace public – que tous les citoyens et citoyennes peuvent investir. Certes Habermas définit l'espace public comme :

« Un secteur de notre vie sociale dans lequel quelque chose qui se rapproche d'une opinion publique peut être formé. L'accès y est garanti à tous les citoyens. Une portion de l'espace public vient à exister dans chaque conversation dans laquelle les individus privés se rassemblent pour former un public ».

(Habermas, 1984 : 49)

Cependant, les protagonistes externes que sont les voisins et ou voisine sont tout de même mécontents et mécontente d'être forc.e.s à cohabiter au sein de leur quartier ou de leur rue avec des consommateurs de drogues. Iels semblent penser qu'il est légitime pour eux de remettre en question le partage de leur territoire, alors même qu'il reste par définition partagé étant donné qu'il s'agit de l'espace public.

Ce partage est un phénomène qu'il n'est pas possible de contrôler de façon individuelle. À la lecture du *territoire urbain* (Huhn & Morel, 2003), les territoires apparaissent comme dynamiques, ils coulissent. Les espaces se meuvent en fonction du vécu des personnes, des relations interpersonnelles et du sens produit collectivement. (Vuilleminot, 2019)

Généralement il existe une bipolarisation de l'espace qui délimite les « zones » selon une frontière mobile. Le territoire est ainsi « marqué » et partagé : rive gauche, rive droite (ex : polarisation à Huy entre la rive gauche et la rive droite) ; haut, bas (ex : polarisation à Louvain-la-Neuve entre le haut de la ville et le bas de la ville). Le découpage des quartiers marque le sens social du lieu et des relations qui s'y jouent. La négociation participe de la mobilité de la frontière et du territoire. L'espace comme entité fait sens en lui-même. Les pratiques de l'espace ne désignent plus des aires géographiques mais des relations interpersonnelles : « avoir un coin » ; « trouver un coin » ...

Le territoire est alors un concept multi-sens qui nécessite d'être défini. En représentation, il mobilise l'imaginaire et des repères personnels : Pour les voisins mécontents, la rue et le quartier ne doivent pas être des lieux où des personnes consommatrices de drogues peuvent investir au même titre que les autres citoyens et citoyennes.

Ainsi, le territoire n'est pas donné ou fixe. Il est travaillé presque quotidiennement. Nous posons des limites mentales dans nos représentations du territoire. C'est ainsi qu'on peut se retrouver face à des « entre-deux » : un lieu frontière où il y a un basculement sur un autre monde. La fréquentation du territoire l'agrandit ou le rétrécit.

Le quartier dans lequel l'ASBL est installée était déjà investi par des tranches de la population dites marginalisées. Cette présence sur le territoire n'est pas nouvelle. En revanche, elle est située directement sur la rue en question depuis le déménagement de l'association – il y a trois ans. Il y a donc eu un changement dans cette zone du quartier qui touche les habitants et habitantes proches.

Maintenant, j'aimerais approfondir le contenu des discours qui sont tenus à l'encontre des concitoyens consommateurs et qui motivent autant de rejet. Dans un article

de Marie-Ève Carpentier et Michel Parazelli, ces derniers dégagent trois imaginaires desquels émergent les représentations socio-spatiales autour des « PSM » - personnes en situation de marginalité. Cette étude est située au Québec, cependant même si elle s’ancore dans un contexte spécifique de revitalisation des villes québécoises, les conclusions me semblent pertinentes dans une perspective comparative avec la situation belge actuelle des représentations des personnes en situation de précarité et potentiellement consommatrices de drogues. Par l’analyse des médias écrits francophones, les deux auteurs décryptent notamment l’imaginaire « écosanitaire ». (Parazelli & Carpentier, 2016) Je choisis de parler uniquement de cet imaginaire car c’est le seul qui est présent dans le discours des deux personnes rencontrées qui sont en désaccord avec la présence de leur concitoyens et concitoyennes à priori⁷ consommatrices de drogues.

Cet imaginaire « écosanitaire » est porté par une interprétation qui postule l’existence d’un équilibre naturel mis à mal par la présence des PSM dans l’espace public. Cette interprétation conduit à des discours sur la sécurité publique.

Les « PSM » sont vues comme des nuisances environnementales qu’il faut chasser. Les graffitis et les terrains vagues sont, dans ce discours, des marqueurs de présence des « PSM », ainsi sont naturalisées des pratiques spatiales de sociabilité. Les auteurs et autrices de ce discours postulent une loi écologique selon laquelle les personnes marginalisées fréquentent naturellement les lieux désaffectés, sombres, sales, vides et laids. Quatre dualités de représentations socio-spatiales constituent l’imaginaire « écosanitaire » : insécurité / sécurité ; saleté / propreté ; incivilité / civilité ; sauvage / cultivé.

L’article détermine les citoyens comme porteurs principaux de cet imaginaire ; les « PSM » menaceraient leur qualité de vie et leur sécurité. Selon eux, ces derniers tâchent le paysage urbain et menacent la sécurité de ses habitants.e.s. Ils sont sales et violents ;

⁷ Je note « à priori » car cette présomption est sans réel fondement. Les personnes habitant le squat ne consommaient vraisemblablement pas ; Jeremy et Thomas étaient saouls mais n’avaient rien consommé d’autres. Certes l’alcool est une drogue mais je ne soupçonne pas que ce fait soit établi dans l’imaginaire collectif et je doute que le voisin ait tant de véhémence à cohabiter avec d’autres consommateurs d’alcool.

quand on s'en débarrasse, on « nettoie » tel endroit. Les « PSM » sont également associés à des qualités telles que la sauvagerie, le non-domestiqué, l'inhospitalier et l'envahissement.

Il y a là des relations de pouvoir qui sont invisibilisées dans cet imaginaire où les personnes naturalisent des pratiques spatiales et comportementales et dépolitisent les problèmes par des considérations sanitaires. Ainsi leurs intérêts économiques et résidentiels sont dissimulés grâce à la mobilisation d'un concept d'équilibre social et la nécessité de réguler des « nuisances environnementales ».

La représentation naturaliste des relations socio-spatiales est tellement enracinée dans l'imaginaire collectif qu'elle fait office de « rationalité préthéorique » « et devient en fait ce que Korosec-Serfaty (1991 : 241) a appelé une « morale spatiale » guidant notre jugement sur la valeur sociale des lieux en établissant notamment une relation d'adéquation entre les « restes urbains » et les « restes humains ». » (Parazelli & Carpentier, 2016 : 60)

Les deux voisins mobilisent très clairement l'« imaginaire écosanitaire » en associant les personnes qui consomment prétendument des drogues à des comportements violents, dangereux et sales qui mettent en péril l'équilibre des quartiers. Leur argument principal est la protection du bien-être public et sanitaire.

Aux origines de la violence

Comment expliquer des réactions si fortes – de méfiance et de provocation - à l'encontre de personnes usagères de l'ASBL ou simplement catégorisées comme « droguées » ? Françoise Héritier a mené des séminaires d'exploration de la violence. Dans son recueil du deuxième séminaire, Françoise Héritier explique la matrice de la violence et de l'intolérance en revisitant la dualité masculin/ féminin à l'origine des dichotomies structurelles qui sont aux fondements de la classification des êtres animés et inanimés d'après leur identité ou leur différence. (Héritier, 1999)

Ainsi Françoise Héritier démontrait dans *masculin / féminin* que la différence sexuée fondait la catégorisation binaire de l'identique et du différent par laquelle la « forme de notre espace mental » a été façonnée (Héritier, 1998). Ces dualismes qui servent à organiser, penser et représenter le monde sont universels et se constituent sur base de la même dichotomie sexuée dans tous les discours qu'ils soient cosmologiques, scientifiques ou ordinaires. Il y a là un besoin de catégoriser en opposant. Cette opposition fonde une hiérarchie, donc une domination. Cette domination du masculin sur le féminin serait la « matrice primordiale et universelle des rapports sociaux et de toute pensée » (Héritier, 1999 : 324)

Outre le besoin de classer, il y a d'autres besoins primaires qui par leur résolution vont alimenter une ambivalence dans les rapports entre l'identique et le différent. Dans les sociétés humaines, il y a alors deux constantes selon Françoise Héritier : le besoin d'entretenir un « entre-soi ». Il prend deux formes, l'une liée au genre – qui est exclusivement réservée aux hommes dans le but de conserver le contrôle sur les femmes ; l'autre est lié au territoire et à la consanguinité : il définit le désir d'être avec les siens. Il a fallu lutter contre le désir d'« entre-soi » lié au territoire et à la consanguinité pour créer du lien social.

Dans ces besoins ou désirs d'« entre-soi » résident d'autres besoins. Il y a en premier la nécessité de satisfaire ses besoins primaires, de bien-être et son envie de plaisir ; en premier pour soi et ensuite pour ses proches et les personnes identiques à soi. Le besoin de sécurité et de confiance est le second besoin. Pour se reposer et se relâcher, il est nécessaire de se sentir en sécurité et de faire confiance. Aux autres identiques la confiance est généralement accordée spontanément. La confiance peut entraîner l'amour, le respect, l'attirance et l'acceptation de l'identique ; et au contraire, la méfiance amène l'intolérance, le rejet, le mépris, la haine et la répulsion. Dans la même ligne directrice, la construction du soi et de l'autre suivent les constructions de l'identique et du différent et ainsi conditionnent la méfiance et la confiance.

Vient après le besoin de conformité, le besoin de se coordonner, de se modeler et de modeler d'autres personnes, comme ses enfants par exemple, dans le but de faire un avec l'image de Soi qui correspond avec l'identité commune prétendument partagée. Le

quatrième besoin énoncé est le besoin de protection, de soi et de ses proches ou semblables. Ce besoin va de pair avec des comportements agressifs ou de destruction envers les personnes différentes, ou de mise à distance de ces dernières.

Le cinquième besoin est celui de contrôle et de domination, il est issu des besoins de protection et de modelage. Il s'incarne au sein des hiérarchies et produit des relations entre dominants et dominés. Cette domination peut s'exercer à la fois sur les siens et les autres.

Le dernier besoin réside dans le sentiment profond du juste et de l'injuste, lui-même lié à la conscience de soi et de sa dignité. Cette nécessité implique beaucoup d'autres finalités autour de la libre disposition de soi, la maîtrise de son destin et de ses actes. Il y a également le besoin d'inviolabilité du corps, de l'esprit et du territoire de soi et ses proches qui est issu du sentiment du juste et de l'injuste qui n'est pas sans rappeler la situation de mésentente avec le voisin de l'association.

La violence s'imisce alors « dans les interstices non réglés du jeu entrecroisés de ces divers (et nécessaires) besoins » (Héritier, 1998 : 328).

Dans les cas extrêmes d'annihilation de groupes entiers, le but de la manœuvre et l'origine de l'intolérance se situent dans le désir d'affirmer la cohésion de semblable à l'identité identique à un « Moi » dominant. L'intolérance est alors un outil pour garantir des intérêts qui sont considérés comme menacés. Nombreux sont les cas où l'impureté ou le sale, sur base d'arguments physiologiques et biologiques, justifie de telles extrémités d'exclusion et de destruction. Ces arguments accompagnent le discours selon lequel l'autre, l'impur, est différent de soi par sa manière d'agir, de ressentir. Il ne partage pas la même humanité finalement, l'autre est moins qu'un Homme. Il est donc légitime de le rejeter, de lui nuire, de le tuer ou de l'annihiler. Dans les cas où l'autre est associé à la saleté, elle produit de la répulsion. A cette saleté est associé l'animalité qui justifie le rejet et l'extermination par des prétextes sanitaires et moraux – liés à une menace de souillure morale.

Ainsi, se définir par opposition est universel et Françoise Héritier fait le constat d'une « nécessité interne à la recreation sans cesse de différences au sein de groupes

d'homogénéité dont la dilatation paraît d'un coup trop grande » (Héritier, 1998 : 333). Ce n'est donc pas étonnant de constater un rejet et des humiliations des personnes marginalisées à cause de leur fréquentation d'une ASBL pratiquant la réduction des risques. « Prendre de la drogue » est un comportement qui manifestement induit des réactions violentes emplies de crainte et de jugement et qui se traduisent par du rejet, de la violence ordinaire et du dégoût.

Ainsi c'est la nécessité de diviser qui induit une domination de groupes sociaux sur d'autres groupes sociaux. Je pense qu'on peut postuler l'existence de la dualité opposant les personnes usagères de drogues aux personnes non-consommatrices – même si selon moi l'existence d'une telle dichotomie est hypocrite compte tenu de l'usage généralisé, banalisé et socialement valorisé des substances psychoactives légales telles que l'alcool et le tabac.

Cette dualité est cependant présente et, au regard de l'analyse de la matrice de la violence et de l'intolérance de Françoise Héritier, fonde un paramètre qui peut engager les personnes à rejeter les autres identifiés comme faisant partie du groupe composant les personnes « différentes », en l'occurrence les personnes qui consomment des drogues. Le désir d' « entre-soi » est indéniable, les non-consommateurs s'indignent de se voir obliger à partager l'espace public avec les consommateurs. Quand l'inconnue dans la rue nous dit qu'il ne faut pas aider les personnes vivant dans le squat parce qu'elles sont des « droguées » et que des enfants vivent dans le quartier, elle craint certainement pour la sécurité des enfants – elle exprime donc un besoin de sécurité et manifeste la méfiance qu'elle éprouve. Cette méfiance peut se muer en intolérance, rejet, mépris, répulsion et haine. N'ayant pas pu échanger avec cette personne plus d'une fois, je n'ai pas de données plus approfondies ; cependant je peux avancer sans trop avoir peur de surinterpréter qu'elle montrait de l'intolérance et du rejet sur les personnes visées.

Le voisin de l'ASBL, quant à lui, va plus loin, ses comportements agressifs envers les membres professionnels de l'ASBL et ses bénéficiaires peut traduire un besoin de protection de soi et de ses « identiques ».

Selon Françoise Héritier, un équilibre de ces désirs et besoins est maintenu dans les sociétés grâce aux lois sociales et morales sur base de ce qui est considéré comme bien ou mal (Héritier, 1999). Même si consommer de la drogue est considéré comme un mal dans la société depuis, au moins, la Loi de 1921 (Lequarré & Verjans, 1996), il me semble qu'aujourd'hui règne une certaine ambiguïté sur les individus qui consomment des substances psychoactives de manière irrépessible. D'abord figure d'altérité, la personne consommatrice personnifie un Autre mais qui peut être traité avec de bonnes (ou mauvaises) intentions (Manero, 2017). La ou le toxicomane peut à la fois être considéré comme un délinquant ou comme un malade. À la fois victime, aliénée d'un produit qui perd son autonomie de pensée et d'action et engagée dans un désengagement de ce qui la lie à la société et à ses semblables (Hoareau, 2016) ; à la fois un délinquant qui, dans leurs pratiques de consommation, commet des délits et pérennise ces comportements pour pouvoir à sa dépendance (Manero, 2017). Cette ambiguïté stigmatisante laisse de la place aux « entrepreneurs de moral » (Becker, 1985) tel que le voisin, qui tentent de renforcer ou réasseoir la norme selon laquelle les personnes consommatrices sont des individus sales, violents, indignes de bénéficier d'aides ou simplement de ses droits minimums en tant qu'humain – effectivement, l'ASBL contribue à proposer des services essentiels qui rentrent dans les droits humains à ces personnes, sinon ils en sont exclus.

Florence Burgat rend compte, dans *De la violence II* de Françoise Héritier, du processus de légitimation de la violence par lequel elle est justifiée par l'animalité dont feraient preuve ses victimes – au point d'en être plus proche que de l'humanité. L'animalisation participe aussi de la stigmatisation de l'infériorité des personnes – c'est un effet notamment utilisé dans le racisme (Héritier, 1996 : 50). Il n'existe pas de crime sur l'animal, et par extension sur l'animalité. En effet, l'animal personnifie « l'ensemble des privations par opposition auxquelles l'idéal normatif de l'humain est forgé ». Dès lors un humain, considéré comme un animal, perd son statut d'humain complet, au sens interprété par l'autre, il devient un être sans âme à qui il ne reste plus d'humanité à outrager. Et comme la violence à l'encontre des animaux est totalement débridée, la violence à l'égard de l'animalité est, dans cette même rhétorique, justifiée et légitimée.

Il me semble que la rhétorique du voisin lors de la confrontation puisse se baser sur ce même type de légitimation. Dans ses propos, le voisin dénigrait et rabaissait Thomas et Jeremy : « *De toute façon c'est des drogués* ». De plus, dans ses actes, il traite les personnes usagères comme des sous-humains : il s'autorise à les filmer à leur insu, à leur lancer de la soupe à la figure, ... Le fait de prétendument consommer de la drogue justifie de tels actes selon le voisin. De fait, prendre de la drogue est associé à des stéréotypes que je vais développer à travers la lecture de l'*altérité menaçante* d'Edgardo Manero.

Dans *altérité menaçante*, Edgardo Manero analyse comment la drogue sert d'outil de domination sur les populations populaires et autochtones en Amérique de Sud. Il décèle un processus historique de création d'une altérité opposée dans son humanité – si elle en possède une - par la consommation de drogues. Cette altérité est associée à l'étranger et le place comme menace de la société et de ses groupes sociaux hégémoniques qui représentent la « normalité ». (Manero, 2017) Bien qu'il s'agisse d'une enquête située sur un autre continent et donc dans un contexte sociétal - en termes de politique publique notamment - très différent, je vais tout de même l'appliquer à la Belgique. Je pense que le discours politique et moral autour des drogues et de leur dangerosité sanitaire et morale reste assez uniforme de façon globale : un imaginaire autour de la délinquance ainsi que la prohibition et la réponse coercitive étant la norme. Ainsi, mon but n'est pas de me lancer dans une analyse comparative des constructions sociales qui entourent les personnes toxicomanes mais d'appliquer la grille d'analyse proposée par Edgardo Manero sur les événements auxquels j'ai assisté durant mon ethnologie.

Il y a un imaginaire pérenne autour de la personne consommatrice de substances psychoactives qui est à l'origine issue de la prohibition et ne se désarticule pas malgré les évolutions des politiques publiques et les pratiques sociales. (Manero, 2017) L'individu intoxiqué par les drogues renvoie à un ensemble de constructions sociales, il représente une figure de l'altérité, menaçante et qui matérialisant une frontière symbolique et physique, qui différencie les êtres. C'est la même idéologie que celle qui associe les classes sociales pauvres aux classes dangereuses. L'Autre social s'assimile à l'Autre

politique, qui est un sauvage ; cependant, c'est une menace sociale qui est le plus ressentie au niveau global et local.

L'usage de drogues est instrumentalisé dans ce cadre alors pour associer à un groupe social une menace et ainsi diaboliser des populations entières sur base d'une tendance à une drogue naturalisée en vertu d'une « race ». Le but d'exclusion de l'Autre « menaçant » de la sphère collective est institué dans un discours sécuritaire dans le champ du politique. C'est une stratégie qui vise principalement les populations immigrantes pour les instituer comme « différentes » des citoyens « de souche ».

Ainsi, la guerre contre la drogue se met en place par la mise en place d'un discours de dévalorisation qui relègue l'Autre hors du groupe d'identification entendu comme ensemble homogène et qui en fait un ennemi endogène à neutraliser.

Dans les sociétés sud-américaines, l'usage de drogues est assimilé à un comportement à risque et entraîne des conduites criminelles. L'enjeu sanitaire étant le seul qui prime, les drogués sont stigmatisés et exclus car perçus comme des délinquants. Les substances psychoactives sont avant tout considérées comme un problème social en lien avec l'aspect sécuritaire avant d'être une problématique de santé. Elles sont un problème pour l'ensemble de la population qui ne participe pas à son commerce – et aux délits qu'il induit – et ne consomment pas – et ainsi ne se soumet pas à ses effets de modifications d'état de conscience et d'altération de conduite qui amènerait à la violence sous toutes ses formes.

L'auteur pointe les inégalités de traitement lié à cette prise en compte unique d'un type de consommation des substances psychoactives. De fait, la consommation occasionnelle et festive – dans un contexte de sociabilisation – est oblitérée et, par-là, établit un profil social uniforme et classiste des auteurs des infractions liés à la consommation de drogues. En effet, en Amérique latine, les consommateurs de classe populaire principalement tendent à investir de plus en plus l'économie souterraine en vue de se procurer du produit ; toutefois ce n'est pas suffisant pour déterminer un lien de cause à effet entre consommation de drogues et délits. Les acteurs de l'idéologie sanitaire entretiennent l'idée selon laquelle la marginalité produit la consommation de drogues. Il

s'agit d'une idéologie classiste dont le regard, braqué sur les délits liés à la propriété, personnifie le délinquant en jeune homme de classe populaire, brun et lié à l'usage de substances psychoactives. Cette construction sociale s'est instituée comme discours hégémonique et participe à favoriser la répression de la petite délinquance plutôt que des organisations criminelles.

L'auteur met en lumière l'aspect de territorialité associé à l'altérité menaçante dans l'idéologie sécuritaire. Les Autres sont relégués aux espaces attachés à la drogue. Les bidonvilles sont craints et discriminés au même titre que leurs habitants, ils sont étranges et étrangers, ne bénéficient pas du contrôle de l'état, menaçants par leurs habitants menaçants et marginaux.

L'Autre est menaçant pour ce qu'il est – pas ce qu'il fait. Les constructions sociales qui l'entourent font de lui un sauvage à éradiquer car il est nocif pour l'ensemble de la société. Son humanité-même est remise en question ; intrinsèquement différent par sa nature et sa culture – c'est un sauvage et un barbare – le discours sécuritaire lui retire son humanité. Ainsi, « via les comportements délictuels, la toxicomanie est associée aux violences. Sous l'emprise de la drogue ou pour les nécessités de son économie, le criminel est présenté comme particulièrement féroce et exerçant une violence gratuite. » (*Ibid.* : 81)

Cette stigmatisation par la dévalorisation construit les Autres comme catégorie menaçante par sa nature et ainsi opposés intrinsèquement au « nous ». Dès lors « eux » est la négation du « nous » et permet ainsi la justification de violence et d'exclusion sous prétexte de favoriser la survie du « nous » en cherchant l'annihilation du « eux ». Quand l'Autre est institué comme sauvage, alors vient l'idée selon laquelle il n'est plus protégé par la loi, il est exclu de l'humanité et des droits qui y sont rattachés aux yeux des adhérents du discours sécuritaire.

Bien qu'Edgardo Manero situe son analyse du discours sécuritaire et de l'altérité menaçante en Amérique du Sud, il rejoint les idées constitutives de la matrice de l'intolérance et de la violence et le processus de construction d'une altérité opposée et inférieur, même jusque dans son humanité, ou même sa non-humanité de Françoise

Héritier et Florence Burgat. Selon moi, ce processus déshumanisant est bien présent dans la scène vécue avec Jérémy, Thomas et le voisin de l'ASBL. Ce dernier mobilisait le discours sanitaire et l'instrumentalisait pour provoquer des réactions de violences de la part de Thomas et Jérémy. Je suppose que ces réactions prouvent pour lui son idée d'animalité et de manque de civilité des personnes consommatrices.

Violences et rejet de représentants des institutions de soin de santé

Le droit à la santé, et par extension l'accès aux soins, constitue un droit fondamental pour chaque être humain selon l'Organisation mondiale de la santé. (Revil, 2014)

Cependant l'accès aux soins, comme Pascale Jamoulle l'explique dans *Drogues de rue*, est loin d'être garanti pour les personnes consommatrices de drogues et étiquetées en ces termes. De plus, quand elles y accèdent, elles font souvent face à des stigmatisations. (Jamoulle, 2000) J'aimerais développer ces conditions à travers deux récits de deux moments vécus au cours de mon ethnologie. Le premier récit est celui de la campagne de vaccination au Covid-19 qui a été menée durant quelques semaines au sein de l'ASBL. Il raconte comment l'étiquette du « drogué » peut agir dans le cadre d'une relation liée aux soins de santé. Le second est celui d'une rencontre dans un hall de métro avec un patient en attente d'une opération sur sa jambe. La violence des effets de la stigmatisation y apparaît d'autant plus violemment que le soin est impérieux.

Au mois de juin, alors que le vaccin contre le Covid-19 commençait à se démocratiser et que la population était encouragée à se vacciner, il a été proposé à l'ASBL d'accueillir un médecin pour donner la possibilité aux personnes bénéficiaires de l'association d'être vaccinées dans les locaux. Les membres de l'association ont décidé d'accepter la proposition car la charge en plus n'était pas très lourde, le vaccin proposé était le Johnson & Johnson – effectif en une dose seulement – et pour finir cela épargnait aux personnes fréquentant l'association de devoir suivre des démarches administratives ou simplement rendait accessible le vaccin aux personnes sans adresse de référence, sans papiers, etc.

Les membres travailleurs rendaient compte d'une crainte principale : la peur que les membres de l'équipe vaccinale ne respectent pas le public et outrepassent leur consentement, qu'il y ait une rupture dans le lien de confiance qui est parfois très fragile.

Il avait ainsi été prévu que la permanence de vaccin se fasse deux fois par semaine, pendant l'accueil du soir. J'étais présente la première fois que le médecin est venu, avec une personne chargée de gérer la partie administrative.

Ce soir-là, Emilie nous prévient de son arrivée lorsque l'équipe qui travaillera le soir est présente. Elle l'a rencontré plus tôt brièvement et elle nous fait part de son impression. Selon elle, il ne semble pas vraiment savoir où il va mettre les pieds. Il faut donc qu'on l'informer sur le public ciblé par l'ASBL et lui transmettre la philosophie du travail au sein de cette association pour qu'il puisse traiter les personnes d'une manière adéquate afin que le lien de confiance entretenu par les membres de l'ASBL soit pérenne et intact.

À son arrivée, nous nous présentons au médecin. Assez âgé, il nous explique qu'il est à la retraite mais se maintient en activité en faisant du bénévolat. Lorsqu'on commence à parler en détails de l'accueil des personnes, de leurs particularités et de comment les accueillir, il se montre très surpris et jugeant. Nous lui expliquons que nous sommes contents de pouvoir proposer le vaccin aux personnes n'ayant pas de papiers d'identité, il dit alors « *Où est-ce qu'on est là ?!* » ; « *Ce n'est pas des gens normaux comme on voit se faire vacciner habituellement aux centres de vaccination* » ; « *Ici on sait pas ce qu'ils s'injectent* ». L'échange est donc assez tendu par moment.

Les infirmiers et infirmières se rendent compte qu'il ne reste plus d'adrénaline et que l'équipe des vaccins n'en a pas apporté. La permanence de vaccination est donc annulée. Cependant, le médecin décide de rester et il passe la soirée avec nous. Il discute principalement avec Benji, un jeune homme qui fréquente assidûment l'association bien qu'il ne fasse pas partie du public ciblé. Benji est un jeune homme qui est présent lors des soirées d'ouverture depuis quelques années. L'ASBL est un des rare lieu où il trouve de la stabilité, il considère ses membres comme une seconde famille. Il demande beaucoup d'attention de la part des nouvelles personnes qui arrivent dans l'équipe professionnelle.

Au moment de la fin de la fermeture, les travailleurs et travailleuses, moi et le médecin, nous nous rejoignons dans la cuisine après avoir rangé et désinfecté les meubles et surfaces utilisées durant la soirée – normes covid obligent. C'est alors que le médecin nous remercie vivement de la soirée qu'il a passé avec nous. Il nous dit que nous sommes « *une chouette équipe* ». Ému, avec un regard brillant, il est clair qu'il a été touché. Nous interprétons avec les travailleurs et travailleuses qu'il a compris la sensibilité et la fragilité des liens qui sont entretenus avec les personnes usagères de l'association.

Je suis très contente d'avoir vécu cette soirée et avoir pu constater qu'aux premiers abords, une personne avec tant de préjugés aient pu en une soirée changer de regard. Pourtant la soirée a été un peu mouvementée. Dès le début de l'accueil, Maude a trouvé Noémie couchée au sol devant la porte d'entrée, totalement désorientée et dans un état d'ivresse assez extrême. Il lui faut de l'aide pour se déplacer, elle ne tient pas seule sur ses jambes. Nous l'installons dans un fauteuil afin qu'elle puisse se reposer. Elle réagit de façon assez agressive quand je lui propose à boire et ce qu'on a à disposition à manger. Elle passe la soirée couchée là jusqu'à ce qu'elle puisse de nouveau se déplacer et après avoir bu de l'eau. Un plus tard, elle s'énervait sur Maude car elle pense que ses bières qui lui avaient été confiées ont été volées. Malgré les tentatives des personnes présentes pour la calmer en lui expliquant que personne n'a volé ses bières, elle se met à insulter Maude et Nicolas, travailleuse sociale et infirmier. Quand Anthony, de qui Noémie est plus proche, descend dans le salon et lui explique que personne n'a volé ses affaires et qu'il faut se calmer, elle lui répond directement « *ok, toi, je te crois* » et l'accolle. Ainsi se clôt l'incident. Cette situation montre également comment les affinités et les liens forts consolident les relations de confiance entre les personnes. C'est grâce à sa bonne entente avec Anthony que Noémie, même dans un état second, a su entendre ce que les travailleuses et travailleurs lui disaient. La soirée a pu se terminer sans incident.

Ce moment n'a pas conforté le médecin dans ses préjugés. Cependant, malgré son discours élogieux en fin de soirée, toutes les personnes travailleuses de l'ASBL n'ont pas été complètement convaincues. Tout d'abord les stéréotypes et ses propos jugeant sur les personnes bénéficiaires de l'association en amont de la soirée passée nous avaient toutes et tous choqués. Ensuite, pendant la soirée, son attitude était très directive pour les personnes sensibles et vulnérables qui passent la porte de l'association. Il s'était comporté comme une personne qui voulait imposer le vaccin aux personnes sans vraiment prêter attention à leur manque d'intérêt ou aux craintes qu'ils formulaient. Néanmoins, il passe une partie de la soirée avec Benji et instaure un bon contact de base avec lui.

Quelques jours plus tard, je suis présente alors que le médecin va pouvoir vacciner. Je ne me préoccupe pas de cette facette de la soirée jusqu'à ce qu'il soit déjà tard. Quand un des bénéficiaires, un homme assez âgé qui vient presque tous les soirs d'ouverture,

Mehdi, arrive. Je sais qu'il avait montré de l'intérêt à être vacciné, je lui demande s'il en a toujours envie. Il me répond que oui. Je l'accompagne à l'étage pour lui indiquer la pièce momentanément consacrée à la vaccination, le médecin est là et nous accueille. Emilie, coordinatrice au sein de l'ASBL, nous avait demandé, aux membres employés et à moi, d'aller avec les personnes qui souhaitent être vaccinées quand c'était possible pour garantir une prise en charge qui correspond à la philosophie de l'ASBL. Il s'agit donc entre autres de faire en sorte que le médecin n'ait pas des comportements qui mettraient les usagers mal à l'aise. Étant donné que je commence à le connaître et qu'il semble à l'aise en ma présence, je demande à Mehdi si je peux rester pour la vaccination. Il y consent.

Quand Mehdi est installé, le médecin lui demande de découvrir son bras. J'ai toujours vu Mehdi avec ses habits d'extérieur, il n'enlève jamais sa veste et son bonnet dans le bâtiment de l'association – il y fait trop froid pour lui. Quand le médecin voit les couches que porte Mehdi, il lui demande de les enlever pour avoir accès au haut de son bras. Mehdi a du mal à retirer ses vêtements (il est soûl comme tous les soirs, donc un peu gauche et lent). Le médecin s'impatiente et va l'aider en me regardant de temps à autre en haussant les sourcils... Je ne réagis pas pour ne pas montrer que je vais rentrer dans son jeu. Je le trouve infantilisant et désagréable sous un air complaisant avec Mehdi. J'en suis à moitié surprise et terriblement mal à l'aise. J'espère que Mehdi ne remarque pas trop ses haussements de sourcils... Il est heureusement totalement concentré sur ses couches de vêtements qu'il doit retirer. Mehdi parle et tient des propos qui peuvent parfois paraître incohérents aux premiers abords – je ne comprends pas toujours ce qu'il veut dire car il n'articule pas très bien et il passe souvent du coq à l'âne, il est ainsi parfois difficile à suivre. Alors que Mehdi parle dans sa barbe, le médecin se tourne vers moi et fait un geste circulaire de son index sur le côté de son crâne. Je suis extrêmement choquée mais reste figée et espère encore une fois que Mehdi n'a rien remarqué. Le médecin continue d'agir de manière impatiente et moqueuse pendant le reste du moment de vaccination.

Lorsque je descends avec Mehdi, je me rends compte que deux personnes qui venaient de passer chez le médecin sont tourmentées. Il s'agit d'Alix et de Georges, deux amis. Iels me racontent qu'iels avaient demandé des renseignements et que le médecin

réponde à leur crainte. Toutefois, une fois en haut, iels se sont senti entraînés et ont été vacciné.e.s alors qu’iels n’étaient pas convaincu.e.s – il n’y avait pas consentement volontaire et éclairé. J’ai écouté leurs craintes et essayé de répondre au mieux pour les rassurer.

Finalement, les permanences de vaccination se sont vite essoufflées car les bénéficiaires qui étaient favorables au vaccin de l’ASBL étaient assez rapidement vaccinés. Cependant l’expérience avec un médecin non formé à entretenir du lien et entendre les vulnérabilités et besoins spécifiques des personnes précarisées et consommatrices n’aura pas été positive.

Il ne prenait pas en compte les sensibilités et les hésitations des bénéficiaires ; il privilégiait la quantité de vaccination à la qualité des interactions avec les personnes, les forçant de manière peut être indirecte à se vacciner. Sans compter le manque de respect dont il a fait preuve avec Mehdi.

Je vais maintenant aborder la deuxième situation. Ce soir-là, je suis en maraude avec deux travailleuses sociales de l’association, Maude et Françoise. Nous faisons le tracé habituel en nous arrêtant aux endroits où elles savent que des bénéficiaires de l’ASBL ou de potentiels bénéficiaires de l’ASBL vivent ou passent du temps. En milieu de maraude, nous arrivons à une station de métro très fréquentée par des habitant.e.s de la rue. Ce soir, il y a beaucoup de monde et beaucoup de demandes. Il y a notamment un homme blessé à la tête que Françoise, infirmière, s’attache à ausculter rapidement et faire ce qu’elle peut avec ce qu’elle a comme matériel de soin à disposition. Pendant ce temps, Maude et moi demandons aux personnes si elles ont besoin de matériel de consommation ou d’hygiène. Il y a un homme en chaise roulante dont la jambe est immobilisée dans une sorte d’attelle de métal – je ne m’y connais pas beaucoup en soin et procédure pour soigner une jambe mais il ne semble pas en état d’errer dans un hall de métro. Rapidement, on ne sait où donner de la tête au milieu des demandes. Très vite, les stocks de mouchoirs sont vides et nous avons terminé de répondre aux demandes en termes de matériel de consommation. Françoise revient vers nous quand des ambulanciers sont venus s’occuper du monsieur blessé à la tête.

L'homme en chaise roulante, Anis, papote avec nous, il fait des blagues, se roule une cigarette. Il semble déconnecté de son corps : il est très peu couvert alors qu'il fait très froid et ne paraît pas ressentir de douleur à la jambe – il ne s'en plaint pas du moins. Ses quelques affaires sont rassemblées dans un sac en plastique sur un manche de sa chaise roulante. Alors que nous parlons, le sac se rompt et tout le contenu du sac, dont son repas, se répand sur le sol. À la vue de ses choses renversées sur le sol, il n'a pas trop de réaction. Je lui rends ce qui est toujours utilisable. Anna, qui a l'habitude de rester le soir et la nuit dans cet endroit, vient lui tendre la moitié de son sandwich. Rieur, blagueur, souriant, il y a un décalage entre l'humeur qu'il affiche et son état physique.

Quand Françoise revient vers nous, elle se renseigne sur la situation. Il a quatre fractures à la jambe. Il nous explique qu'il a été viré de son hôtel. Il doit être opéré dans deux jours mais il a été mis à l'hôtel en attendant son opération car il est atteint du coronavirus.

Françoise se renseigne sur l'hôpital dans lequel il doit être opéré et son hôtel. Elle passe des appels téléphoniques pour éclaircir la situation qui justifie que cet homme se retrouve dans la rue, au milieu d'autres personnes, alors qu'il est porteur du coronavirus et doit être hospitalisé.

Au téléphone, la personne de l'hôtel explique qu'étant donné que le blessé avait besoin de soin, ils ne pouvaient le garder. Tandis que plus tôt, à l'hôpital, selon Anis, ils l'auraient fait partir et demandé de revenir deux jours après. Au téléphone, le personnel soignant explique que, selon les ambulanciers, Anis s'est enfui du bâtiment.

Presque pendant une heure, Françoise est au téléphone, cumule les points de vue et parle pour trouver une solution pour que le blessé puisse avoir un toit cette nuit et ne pas propager le coronavirus auprès des personnes cohabitant avec lui ce soir dans la station de métro. Finalement elle parvient à ce qu'une ambulance vienne pour emmener la personne à l'hôpital. C'était un processus long car Anis n'est pas le bienvenu dans certains hôpitaux et étant donné que les ambulances sont liées à des zones liées aux hôpitaux – ainsi toutes les ambulances ne peuvent se rendre dans tous les hôpitaux de la ville – il a fallu négocier longuement.

Pendant ce temps, Anis me dit qu'il n'apprécie pas avoir de contact avec les membres des institutions médicales : « *Tous les ambulanciers, médecins, ..., j'aime pas. Ils voient que tu trembles et ils te jettent* ».

Quand les ambulanciers se présentent dans le hall et viennent vers nous, ils n'échangent pas avec la personne concernée. Ils ne le regardent pas et ne l'écoute pas lorsqu'il leur parle. Ils ne s'adressent seulement un ou deux fois à lui alors qu'au long de toute la conversation, il est au centre de l'échange. Je trouve la situation très violente symboliquement.

Pendant une quinzaine de minutes, Françoise essaie de persuader les ambulanciers de conduire Anis dans un hôpital spécifique, avec lequel elle a été en lien au téléphone et avec qui elle s'est mise d'accord, d'où Anis n'aurait pas été viré ou duquel il n'aurait pas fui. La conversation ne mène nulle part car les ambulanciers ne sont pas autorisés à emmener des patients hors de leur zone attribuée. Anis n'a pas été écouté durant cet échange mais en voyant que cela ne menait nulle part, il dit qu'il ira de ses propres moyens, en métro, à l'hôpital en question. Il part donc, tout contagieux qu'il est, et en chaise roulante vers les voies de métro.

S'en suit une discussion sur le système rigide des ambulances. Françoise trouve qu'il n'est pas adapté ; pour les deux ambulanciers, le système est adéquat, et sous-entendent que ce sont aux patients de s'adapter.

Dans *drogues de rue*, Pascale Jamouille dévoilait comment les relations entre les professionnel.les de la santé et les patients étiquetés comme drogués pouvaient complexifier les relations de soin. D'un côté, il y a une méfiance de la part des patients qui font face à de la stigmatisation de la part de membres du corps médical. (Jamouille, 2000) C'est ainsi que les patients toxicomanes doivent se heurter dans l'accès aux soins à des jugements, posés sur leur corps, sur leur consommation, sous la forme de sous-entendus ou dires directement. Ils se sentent et le personnel soignant les font se sentir comme des sous-patients, des sous-citoyens ; ils méritent moins de bénéficier de soins, leur mal, ils l'ont cherché et auraient pu l'éviter. Le discours d'Anis relevait de cette méfiance et cette stigmatisation des médecins et autres ambulanciers.

Pascale Jamouille racontait également la prise en charge et les dispositions particulières – quota, entretiens conditionnant l'admission, hospitalisations courtes, ... - par le personnel hospitalier des personnes catégorisées comme toxicomanes sans prise en compte de leurs besoins et réalités particulières. (2000) Dans le cas d'Anis ce jour-là, le personnel ambulancier ne prend absolument pas en compte les spécificités de la réalité d'Anis. Il y a une déresponsabilisation de la part des professionnel.les du soin et un rejet du côté d'Anis. La difficulté de cette prise en charge était sans doute également conditionnée par la problématique du coronavirus, cependant une solution prenant en compte tous les aspects de la situation aurait dû être appliquée et Anis n'aurait pas dû se retrouver dans la rue où il pouvait provoquer un cluster auprès d'autres habitant.e.s de la rue.

Les professionnel.les de la santé ou sociaux accolent aux « toxicomanes » une étiquette de délinquant délités par la drogue à personnalité faible. Iels évitent le contact de leurs patients toxicomanes et adoptent parfois de la distance et de l'hostilité. (Jamouille, 2000) « Face à ce type d'approche, les usagers adoptent, en jeu de miroir, des attitudes revendicatrices, arrogantes, revêches ou agressives, confortant ainsi les présupposés disqualifiants de certains professionnels. » (*Ibid.* : 190) De la même façon, par anticipation, iels ne recourent aux services qu'en cas d'extrême nécessité car à leur yeux l'entièreté des services est disqualifiée. Ainsi la méfiance et les disqualifications réciproques assoient la perte de confiance ainsi que la mise à distance des usagers et usagères des infrastructures de soins et de services sociaux et participent de la détérioration de leur situation sanitaire et/ ou sociale. (*Ibid.*)

De fait, alors que les ambulanciers faisaient abstraction de sa présence, Anis s'est vite montré arrogant et revêche. Juste avant leur arrivée, Françoise avait persuadé Anis de collaborer avec les ambulanciers et d'être calme et agréable avec eux. Bien qu'il fournit des efforts dans un premier temps, l'attitude des ambulanciers a eu l'effet de les désamorcer. Anis finit par partir seul tandis que Françoise parle toujours avec les ambulanciers.

La stigmatisation des personnes usagères de drogues (dont font preuve certains soignants, tout comme les membres de la société en général) en associent aux

« toxicomanes » une prédominance au mensonge et à la faiblesse de la volonté par exemple peut s'expliquer notamment par un cadre de soin affaibli (Reyre, 2010). L'incomplétude du savoir médicale concernant les problématiques en lien avec les styles de vie liés aux drogues ainsi que la non-inclusion des discours socio-anthropologiques dans les domaines tel que l'addictologie peuvent expliquer ce recours fréquent aux stéréotypes, à la stigmatisation et à la discrimination. Depuis que la toxicomanie est considérée comme une maladie, il y a eu une tendance à aseptiser les données scientifiques – la personnes malade, le ou la toxicomane, est dé-subjectivé épistémologiquement. Ce cadre de soin provoque la défiance et ne permet donc pas une collaboration sereine entre les intervenant.e.s dans la relation du soin. (Reyre, 2010)

Aussi, les identités, des deux côtés de la relation de soin, sont mises en péril lorsque l'addiction est en cause. De fait, les membres des institutions du soin n'ont pas été par leurs études invitées à penser comment leur identité propre allait être affectée par le contexte du soin. Au lieu de cela, une nouvelle identité est attribuée, celle du ou de la soignante, forte d'un tas de techniques défensives pour faire face à l'autre, sa maladie et sa mort potentielle. Cependant, la personne soignante est totalement engagée par ses affects dans le soin de l'autre. Souvent inconsciemment, la personne se protège de cet investissement. Cette tension identitaire et émotionnelle retrouve un écho chez la personne toxicomane et peut expliquer, de concert avec l'incomplétude du cadre addictologique, les relations conflictuelles et parfois discriminatoires qu'entretiennent certains membres des institutions de soin – et certaines institutions elles-mêmes – avec les personnes consommatrices de drogues. (*Ibid.*)

Dans l'intersection de deux principes éthiques (potentiellement divergents), la médecine occidentale justifie des traitements abusifs dans la relation du soin à l'égard des personnes consommatrices. Le devoir de protection, qui peut faire émerger des attitudes paternalistes, accentuant le manque d'autonomie des personnes, peut ainsi entrer en contradiction avec le principe d'autonomie, qui peut entraîner un manque d'implication de la part de la personne soignante. Dans les relations de soin, ces deux positions s'articulent dans un marchandage selon les valeurs des agent.e.s et les situations. Toutefois, quand la relation est fragilisée (par un cadre de soin incomplet ou des identités

affaiblies par exemple), telle que dans celles qui mettent en scène les personnes consommatrices de drogues, les principes régissant cette relation sont détournés. Le principe de protection de la personne vulnérable justifie une relation d'emprise tandis que le respect de l'autonomie légitime un abandon. Les personnes toxicomanes font alors face à des rejets massifs ou sont pris dans des cadres rigides, des contrôles intrusifs et des injonctions strictes. (*Ibid.*)

D'après mon expérience sur le terrain, je peux avancer que ces relations de soins dans les institutions médicales ouvertes à tous.tes participent à accentuer la dépendance des personnes consommatrices aux associations leur octroyant des accompagnements dans ces mêmes institutions – tout comme Louise par exemple avait besoin d'un accompagnement pour affronter la rigidité de l'administration de l'Institution de protection sociale.

Discussion finale et conclusion

Finalement, le stigmatisme qui est accolé aux personnes consommatrices de substances psychoactives se cristallise à travers de multiples formes de violences, de la part de divers membres de la société, allant des simples concitoyens et concitoyennes qui s'inquiètent pour leur voisinage, aux représentants et représentantes d'institution étatique ou médicales.

Ainsi, selon mes constats sur le terrain, bien que la Belgique garantisse certains droits aux personnes en situation de grande précarité, l'application de ces droits peut être jonchée d'embûches pour des personnes déjà fragilisées, qui souvent n'ont aucune connaissance du système de la sécurité sociale et de leurs droits. La déresponsabilisation de certaines assistantes sociales, les discriminations dont elles font parfois preuve, la rigidité administrative ont comme effet de décourager les personnes dans les démarches pour obtenir des droits. C'est pour ces raisons que Louise rejette les perspectives offertes par le CPAS. Dans l'urgence, elle n'a pas l'énergie suffisante (mentale, émotionnelle...) pour poursuivre ces efforts qui ne semblent pas porter leurs fruits. Par conséquent, bien qu'il existe des droits pour les personnes pauvres, elles préfèrent parfois les abandonner et s'en remettre à elles-mêmes malgré l'urgence de leur situation. D'une certaine manière, les institutions responsables de la sécurité sociale peuvent participer au maintien de la marginalité des personnes (usagères de drogues) en situation de grande précarité et paradoxalement au non-accès des personnes à des droits légalement prévus. Comme me l'expliquait Emilie, cette violence institutionnelle à travers le phénomène de non-recours est bien connue des réseaux associatifs.

Le stigmatisme se manifeste également hors des contextes relationnels cadré dans un rapport inégal de recours aux droits au revenu d'insertion sociale ou autre. Partagés globalement, les stéréotypes issus du stigmatisme transparaissent parfois dans la cohabitation urbaine. Nos concitoyens et concitoyennes usagères de drogues sont souvent exposés à des violences ordinaires (ou physiques) de la part des autres habitants et habitantes de la ville. Ils considèrent et revendiquent un droit de « salubrité » de leurs rues et justifient leurs attitudes stigmatisantes par les stéréotypes qui nourrissent ce stigmatisme. Déjà aux marges

de la société, les personnes usagères sont ainsi sans cesse rappelées à l'ordre et rejetées par ceux et celles qui ont le privilège de quitter la rue lorsqu'ils désirent se reposer.

Enfin, le stigmat se matérialise dans les relations de soins auxquelles les personnes consommatrices en situation de grande précarité prétendent – ou justement n'y prétendent plus. Il y a manifestement une méfiance réciproque ainsi qu'un conflit identitaire dans les relations engageant les personnes consommatrices et les personnes travaillant dans le soin. Cette méfiance et la stigmatisation endurée au cours des interactions avec le personnel soignant mettent à mal l'accès au droit inconditionnel aux soins médicaux. Cette méfiance des lieux de soin « classiques » peut s'avérer dangereuse pour leur santé quand les personnes contournent les procédures traditionnelles de prise en charge (et donc limitent la complétude des soins dont elles bénéficient) ou ne se résolvent à voir des professionnels hors des cadres non-discriminants et souples offerts par les ASBL.

INTERCALAIRE

Ces formes de violence desquelles j'ai pu être témoin sont toutes liées par au moins un aspect : celui du stigmat. Il y a des catégories sociales qui subissent de façon exacerbée ces formes de violence (qu'elles soient visibles ou non), il s'agit des femmes. En vertu des spécificités qui font leurs parcours les femmes éprouvent des violences particulières engendrant des vulnérabilités et des stratégies de survie spécifiques aux rôles sociaux qui leur sont imposés. Elles aussi subissent les stigmates sur la consommation. Pourtant, elles sont très peu présentes dans les dispositifs de réduction des risques et de prise en charge adaptée.

Les femmes que j'ai rencontrées sur le terrain illustrent toutes des réalités différentes de celles des hommes. Par exemple, Vanessa est une des rares femmes à fréquenter assidûment une association ; elle vient chaque soir de l'accueil communautaire. Quant à Louise, elle ne se présente presque jamais lors de ces moments. Johanna vient également seulement pour voir certains travailleurs, et le plus souvent en journée. Silvia vient presque tous les lundis, pour animer l'atelier coiffure. Quant aux autres femmes, je n'ai pas remarqué de régularité dans leur venue. Ce constat est une évidence car les hommes qui viennent de façon régulière sont extrêmement nombreux. Vanessa, la seule femme à venir régulièrement, est également la seule (à ma connaissance) à être en couple ; de plus, elle est systématiquement accompagnée d'Amir – tandis que les hommes viennent très rarement accompagnés de leur compagne et leur vie de couple ne semble en rien être un indicateur qui influencerait sur la fréquentation des ASBL.

Au cours de la partie suivante, j'interroge les interactions entre le genre, la grande précarité et les addictions. De fait, il est nécessaire de prendre en compte les subjectivités des femmes pour approcher une meilleure compréhension de leurs réalité dans un domaine d'étude qui reste souvent androcentré.

GENRE, PRÉCARITÉ ET ADDICTION

Je propose ici d'explorer à travers quelques rencontres de femmes croisées au cours de ces quatre mois de terrain des éléments de leur parcours qui mettent en lumière certaines spécificités – en termes de stigmat, de facteurs de vulnérabilité, de visibilité, ... - qu'impliquent être femme en situation de (grande) précarité et investies dans des pratiques de consommation de substances psychoactives. Malgré le cumul de facteurs de vulnérabilité et l'intersectionnalité des stigmates qu'elles endurent, les femmes qui luttent pour survivre aujourd'hui dans la (grande) précarité et les addictions ont développé des stratégies qui leur permettent de subsister, mais à quel prix ?

Des stratégies de survie à double tranchant

Ainsi, malgré le manque de visibilité et de présence des femmes dans les dispositifs d'accompagnement aux soins et à la réinsertion sociale pour les personnes usagères de substances psychoactives, j'ai pu rencontrer de manière approfondie ou fugace quelques femmes concernées. Par la confiance qu'elles m'ont accordée en se racontant ou par les fragments des éléments de leurs vies que j'ai collecté sur le vif, j'ai pu déceler des formes de stratégies de survie spécifiques aux parcours de femmes usagères des drogues en situation de grande précarité. Je vais tenter ici d'explorer celles qu'il m'ait été donné d'entrapercevoir.

Vie de couple

Violences conjugales et initiation à la consommation de drogues

J'ai rencontré Vanessa dès mon premier jour dans l'ASBL, à l'accueil communautaire du soir. Vive, elle se présente et papote de tout et rien. Elle se prend rapidement d'affection pour moi.

Elle fréquente l'association tous les soirs d'ouverture. Elle vient avec son compagnon, Amir. Ce dernier reste souvent en dehors du bâtiment avec d'autres

personnes. Là-bas, les personnes fument, boivent quelques bières, parlent... Quand j'arrive sur le terrain, c'est encore l'hiver, il fait donc très froid dehors. Généralement, Vanessa reste plus à l'intérieur – là où il fait bien meilleur. Au fil des soirées, j'apprends à la connaître de plus en plus.

Un soir, alors que c'est le jour d'accueil réservé aux femmes en parallèle d'une soirée classique du dispensaire, nous sommes avec Vanessa, Françoise et moi à l'étage. Aujourd'hui Vanessa me semble fatiguée et éteinte. Françoise lui demande ce qu'elle désire faire, ainsi nous regardons les bijoux pour Vanessa. Nous regardons les bijoux en papotant de tout et de rien, Vanessa met quelques bracelets à son poignet. Après Françoise lui propose de poser du vernis. Lorsqu'elle a finalement choisi la couleur, je lui demande si je peux le lui appliquer. Pendant que je m'atèle à lui faire de jolis ongles, Françoise demande de ses nouvelles. Elle lui demande si tout va bien avec Amir et comment va son doigt – il avait été cassé lors d'une dispute avec Amir. Vanessa dédramatise la situation de violence en répondant sur le ton de l'humour. Françoise recadre la gravité de la situation de violence. Vanessa admet que ce n'est pas normal d'avoir à subir de la violence de la part de son compagnon mais rétorque qu'elle aussi le frappe.

L'atmosphère se détend un peu au fil des conversations, Vanessa semble plus à l'aise qu'au début. L'échange est lourd mais on parle aussi des relations amoureuses et amicales. Françoise lui demande si elle a des amies, elle répond que non et qu'elle n'y voit pas d'intérêts, que son compagnon lui suffit, elle préfère avoir un amoureux que des amies. Je m'étonne de cela et explique que pour moi, c'est tout à fait l'inverse. Quant à Françoise, elle explique avoir longtemps été en couple mais qu'aujourd'hui, elle apprend à vivre seule et est contente de pouvoir compter sur ses amies. Corinne Lanzarini souligne notamment l'impact des violences quotidiennes pour les personnes en situation de grande précarité comme « système d'agressions généralisées qui relègue à la marge les relations d'amitié ou de solidarité » (2003 : 107). Sur le terrain j'ai rencontré quelques personnes, qui apprenant que je connaissais Vanessa me demandait comment elle allait ou de lui passer le bonjour, ainsi il y a bien des personnes qui éprouvent de l'affection et de l'intérêt pour elle. Peut-être ne sont-elles pas considérées par Vanessa comme des amitiés, étant donné qu'elle semblait considérer Amir comme sa seule relation intime.

Vanessa se confie ce soir et nous raconte comment on lui a pris sa fille. À l'époque, elle vivait avec son ex-compagnon, Benoit, le père de l'enfant. Il était violent, jaloux et invasif. Elle ne pouvait parler à d'autres hommes et il se vengeait sur elle lorsque cela arrivait. C'était un consommateur et il exigeait d'elle qu'elle le suive dans sa consommation de drogues.

Quand un jour il a surpris un appel qu'elle avait avec un autre homme, un des amis dealer de Benoit, il s'est énervé, a menacé Vanessa avec un couteau et l'homme au téléphone est venu se battre avec Benoit. Il est venu, ils se sont battus au point que la police a dû intervenir et a embarqué les trois personnes. C'est là que l'enfant a été emporté par les services sociaux. Vanessa était dévastée, elle explique qu'elle s'occupait bien de sa fille et que même si elle avait eu tort de boire autant d'alcool, elle faisait tout pour le bien de sa fille, demandait de l'aide quand elle ne s'en sortait pas...

Ce moment de confiance est précieux car Vanessa n'aime pas beaucoup parler d'elle et de cette histoire. Il est difficile et épuisant pour elle d'en parler. Nous clôturons alors que Vanessa commence à ne plus tenir en place dans cette pièce où l'atmosphère est devenue lourde, nous descendons rejoindre les autres personnes présentes en bas.

Le récit de Vanessa montre comment dans un couple de personnes qui consomment des drogues, le compagnon peut être l'instigateur qui pousse à la consommation. Certes Vanessa a découvert l'alcool - qui est la drogue qu'elle décrit comme une desquelles elle a une addiction, elle est donc alcoolique – dans un autre contexte. Elle m'explique que sa première expérience avec les substances psychoactives a été lorsqu'elle avait 11 ans, elle a fumé un joint et bu de l'alcool fort (spiritueux), en grande quantité, pour la première fois. Elle passe alors la soirée avec ses sœurs et suit leur exemple : « *J'ai fait comme mes sœurs* ». Elle suit également l'exemple de son premier copain qui fumait des joints. Toutefois, c'est avec Benoit que sa consommation est entretenue : poly-consommateur, il l'initie aux drogues, voir la force. Vanessa situe son point d'entrée dans la dépendance beaucoup plus tard : lorsqu'elle perd la garde de sa fille « *Quand j'ai perdu ma fille "...* » *Quand tu n'as pas ta fille dont tu dois t'occuper, tu te défonces.* ». Bien avant cela, à 15 ans elle se met en couple avec Benoit. Il l'introduit à d'autres drogues comme le speed ou la cocaïne : « *Moi à la base je voulais pas, Benoit*

me disait “tu veux goûter ?”. Benoit en fait, il trouvait que les relations sexuelles c’était vraiment mieux sous cocaïne. “...” au début c’était festif. Puis Benoit est tombé accroc. Il aimait pas quand je voulais pas consommer. » Elle reste donc neuf années avec lui, pendant lesquelles iels ont une fille ensemble. Outre l’intoxication forcée qu’il lui fait subir, Benoit bat Vanessa. Il la frappe notamment lorsqu’il est jaloux. Sa limite est le sang : quand elle se met à saigner, il devient compatissant et essaie de prendre soin d’elle. Parfois elle se cogne elle-même par anticipation pour le devancer.

Benoit exerce son contrôle sur plusieurs plans de la vie de Vanessa : sur son corps, sur ses fréquentations et sur sa consommation. Le couple se sépare enfin après neuf ans lorsqu’il perd la garde de leur fille. Cette séparation aura permis à Vanessa d’arrêter de consommer certaines drogues telles que la cocaïne et le speed : « *Quand je suis partie, après avoir quitté Benoit, je n’ai plus pris ça.* ». Cette rupture la mène également à une vie dans la rue – lorsqu’elle était avec Benoit, iels pouvait se permettre de louer un appartement.

Aujourd’hui, après avoir vécu durant neuf années avec un homme qui abusait d’elle, Vanessa est en couple avec un homme qu’elle considère comme plus doux. Cependant, il arrive souvent qu’elle soit blessée suite à des disputes. Elle nous explique qu’Amir lui rend ses coups.

La violence semble avoir toujours fait partie de la vie de Vanessa au point qu’elle la minimise et banalise. Vanessa en est victime et instigatrice, selon ce qu’elle nous dit, avec son compagnon actuel. Cependant par sa petite corpulence en comparaison à celle d’Amir, elle en retire le plus de blessure physique. Il semblerait que les violences vécues sur les personnes sujettes aux addictions influent sur la gravité de la dépendance. De fait, des études montrent qu’il y a un fort taux de maltraitance chez les personnes sujettes aux addictions qui sont connues pour leurs comportements violents (Fernández-Montalvo et al., 2012; López-Goñi et al., 2014). Les personnes addictes avec des soucis de comportements violents semblent également connaître des addictions plus sévères et davantage de problèmes comorbides (Fernández-Montalvo et al., 2012). De plus, dans le cadre des violences conjugales, la consommation de drogues et l’addiction peuvent accentuer les violences de l’abuseur. Les violences antérieures vécues peuvent représenter

et intensifier l'addiction. Les personnes qui éprouvent des difficultés à contrôler des comportements violents nécessitent un suivi assez poussé compte tenu de la forte propension à avoir développé des troubles psychiques dans leurs parcours emprunts de violences. (*Ibid.*)

Le parcours de Vanessa rejoint certaines spécificités que Marion Barrault développe sur les femmes avec des problèmes d'usage de substances. Ainsi, il n'est pas rare que les femmes sujettes aux addictions aient été victimes de violences physiques et/ou sexuelles. (Barrault, 2013) Vanessa décrivait clairement les violences conjugales qu'elle a vécu avec le père de son enfant ; de plus, elle parlait également de comment il la poussait à consommer au cours de relations sexuelles. Je n'ai pas eu l'occasion de poursuivre sur ce sujet mais il me semble que se poser des questions sur la capacité à consentir lorsque des substances ont été ingérées – de plus, par du forcing – est légitime. Il n'est pas évident que ce genre de situation traduisent un consentement éclairé et volontaire.

Marion Barrault pointe également le rôle du compagnon dans la conduite d'une consommation problématique de substances psychoactives et dans le processus d'accès au soin. Pour les femmes mariées qui consomment fréquemment, il s'agit souvent d'une consommation miroir à celle du mari – ce qui n'est pas le cas dans les situations inverses. Pour les femmes, la relation amoureuse a un impact « sur l'initiation, le maintien, le développement de problèmes liés à l'usage de substances » (Barrault, 2013 : 18). Le parcours de vie de Vanessa témoigne également de cet aspect : lorsqu'elle était en couple avec Benoit, elle consommait les mêmes substances que lui et il mène son initiation ; aujourd'hui, elle consomme les mêmes substances qu'Amir. Elle souhaite arrêter l'alcool mais elle n'avance pas dans ses démarches.

Selon Marion Barrault, les conjoints sujets aux addictions sont plus susceptibles d'exercer de la violence sur leur compagne et ces femmes souffrent plus de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et sont en moins bonne santé physique. Il y a aussi une corrélation entre la consommation du conjoint et une prédominance de troubles issus d'une consommation de substances chez ces femmes. (Barrault, 2013) Cela semble se vérifier dans le parcours de Vanessa : Benoit la battait et aujourd'hui Amir use de violence

également. Selon Barrault, il y a également une tendance pour les femmes usagères de choisir des compagnons poly-consommateurs. Certes, Vanessa se retrouve de fait encore avec un compagnon qui entretient une consommation problématique avec certaines substances psychoactives - l'alcool et le cannabis -, cependant Amir ne considère pas comme addicte.

Ainsi, la consommation de Vanessa est intimement liée à son couple. C'est par Benoit qu'elle a été initiée aux drogues. Elle maintient et nourrit son addiction avec lui aux drogues qu'il lui fait découvrir. Lorsqu'elle parvient à le quitter après avoir perdu la garde de sa fille, elle peut enfin arrêter de consommer les substances psychoactives que Benoit affectionnait. Mais cet événement marque également un point de chute, elle se réfugie dans l'alcool. Peu après, elle se met en couple avec un autre consommateur. Elle vit avec lui dans un squat. De nouveau, ses pratiques de consommation s'accordent à celles de son compagnon – alcool et cannabis. L'alcoolisme qu'elle a déjà développé était déjà présent avant la rencontre avec Amir et donc ne nécessite pas d'encouragement par la consommation de son conjoint, il se suffit à lui-même. Toutefois, je ne peux nier que pour Vanessa, les pratiques de consommation de son conjoint ne doivent pas l'aider à se diriger fermement vers l'abstinence qu'elle souhaite.

Couple comme frein dans les réalités actuelles de prise en charge des femmes enceintes

La situation d'Anna illustre un problème lié à la prise en charge des femmes (sans papiers) en situation de grande précarité en Belgique.

Anna est une jeune femme que j'ai rencontré à quelques reprises dans une station de métro alors que je participais à des maraudes. Quand j'arrive sur mon terrain, les membres de l'ASBL commencent seulement à créer du lien avec elle. Le lien s'est créé autour du matériel de consommation donné pendant les maraudes. Anna était très peu ouverte à communiquer avec les maraudeurs et maraudeuses à l'origine, mais au fil du temps et des passages, elle devient assez à l'aise que pour entamer un dialogue. Il aura fallu beaucoup de semaines avant qu'un échange de banalités puisse se faire.

Lors de ma première rencontre avec elle, nous entrons dans la station de métro avec Maude et Alexandra, nous distribuons du matériel aux personnes qui le souhaitent puis allons vers les escaliers qui mènent au métro. Anna nous interpelle alors que nous sommes au milieu des escaliers, elle nous rejoint et demande du matériel de consommation ainsi que des produits d'hygiène. Alexandra et Maude profitent de cet instant pour s'informer de sa situation et envisager la manière dont elles pourraient l'aider au travers de l'ASBL. La conversation est difficile à suivre, Anna parle dans un français que j'ai parfois du mal à saisir. J'apprends qu'elle est suivie dans une autre association de la région. Elle est enceinte de cinq mois – impossible à deviner, elle est très maigre. Elle ne s'attarde pas à papoter avec nous et nous laisse repartir avec le métro. Pendant le trajet, Maude et Alexandra me racontent que c'est une des rares fois où Anna est venue directement vers elles, elle est habituellement beaucoup plus fuyante.

La deuxième fois que je vois Anna, c'est toujours à la même station de métro avec Maude et Françoise. Dès notre arrivée sur les lieux, Françoise qui est infirmière va s'occuper d'une personne qui est blessée au visage. Maude et moi nous allons distribuer du matériel aux autres personnes présentes. Anna nous fait signe de loin pour que nous allions vers elle. Je vais vers elle et lui donne ce dont elle a besoin. Aujourd'hui il y a son compagnon qui est là avec elle, ainsi qu'un de ses amis. Les deux hommes restent à distance mais insistent pour recevoir du matériel alors que je parle avec Anna. Maude arrive et participe à la distribution et puis à la conversation avec Anna.

Anna n'a pas d'AMU, pas de document d'identité – ils lui ont été volés -, nous lui demandons si elle a rencontré un médecin pour suivre sa grossesse, elle répond que non. Elle aimerait entamer des démarches pour voir un gynécologue et bénéficier d'un logement social avec son compagnon. Elle nous dit également qu'elle pourrait arrêter la consommation pour son bébé.

Je ne connais que très peu Anna donc je vais considérer ce qu'elle m'a dit strictement : elle ne veut pas quitter son compagnon et être logée sans lui. En Belgique, les maisons d'accueil ne permettent pas toutes aux couples d'être logés. Les places sont déjà très rares dans les lieux qui le permettent, même sa grossesse ne leur permet pas d'accéder à une place pour un couple dans ces centres, tous pleins. Ainsi, en plus du

manque de places dans les centres d'accueil, il y a une non-prise en compte des réalités et des besoins des personnes qui vivent dans la rue.

Elle nous fait part également de sa crainte que son bébé ne lui soit retiré à la naissance, elle est donc assez réticente avec les représentants des services sociaux qu'elle rencontre. Elle nous explique qu'une connaissance Belge et toxicomane s'est fait prendre son enfant après l'accouchement, elle veut faire en sorte que ça n'arrive pas. Elle est très angoissée car elle n'est pas belge, a un statut de sans-domicile, sans-boulot et toxicomane, elle suspecte qu'elle se verra voler son bébé. Sa priorité actuelle – la station de métro est souvent visitée par la police et elle les oblige à se déplacer régulièrement- est un logement mais elle ne veut pas faire de concession quant à l'acceptation de son compagnon.

Il est très difficile de trouver une place pour un couple dans les centres d'hébergement. Elle dit qu'elle retournera probablement dans son pays d'origine s'il n'est pas possible de garder son bébé en Belgique. La mise en place de démarches est très compliquée également en maraude. Il faut prendre avec soi les documents adéquats, trouver la personne, avoir toutes les informations pour remplir les documents... C'est pourquoi la demande d'AMU n'est pas directement remplie. Ensuite, le travail de l'ASBL est spécifique et ne peut tout prendre en charge. Pour le rendez-vous avec un ou une gynécologue, les travailleuses ont donc renvoyé Anna vers une autre association qui est, elle, compétente. Elles ont communiqué des informations de contact mais ne peuvent faire beaucoup plus qu'essayer de prendre un rendez-vous. Cependant, Anna est injoignable en dehors des maraudes, et il n'y a aucune certitude de pouvoir la retrouver pour l'accompagner au rendez-vous. Les démarches de recherche de logement ont malheureusement échoué, il n'y a pas de place dans les centres pour des couples et Anna ne désire pas entrer en centre d'hébergement sans son compagnon. Ces démarches prennent parfois des semaines – amener les papiers pendant les maraudes, la croiser, etc. La lenteur du processus agace Anna et elle est aussi fâchée du fait que nous n'ayons pas trouvé de logement pour elle et son compagnon.

Ainsi, un mois après mon entrée sur le terrain - et les tentatives de démarches -, nous ne rencontrons plus Anna, elle disparaît. Lorsque je quitte mon terrain, elle devrait être au terme de sa grossesse...

Conclusion

De fait, les relations de couple constituent un enjeu important dans les parcours de femmes investies dans des pratiques de consommation de drogues et en précarité. Les réalités d'Anna et de Vanessa montrent comment le couple peut être un lieu d'imbrication de rapports de force et/ ou des stratégies de survie. Pour des femmes en situation de (grande) précarité et consommatrices de drogues, le couple permet à la fois de survivre et peut également être source de violence. Pour Anna il est également un obstacle dans son processus de prise en charge.

Il est à noter que pour les femmes usagères de drogues, la famille et le conjoint sont moins susceptibles de leur fournir du soutien. Pour les hommes, le traitement est généralement motivé par le soutien de la famille tandis que dans le cas des femmes, le conjoint peut s'avérer un frein, voir un vecteur de violence et de rupture si la compagne décide d'arrêter de consommer. (Barrault, 2013) De plus, les femmes consommatrices tendent à choisir plus souvent que les hommes un partenaire lui aussi consommateur. Il n'est pas rare également que ce soit lui qui ait initié sa compagne à des substances psychoactives. (*Ibid.*)

Pascale Jamoulle explique dans *drogues de rue* que le couple peut être un frein ou un levier pour mettre fin aux pratiques de consommations problématiques (2000). À travers les récits de ses acteurs et actrices de terrain, elle présentait dans le cadre des trajectoires de sortie des conduites de style de vie liées aux drogues le soutien familial comme essentiel. Dans les situations de rupture issues de la conduite de styles de vie dans le milieu de la drogue, la famille se trouve être le seul réseau à s'être maintenu. Elle présente également une source de ressources qui peuvent être mobilisées dans un but de réinsertion. (*Ibid.*) Anna et Vanessa ne possèdent malheureusement pas de telles ressources et elles sont en ménage avec des hommes qui consomment et qui ne semblent pas les encourager ni les soutenir dans un processus d'abstinence – malgré les désirs de grossesse ou la grossesse avérée d'Anna.

Les auteurs et autrices de littérature scientifique ont montré que les relations sexuelles pouvaient être mobilisées par les femmes pour obtenir une protection, échapper à certains dangers de la vie en rue et prétendre à un peu plus de sûreté (Jamoulle, 2009 ; Loison & Perrier, 2019). Former un couple avec un homme capable de défendre sa compagne est donc une stratégie pour les femmes habitantes de la rue. Les couples s'attachent alors à composer une vie de famille en s'installant ensemble et organisent une vie commune. Du côté des hommes, la présence d'une femme dans leur vie est en elle-même rédemptrice (Lanzarini, 2003).

Il est possible qu'Anna et Vanessa mobilisent cette stratégie – ou du moins de façon non conscientisées. Le couple représente pour elle-deux une facette de leur vie fondamentale : Anna refuse d'être séparée de son mari bien qu'elle pourrait bénéficier de plus de confort ; Vanessa considère Amir comme la personne la plus importante de son entourage, outre certaines travailleuses sociales à qui elle se confie. Il est possible que Vanessa accepte sans doute la violence de son compagnon car il représente sa constante dans le monde de la rue, c'est avec lui qu'elle partage un squat et presque la totalité de son temps ; c'est aussi avec lui qu'elle peut élaborer des projets sur l'avenir.

Cette forme de stratégie de survie ne s'applique que dans des relations hétérosexuelles. De fait, un couple formé par deux femmes ne suffit pas pour les protéger des violences sexuelles et physiques auxquelles elles sont confrontées dans la rue (Lanzarini, 2003). Par exemple, il y avait un couple de deux femmes – je n'ai rencontré qu'une seule des deux femmes, Noémie – qui sont connues des travailleurs et travailleuses de l'ASBL où j'ai mené mon ethnologie. Plusieurs fois des faits de violence ont été portés jusque dans l'association. Un soir, la compagne de Noémie est venue, totalement déboussolée, elle avait été violée par un ami la nuit précédente. Dans un couple hétérosexuel avec un homme capable de défendre sa compagne, ce genre de violence n'aurait sans doute pas eu lieu – hors du couple évidemment.

Grossesse et maternité

Anna par son expérience de la rue et de son usage du réseaux des aides socio-sanitaires montre également que mener une grossesse en rue alors qu'on consomme représente une source de stress : elle témoigne notamment d'une crainte de voir son bébé enlevé et placé. Cette crainte contribue à se méfier des services sociaux. De plus, une grossesse, si la personne concernée ne consent pas à être séparée de son conjoint, ne permet pas systématiquement d'accéder à des traitements de faveur par rapport à une prise en charge au niveau d'un logement. En outre, le maintien du lien avec les organismes d'aide comporte sans doute plus de risques comparés aux avantages pour Anna – qui semblent être minimes pour Anna. Je vois qu'elle est très déçue de l'aide qui lui a été fournie lors de ma dernière rencontre avec elle – et de la lenteur et de la longueur processus de prise en charge. Elle n'a pas reçu de logement pour elle et son compagnon et elle sent qu'elle doit trouver rapidement des solutions pour pouvoir garder son enfant. Elle m'expliquait un jour considérer la possibilité de rentrer dans son pays d'origine si des solutions ne se présentaient pas... Elle disparaît alors rapidement des radars de l'association auprès de laquelle je l'ai connue.

Quels seraient donc les conditions qui motiveraient une femme en situation de grande précarité à vouloir mener à bien une grossesse dans les conditions misérables qui sont celles de la vie en rue en plus de celles conditionnées par l'état de dépendance ?

Perspective de grossesse, moteur d'une vie meilleure

Lors de la soirée où Vanessa s'était confiée auprès de Françoise et moi, elle nous avait aussi partagé son désir de grossesse. Elle nous explique que ses règles ont du retard mais qu'elle serait contente si elle était enceinte. Elle en parle beaucoup avec Amir et lui aussi aimerait selon elle. Ils ont chacun.e de leur côté déjà un enfant mais ne peuvent les voir. Vanessa explique qu'en dehors du bonheur d'avoir un autre enfant, cela lui permettrait d'avoir une motivation en plus pour arrêter de boire. De fait, la parentalité peut provoquer des changements directs ou sur du long terme sur les habitudes de consommation (Jamouille, 2000). Selon Laurence Simmat-Durant, pour les femmes

sujettes aux addictions, une grossesse « est investie de pouvoirs magiques comme de mettre fin à la toxicomanie en remplissant le vide et l'enfant à naître d'un rôle salvateur ou de rédemption » (2009 : 66). Elle n'en peut plus mais n'arrive pas encore à arrêter. Elle a entamé les démarches pour suivre un traitement, seulement elle doit acheter des médicaments qu'elle n'a pas encore été chercher – cela fait depuis quelques semaines déjà. Elle explique qu'elle ressent le besoin de boire dès le matin, après son déjeuner. Vanessa pense pouvoir trouver un appartement d'ici neuf mois pour accueillir un bébé. De son côté, Françoise essaie de la convaincre de penser d'abord à trouver des solutions pour son bien-être à elle avant de faire de nouveau un enfant.

Nous parlons également de la fille de Vanessa. Françoise lui demande comme vont les démarches pour voir sa fille – actuellement Vanessa est dans un processus pour rendre visite à sa fille qui est placée dans une famille d'accueil. Elle n'avait plus droit de la voir. Le contact est pour le moment maintenu que par photos qu'elle reçoit de la part de la famille d'accueil.

Elle raconte qu'elle craint qu'elle l'ait oubliée et qu'elle ne la reconnaisse plus comme sa mère. En effet, cela fait deux ans qu'elles ne se sont pas vues – depuis sa séparation avec Benoit, Vanessa s'est retrouvée à la rue, n'avait pas de moyen d'être contactée ou de contacter son assistante sociale. Elle n'a jamais pu assister à ses rendez-vous au tribunal pour pouvoir voir sa fille.

Maternité : entre joie, résilience et stigmatisme/ seule perspective de reconnaissance sociale ?

Alors que leurs conditions de vie sont très détériorées, Vanessa voit en une grossesse une perspective d'amélioration de sa vie, c'est un projet viable selon elle ; du côté d'Anna, je ne sais pas si sa grossesse était à l'origine désirée ou non mais lorsque je la rencontre, elle souhaite garder son bébé et l'élever. Corinne Lanzini mettait également en évidence la charge d'espoir à laquelle correspond la perspective d'élever un enfant pour les femmes habitantes de la rue (2003).

Dans un contexte très différent, celui de l'ethnographie de Philippe Bourgois dans l'*East Harlem*, lieu de vie des dealers (et quelques rares dealeuses) de crack, la maternité est le seul lieu de valorisation des femmes dans le paysage culturel de l'époque et du lieu (Bourgois, 2001). Ce milieu est extrêmement sexiste : les femmes sont généralement exclues du commerce dans l'économie souterraine et dès la préadolescence, les (très) jeunes filles subissent des viols collectifs qui sont érigés en rite d'initiation par leurs homologues masculins. La maternité est synonyme de joie malgré les conditions de vie misérables ; ces conditions contribuent même plus à inciter à la grossesse qu'elles ne l'empêchent. La maternité semble être d'autant plus attirante que la vie est difficile, elle est une « fuite romantique d'un environnement objectivement difficile » (Bourgois, 2001 : 313). Dans ce cadre social, il s'agit également d'une fuite des violences intrafamiliales qui ont lieu dans le foyer initial. Pour pouvoir s'échapper de la maison parentale et ses violences, les femmes instituent leur abuseur comme petit ami et le suivent pour construire un nouveau foyer – bien que les violences se poursuivent dans ce foyer également. Ces femmes, dans leur discours, idéalisent leur relation avec leur compagnon et décrivent une idylle même si leur abuseur les bat et exige qu'elles avortent. Il y a également un intérêt matériel à mener une grossesse pour les femmes de *East Harlem* dans les années 90 : l'existence de programme de logement pour les jeunes femmes s'avère être une motivation supplémentaire. (*Ibid.*)

Selon Philippe Bourgois, il n'existe pas d'autre scénario pour ces femmes : la maternité précoce n'est pas un caprice, elle est banalisée et attrayante. De plus, les enfants peuvent être une source incroyable de résistance et de dynamisme. Pour Candy, une des actrices de terrain de l'ethnologue, ses enfants sont son échappatoire : elle parvient à s'extraire du réseau économique souterrain ; n'entre pas en totale dépendance des drogues ; rompt avec son compagnon abuseur ; et retrouve du sens à sa vie après une rupture amoureuse difficile. Ses enfants sont son moteur qui lui ont permis de traverser les épreuves et de s'en sortir.

Bien que les parcours des femmes rencontrées sur mon terrain et des femmes de *East Harlem* se tiennent dans des contextes assez différents, à mes yeux, leur conception de la maternité est commune. Une grossesse est une source de joie et la perspective de la

maternité peut agir comme moteur, une force ou une source de résilience pour surmonter des épreuves au cours de leur vie.

Depuis (presque) toujours, depuis des millénaires, dans la société occidentale, la maternité est imposée aux femmes comme l'accomplissement d'une prétendue « nature » propre à la féminité (Braun, 1987). Bien que nous soyons en Belgique et en 2022, il me semble que la maternité est toujours représentée dans l'imaginaire collectif comme le paroxysme de la féminité (Schmidt, 2019) et est certainement intériorisée pour les femmes comme une façon d'être valorisées et d'accomplir un sens, qui leur est culturellement imposé. Peut-être est-ce également pour cette raison que la maternité est si fort chargée positivement pour les femmes avec peu de perspectives. Pour Vanessa, la grossesse semble en premier lieu évoquer beaucoup de joie. Ensuite, il s'agirait d'un moteur pour améliorer ses conditions de vie. Il semble qu'elle ait du mal à réellement poser des actes et des résolutions qui amélioreraient seulement sa vie ; pour un autre être, elle se pense capable d'arrêter de consommer. Quant à sa relation avec son compagnon, Amir, qui serait le géniteur de son enfant, bien qu'il la batte parfois, elle décrit une relation amoureuse presque normale : ce n'est pas un frein.

Philippe Bourgois rendait compte également de la perspective des femmes toxicomanes qui mènent des grossesses à terme. En recherche désespérée d'un sens à leur vie, elles se refusent à abandonner la perspective d'éprouver un peu de bonheur grâce à la maternité parce qu'il est impossible d'élever sainement un enfant dans le quartier. Bourgois les décrit comme des « rebelles auto destructrices » et non pas des « mères cruelles et insensibles » (Bourgois, 2001: 325).

Ainsi, la maternité peut se trouver le seul moyen de gagner en autonomie et de bénéficier de reconnaissance sociale. Ce qui va se jouer pour ces femmes « c'est la confrontation simultanée entre une légitimité sociale à exister, une reconnaissance sociale acquise par la maternité, mais aussi une surveillance sociale de chaque instant, et un risque d'invalidation dans tous les rôles sociaux au moindre écart à la norme dictée par les représentants de l'aide sociale ». (Lanzarini, 2003 : 113)

Les femmes sujettes aux dépendances sont stigmatisées lorsqu'elles sont des mères également. En effet, en plus de transgresser les normes de genre⁸, elles transgressent également les normes associées à la maternité sur le plan pénal, social et médical. (Simmat-Durand, 2009) Les femmes usagères de substances psychoactives sont donc doublement stigmatisées. Ce double stigmate constitue un frein à la démarche de demande de traitement (Barrault, 2013). D'après la sociologue Emmanuelle Hoarau, certaines femmes arrivent, en raison d'une meilleure autonomie socio-économique à l'égard des hommes, à se défaire de ces assignations et de ces stéréotypes, même si ces derniers influencent les interactions avec les professionnels du secteur médico-social (2012).

Il est possible que la disparition d'Anna des endroits dans lesquels nous pouvions échanger avec elle soit liée à cette double stigmatisation – bien qu'il soit également possible qu'elle ait tout simplement quitté le territoire pour accoucher dans un endroit où elle sait qu'elle pourrait garder son bébé.

Comme la littérature le montre, la maternité s'avère parfois une ressource conséquente pour les femmes qui luttent contre des dépendances. Pour les femmes qui doivent survivre sans logement, avec ou sans addiction, la rue est un lieu dangereux. Le genre est un facteur de vulnérabilité en ce qu'il expose les femmes à des violences spécifiques et il est pertinent de penser qu'il est encore plus vivace pour les femmes en situation de grande précarité qui vivent dans la rue (Loison & Perrier, 2019).

Prostitution

La prostitution est souvent décrite comme une stratégie de survie employée par les femmes consommatrices pour répondre à leurs besoins de produits (Jamouille, 2000). Louise m'a initiée à sa conception de la prostitution. Elle me raconte comment, un peu

⁸ La toxicomanie est considérée comme intrinsèquement masculine (Simmat-Durand, 2007). De plus, la consommation de substances psychoactives suscite presque universellement une marginalisation et une stigmatisation de l'entourage, des institutions publiques et gouvernementales (Room, 2005). Dans le cas de femmes usagères d'alcool cette stigmatisation en est que plus intense (Bloomfield, 2000).

par hasard, elle est entrée dans ce monde. Finalement, la prostitution devient pour elle une porte de sortie salvatrice : « la prostitution m’a sauvée... elle m’a sauvée du deal et de la prison ».

À 18 ans, sa famille devenue orpheline de père, Louise doit aider sa mère financièrement. Ses frères sont déjà impliqués dans le commerce de l’économie souterraine, ils vendent des drogues, elle dit d’eux qu’ils font partie de la « toxicomanie mondaine ». En fait, toute sa famille est intégrée dans le système de l’économie souterraine lié à la livraison et à la vente de substances psychoactives – entre autres. Alors qu’elle souhaite s’éloigner de sa famille, elle quitte sa région d’origine et part à Lille seule. Elle cherche un boulot dans un journal gratuit des petites annonces et tombe sur une recherche de serveuse dans un bar à champagne. Ne sachant pas de quoi il s’agit, elle se présente et est initiée par les femmes plus expérimentées qui travaillent avec elle. Elle apprend à se maquiller et intègre le fonctionnement du lieu. Alors qu’elle fait sa première soirée, elle se dit qu’elle ne va pas réussir dans ce milieu. Alignées devant le bar, les filles vendent leur compagnie en échange d’une bouteille de champagne ou de coupes achetées par le client. Le travail est donc lié à la consommation d’alcool. Les filles sont payées en fonction des bouteilles achetées. Elles boivent avec le client et passent le temps de la consommation ensemble dans une alcôve attenante. Le premier soir, Louise « met trois coupes de champagne ». Elle comprend après qu’elle est payée à la bouteille, « il faut mettre de la bouteille ». Le client vient, avec une première coupe, ils passent un moment au bar et puis, en achetant une bouteille, le client a alors le droit d’amener une fille dans une alcôve.

Sportive d’origine, Louise est connectée à son corps. Lorsqu’elle sent qu’il se détériore, elle a déjà envie de partir. Elle commence à avoir des tremblements d’alcoolique. Il faut boire pour que le client apprécie la présence de la fille : « Si tu ne bois pas, il ne te choisira plus ». De plus, le travail ne lui plaît pas tant que ça, l’acte sexuel paraît moins compliqué à Louise que d’écouter les hommes et devoir faire semblant de prendre plaisir à la conversation, simuler des rires quand ils font des blagues.

Sa porte de sortie du bar à champagne sera l’escorting dans des soirées d’avocats. Plus tard, elle travaillera dans un bordel également. Elle m’explique que travailler dans

un bordel est avantageux en ce que les « *filles* » sont protégées des clients. Cependant entre elles règne une rivalité dangereuse (qui va jusqu'à la violence physique : chute, détérioration du matériel pour provoquer des blessures, ...) et la moitié de leur revenu va à la personne qui « *gère* » le bordel. Aujourd'hui Louise milite contre cette oppression patronale.

La prostitution comme stratégie de survie est à double tranchant. Elle ne permet de bénéficier d'aucune protection que ce soit physique – même dans un bordel où les « *filles* » sont protégées des clients, il n'y a pas de protection entre travailleuses –, face aux clients, aux gérantes⁹ des bordels – dans les cas d'abus, personne, même les autorités ne prennent la défense des droits des prostituées... Sous le statut d'indépendante, il est extrêmement compliqué de professer tout en étant en sécurité sans devoir donner presque tous ses revenus (par exemple dans les vitrines où la location du lieu coûte excessivement cher). Dans les lieux tels que les bordels, il faut se soumettre aux horaires de travail imposés qui sont très lourds (Louise m'expliquait devoir faire des journées de douze heures), parfois ne pas pouvoir prendre des congés (au risque de ne plus être acceptée dans le bordel) et accepter d'être exploitée et de s'épuiser à la tâche pour au final que la moitié de l'argent gagné arrive dans la poche d'une autre personne. Il n'est pas rare que des « *filles* » consomment pour pouvoir tenir le rythme.

Cependant, la prostitution reste pour Louise, dans sa vie, une échappatoire salvatrice. Elle ne conçoit pas cette pratique comme quelque chose qui la place comme victime. La prostitution lui a permis d'accéder à une forme d'indépendance vis-à-vis de sa famille. Elle blâme l'injustice de la loi (et milite pour l'abolition de la loi contre le proxénétisme), la stigmatisation¹⁰ et les discriminations sur les prostituées. « *C'est mon corps, c'est moi qui prends les chocs psychologiques.* » Elle revendique son droit de disposer de son corps comme elle le désire.

⁹ Lors de nos conversations, Louise me parlait exclusivement de gérantes, qui montaient leur bordel quand elles étaient trop âgées pour continuer de se prostituer.

¹⁰ La prostitution est encore source de stigmatisation en ce qu'elle induit une transgression des normes de genre (Robillard, 2007).

Certes la morale condamne les effets sur la santé et les problèmes sociaux qui émanent de la consommation, de l'intoxication et de la « perte de contrôle ». La stigmatisation agit dans ce cadre comme un outil de contrôle social. De fait, il a été montré que les normes instaurées par le politico-religieux et l'État définissant l'usager ou l'usagère de drogues et la prostituée comme déviants construit leur marginalisation. Cependant, ces marginaux et stigmatisés peuvent se réapproprier ces critères qui les discréditent et en tirer une forme de valorisation et reprendre, de cette manière, du pouvoir sur leur corporéité et leur identité. (Robillard, 2007)

Cependant, il s'avère que le stigmate attribué aux travailleuses du sexe impacte souvent leur autopréciation. En effet, les préjugés, discriminations, manque de respect issus du stigmate sur cette forme de travail, bien qu'elles puissent éprouver du plaisir et de la fierté à exercer cette profession, créent une contradiction interne, de la honte et de la mésestime.

Historiquement, la prostitution est liée à l'immoralité, la débauche et à la criminalité. Aujourd'hui encore, sont menées des « croisades morales » visant le maintien de la stigmatisation sur les TDS¹¹. Ainsi, l'acte de vendre un service sexuel génère un stigmate. Les femmes qui y ont recours sont considérées comme des femmes irresponsables, infantiles et prônant une féminité dégénérée. Cette féminité les empêcherait de faire preuve d'une maternité adéquate, elles se voient plus souvent retirer leurs enfants par les services sociaux par exemple.

Selon leur appartenance ethnique, tantôt, elles sont d'autant plus discriminées car leur « race » est associée à la criminalité. L'accent est tout fois mis sur la victimisation, assimilées à des enfants, elles sont considérées comme des êtres sous le joug psychologique de proxénètes (Comte, 2010).

Afin de conserver de l'estime de soi, les TDS élaborent des stratégies de « gestion » du stigmate qui leur est imposé – et ainsi minimiser les effets néfastes psychologiques qu'il implique. Il y aurait deux tendances : se différencier des autres qui pratiquent le travail du sexe ; contester la stigmatisation. Louise mobilise cette deuxième

¹¹ TDS est l'abréviation de « travailleurs et travailleuses du sexe ». (Comte, 2010)

stratégie : elle milite pour la légitimation de son travail. Elle voit le stigmatisme que la société lui impose mais ne s'y identifie pas et le rejette. Sa volonté de normaliser le travail du sexe et de discréditer le stigmatisme associé se ressent dans les interactions avec des personnes qu'elle ne connaît pas encore. Par exemple, un jour, nous étions à une activité d'une ASBL qui propose aux personnes de rendre des services pour une rémunération. Louise commençait alors à reprendre contact avec des clients, elle nous décrivait ces aventures, lisait des demandes étranges qu'elle recevait. Selon, cette manière de parler ouvertement de son travail et de le dédramatiser s'assimile à une forme de militance et de volonté de normaliser son travail.

L'intersectionnalité des vulnérabilités et stigmatisation des personnes sexisées¹²

Les personnes sexisées, qui consomment des drogues et sont en situation de grande précarité, se situent ainsi à l'intersection de plusieurs potentiels discrédits stigmatisants, qui cumulés, font place à des situations spécifiques de discrimination. Les personnes développent des stratégies de survie particulières qui instrumentalisent l'ordre genré tout en le subissant malgré tout. Elles peuvent développer également des stratégies d'évitement du stigmate, comme Louise, quand elle revendique son droit d'exercer le métier qu'elle souhaite en le banalisant aux yeux des personnes qu'elle rencontre.

Ces aspects, les structures les connaissent - ou les pressentent - et savent l'attention qu'il y aurait intérêt à porter aux minorités de genre dans leur milieu. Une des problématiques dans la plupart des institutions qui proposent des services et un accompagnement aux personnes en situation de grande précarité et consommatrices de drogues est l'accession effective de ces aides et services pour les femmes. De fait, j'ai notamment attaché de l'importance aux lieux dans lesquels j'ai mené mon ethnographie car certaines associations aujourd'hui testent des accroches et tentent d'intégrer les femmes aux services qu'elles proposent. Certaines proposent même des espaces spécifiques d'accueil pour les femmes.

Le constat est que les femmes usagères de substances psychoactives, bien qu'elles soient minoritaires dans le public consommateur, éprouvent des vulnérabilités différentes de celles des hommes usagers (Barrault, 2013). Outre les vulnérabilités physiologiques

¹² Colette Guillaumin montrait comment l'exploitation raciale « racise » les personnes, créant ainsi des groupes minoritaires victimes de stéréotypes et de stigmates appuyant leur identité en tant que personnes racisées (Hamel, 2018). C'est dans cette logique que j'emploie le mot « sexisées », comme pour le mot « racisé.e.s » pour me référer aux personnes dominées dans le contexte patriarcal. Il s'agit donc des personnes victimes principales du sexisme et du patriarcat, qui sont y sont exploitées au bénéfice de la classe sociale dominante de ce rapport de domination. Ce mot est plus inclusif que le mot « femmes » car il intègre les personnes non-binaires, les hommes trans, etc. Il est également plus pertinent car il explicite le rapport de domination responsable de la création des classes de genre.

auxquelles elles sont sujettes – telles que par exemple une sensibilité accrue quant à des effets aigus et à long terme dû à la consommation excessive d'alcool et de tabac ou la dépendance qui apparaît pour elles plus fréquemment (Barrault, 2013 ; Spilka et al., 2017) –, elles connaissent un plus fort taux de comorbidité dû à des troubles psychiques alors qu'ils sont très fréquents même lorsque les femmes consomment moins que les hommes. Il y a une concomitance très élevée des troubles psychiques et de consommation problématique de substances psychoactives chez les femmes qui consultent dans le cadre d'une consommation problématique. Ainsi, « la dépression, le trouble de panique et l'état de stress post-traumatique (TSPT) précéderaient le plus vraisemblablement le début d'un trouble d'utilisation de substances », tandis que chez les hommes, les états dépressifs seraient symptomatiques d'une pratique de consommation excessive (Barrault, 2013 : 15). Elles connaissaient également une grande propension à éprouver des difficultés en raison de risques accrus psychopathologiques et environnementaux pouvant accentuer des comportements de consommation excessive. Ainsi elles peuvent « présenter des troubles concomitants tels que des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur et moins de troubles de la personnalité antisociale » (Barrault, 2013 : 16-17).

Des facteurs socio-économiques les rendent également plus vulnérables : lorsqu'elles consultent pour leur consommation excessive, les femmes consommatrices possèdent moins de capital symbolique – elles sont moins instruites - et économique et sont plus jeunes que les hommes. Cette précarité financière peut les conduire à mener des stratégies de survie telles que le travail du sexe et le trafic de drogues. (Barrault, 2013) Les femmes usagères de drogues éprouvent une vulnérabilité sociale plus grande que leurs homologues hommes. Elles bénéficient d'un accès plus limité aux soins médicaux et connaissent plus de situations de violence (Spilka et al., 2017 : 4).

Selon l'OFDT, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, il y a seulement 20 à 25 pour cent des usagers de drogues dans les organisations dont l'objectif est de soutenir les personnes toxicomanes qui sont des femmes (Fédération addiction, 2016 : 6). Pourtant, les femmes sont plus souvent stigmatisées en raison de leur consommation. Le rôle social des femmes étant lié au *care*, la consommation apparaît comme une transgression de ce rôle. De plus, il est habituel d'en attendre plus des femmes

consommatrices et de faire preuve de moins de tolérance que pour les hommes consommateurs (fédération addiction, 2016 : 15). La stigmatisation contribue également à invisibiliser les femmes usagères et les poussent à cacher leur consommation pour éventuellement éviter d'être soumises à ces phénomènes – il s'agit donc d'un frein à l'accès aux soins de santé et aux cellules d'aide sociale.

Cette stigmatisation des femmes consommatrices s'explique également par une dualité héritée notamment de la religion chrétienne, qui fonde un principe moral fondamental dans nos rapports sociaux de genre. Il s'agit de la dualité féminine mère/pécheresse. Le rôle social des femmes est lié à la maternité : Marie se consacre pleinement à son enfant tandis qu'Eve, en tant que figure transgressive de la féminité, condamne l'humanité par son attrait pour le plaisir. La capacité d'une femme à prendre soin et à rejeter ses désirs pour privilégier ses devoirs de mère et d'épouse est ce qui la rend moralement bonne. Dans le cas contraire, elle se désaffilie de son rôle en tant que femme. (Hoareau, 2012).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, dans nos sociétés occidentales, les femmes auraient été historiquement érigées comme gardiennes et représentantes de la moralité. Un comportement d'usage excessif d'alcool est ainsi interprété comme immoral car étant incompatible avec le devoir régulateur que les femmes doivent assumer au sein du foyer. (Taschini et al., 2015) Cette attribution aux femmes de caractéristiques « féminines » est également visible dans l'analyse des violences institutionnelles et entre les pairs. D'un côté, les institutions les renvoient au cadre domestique et soutiennent le maintien des rôles traditionnels genrés ; de l'autre, leurs pairs entretiennent une dépendance sexuelle en instrumentalisant leurs vulnérabilités. (Lanzarini, 2003)

Les institutions sociales assoient les représentations objectifiantes autour des femmes, « belles », qu'on renvoie à leur physique et leur performance en tant que mère ou ménagère. Elles rappellent également les lieux pouvant être investis pour les hommes et les femmes : sphères professionnalisantes extérieures au foyer pour les uns, et travail domestique cumulé à l'éducation des enfants et gestion du budget pour les autres. Cette distribution genrée des rôles et attributs semble être acceptée par les femmes. Bien que ces rôles sociaux auxquelles elles sont renvoyées « ne constituent pas un enjeu

fondamental dans la démarche de sortie de la rue » (Lanzarini, 2003 : 113), elles sont affectées par les infantilisations, stigmatisations ou les contrôles et surinvestissements dans les institutions qui découlent de ces rôles et attributs genrés. Ces attitudes peuvent provoquer la fuite des institutions ou des retours dans la rue. (*Ibid.*)

Dans le milieu festif techno, l'usage de substances psychoactives est considéré par les femmes comme un « support de singularisation » quant à la famille et aux femmes. De fait, bien que l'usage de drogues n'étant pas une pratique déviante investie classiquement par les femmes, elles existent dans ces communautés en tant que sujet à travers les liens qu'elles y construisent. Au même titre que pour les hommes de ces milieux, il y a une fierté qui se dégage de l'usage, qui est considéré comme socialisant et positif, et d'être parvenue à franchir la double épreuve de la transgression et de maintien de sa santé tout en assumant la continuité de ses rôles. (Hoareau, 2012)

Toutefois, ce rapport à la consommation se différencie fortement pour les femmes en situation de grande précarité. Dans ce milieu, les femmes éprouvent plus de honte et de mésestime lié à l'usage que leurs pairs. Le stigmate de la transgression des rôles sociaux ajoute un sentiment de culpabilité et accentue les affects destructeurs auxquelles les femmes sont confrontées. (*Ibid.*)

Il y a par conséquent deux dimensions affectives potentielles dans l'usage chez les femmes selon le contexte social – grande précarité et milieu festif en tension. La transgression de l'interdit de consommer produit pour les usagères en grande précarité « une honte de genre » et de la culpabilité qui vient accentuer leur autodépréciation ; tandis que chez les usagères en contexte festif, les affects négatifs dus à la transgression des rôles genrés sont contrebalancés par les vertus initiatiques promulguées par le discours du groupe.

« Finalement, ce qui semble essentiel, chez les femmes, dans l'investissement du sens de l'usage (gestion des traumatismes versus opérateur de subjectivation) et sa régulation, outre leur histoire personnelle, ce sont l'estime de soi, la socialisation par les pairs à un discours qui neutralise les affects négatifs à l'égard de la transgression et la possibilité d'autonomisation à l'égard des assignations de genre. »

Les femmes semblent connaître plus de discrédit sur leur parole et leur choix que les hommes dans leurs interactions avec les structures de soin et d'aide sociale. Il y a une différence de regard porté sur les détériorations qu'elles connaissent à cause de la consommation et des conditions de vie qu'impliquent la grande précarité, et une exacerbation de la stigmatisation liée à l'usage de drogues à laquelle elles sont exposées. Des stéréotypes genrés sur l'usage de drogues différencient les hommes des femmes dans le stigmate de la consommation. Pour les femmes, associées au stéréotypes de la féminité, l'usage de drogues est perçu, dans le regard des autres ainsi que dans la perception que ces femmes ont d'elles-mêmes, comme une perte de féminité. Tandis que dans le cas des hommes, la consommation ne contredit pas l'identité de genre qui est associée aux individus. Certes, la transgression de l'interdit de consommer implique une condamnation sociale, une inaptitude à remplir ses fonctions sociales et marque la déviance. Les femmes quant à elles, en plus des stigmates endurés par les hommes, connaissent un trouble dans leur identité de genre, elles trahissent l'« idéal féminin » qui devrait transparaître dans leur apparence physique, leur capacité à remplir les fonctions maternelles et dans la transmission culturelle. (Hoareau, 2012)

Le stéréotype de la vulnérabilité associé à la féminité – quand l'usage du produit en lui-même se suffit à entacher aux yeux des autres l'identité genrée de la personne - dégrade la confiance en soi qu'elles pourraient éprouver. De fait, la vulnérabilité comme stéréotype constitutif de l'identité des femmes érige les rôles de maternité, d'épouse et de garante de la transmission culturelle comme essentiels à la féminité. Cela a comme effet de créer un imaginaire selon lequel les femmes usagères sont moins autonomes et sont moins capables de poser des choix éclairés. C'est pourquoi les femmes seraient plus facilement jugées et trop souvent surinvesties dans leurs rencontres avec les structures de soin et d'accompagnement social. Ces deux tendances tendent à ignorer la dimension subjective de la personne et ainsi engendrent, même dans une relation de confiance, des affects négatifs tels que la mésestime de soi et la honte. Ainsi, l'application des stéréotypes genrés et la non prise en compte des ressources et « faiblesses » d'une femme,

en plus du savoir expérientiel et de ses ressentis sur la stigmatisation qu'elle peut partager affectent son autonomie en tant que sujet. (Hoareau, 2012)

DISCUSSION FINALE ET CONCLUSION

Dé-subjectivées dans leurs interactions avec les structures sociales et de soin – quand le stéréotype de vulnérabilité prend le pas sur la prise en compte de la subjectivité des femmes –, les femmes consommatrices ont ainsi des besoins spécifiques dus à l'imposition de stigmates ainsi que des vulnérabilités socio-économiques, physiologiques, psychiques, des pratiques de consommations différentes et des difficultés rencontrées dissemblables de celles déjà connues et reconnues dans le milieu associatif que rencontrent les hommes consommateurs. De fait, au-delà des aspects physiologiques et bien qu'elles bénéficient d'avantages dus aux représentations sociales des « femmes fragiles » dans les lieux de logements d'urgence (Loison & Perrier, 2019), les difficultés encourues rejoignent des phénomènes spécifiques au patriarcat – invisibilisation, stigmatisation, violences (intrafamiliales) sexistes, ... - et aux normes de genre qui en découlent. De fait, les femmes sont déjà dans la société les principales cibles des violences sexuelles ; la consommation de drogues paraît renforcer encore plus la vulnérabilité des femmes aux violences (fédération addiction, 2016 : 41).

Ainsi, les fragments de trajectoires de vie de Vanessa, Anna, Louise ou Noémie éclairent certaines difficultés rencontrées lorsque la précarité rencontre le genre (et la consommation de substances psychoactives). Ces femmes, sous le joug de la précarité et des produits du système patriarcale – stigmatisations, violences intrafamiliales, ... -, luttent avec des habitudes de consommation qui les maintiennent dans la précarité¹³. Elles n'ont pas toujours été maitresses de leur consommation – et de leur initiation - et ne peuvent pas toujours compter sur le soutien de leur compagnon pour parvenir à ne plus consommer.

Pour subsister dans ces conditions et selon les récits que j'ai pu collecter le temps de mon terrain, elles élaborent des stratégies de survie telles que le choix d'un compagnon capable de les défendre des violences des autres habitants de la rue ou des pratiques de

¹³ Je me permets d'avancer qu'il est probable que les violences peuvent contribuer à créer ces habitudes de consommation. D'après ce que Vanessa a partagé avec moi, la violence conjugale qui fait partie de son quotidien depuis bien des années ne peut qu'avoir exacerbé ces tendances.

prostitution. Cependant ces stratégies de survie les placent également dans des situations de vulnérabilité : les femmes sont exposées aux potentielles violences du compagnon choisi ; il n’y a pas de réglementations légales qui protègent les femmes prostituées – que ce soit de la violence des clients ou de l’exploitation dont elles sont victimes dans le cadre non réglementé de leur travail.

Outre les stigmatisations - spécifiques à leur rôle social de femme en interaction avec l’usage de drogues, la conduite de grossesse et/ ou la prostitution – auxquelles elles se heurtent, elles doivent également composer avec des vulnérabilités entretenues parfois par l’Etat - dans le cas de la prostitution. La précarité, la toxicomanie et le sexisme sont autant de facteurs de discrimination qui ensemble forment mutuellement des situations particulières de marginalité et de vulnérabilité.

Le prisme du genre est aujourd’hui essentiel dans la production du savoir académique. Les inégalités sociales s’intensifient depuis la crise du coronavirus et la fondation Roi Baudoin recensait en mars 2021 une augmentation et une féminisation de la population qui habite la rue. La précarité et le genre sont donc des enjeux qui se rejoignent et qu’il faut étudier.

J’aimerais clôturer cette partie par deux réflexions épistémologiques : en premier lieu, sur la manière dont le savoir sur les femmes est construit ; ensuite sur l’hétéro-cisnormativité.

Les savoirs académiques sur les femmes et leurs usages des drogues restent souvent orientés sur des sujets spécifiques qui contribuent à renforcer les stéréotypes et les stigmates dont les femmes sont victimes (Neff, 2018). Les études doivent donc plus prendre en compte la subjectivité des femmes comme dimension initiale centrale. Ainsi les rôles et traits liés systématiquement aux femmes tels que le *care*, la maternité ou la vulnérabilité rassemblent autant de thèmes qui participent au maintien des stéréotypes de genre car « le savoir et pouvoir font partie d’un même mécanisme de coercition et d’injonction normative » (Foucault, 1969 ; Neff, 2018 : 587). J’espère ne pas avoir participé de ce phénomène tout en ayant ciblé justement les stigmates que les femmes se voient obligées de porter. Néanmoins, en finalité, bien que je sois partie des données

empiriques ethnographiques qui m'ont été données de récolter, mon travail reste globalement ancré dans les traits stigmatisants habituellement reliés aux femmes. Cependant, je trouve aussi que Louise revendiquait un vécu qui dépassait les stéréotypes victimaires qu'on associe souvent aux femmes qui se prostituent. Elle dépasse le stigmate de la prostituée et revendique son droit de disposer de son corps tout en militant pour la normalisation de ce droit – elle le fait dans ses interactions quotidiennes et par la prise de parole en public également. Par cette prise de position constante, elle se rend sujet de sa propre histoire et réfute les idées selon lesquelles elle n'est pas capable de prendre elle-même ses propres décisions et de mener sa vie librement.

À présent, et ceci marquera la conclusion de cette partie, j'ai le sentiment de pas avoir prêté assez d'attention à certaines réalités souvent invisibilisées. Mon travail est très hétérocentré et ne s'éloigne pas des schèmes habituels d'analyse basé sur l'hétéronormativité et la division binaire de genre. J'aurai éventuellement pu plus cibler mes interlocuteurs et/ ou interlocutrices. Ainsi, par exemple, il aurait été pertinent de suivre le parcours d'une femme lesbienne en rue et voir quelles sont ses stratégies de survie dans son quotidien en tant que femme émancipée de l'hétéronormativité. J'ai croisé à quelque reprises une femme, Noémie, qui vivait en couple dans la rue avec une autre femme. Je n'ai pas eu l'occasion d'approfondir nos relations et de m'intéresser à sa réalité. Cependant j'ai suivi de loin certains événements de ce couple (voir la partie sur le couple comme stratégie de survie) mais n'ai pas pu approfondir étant donné qu'elles fréquentaient très peu l'ASBL. Peut-être que cette non-fréquentation des moments d'accueil communautaire dit quelque chose aussi de sa réalité en tant que femme lesbienne en situation de grande précarité. J'aurai également aimé avoir l'opportunité de parler avec une femme qui est venue une fois alors que j'étais présente à l'association au cours d'une permanence sociale. Il s'agit d'une femme trans et prostituée. Lorsque je la rencontre, elle me dit qu'elle ne vient jamais le soir lors des moments où tous et toutes sont conviées dans l'association pour boire un café, bénéficier de services ou prendre du matériel de consommation. Ces moments sont également des instants qui servent à pérenniser les liens entre les personnes bénéficiaires et les travailleurs et travailleuses. Qu'est-ce que cette non-présence lors des moments d'accueil communautaire dit de l'accès aux soins ou aux

aides des femmes trans et lesbiennes ? Pourquoi évitent-elles ces espace-temps ? Est-ce que leur suivi, l'accès aux soins ainsi qu'aux aides sociales s'en retrouve impacté et leur accès aux soins et aux aides sociales ?

Les personnes trans, faisant partie de la catégorie des personnes sexisées, subissent les mécanismes de discrimination patriarcaux, au même titre que les femmes cisgenres – si pas de façon plus intense. Dans les écoles, la transgression des normes de genre et de l'hétéronormativité se traduit par l'exclusion, les violences physiques et sexuelles, le harcèlement... Les enfants trans sont les personnes les plus exposées à ces violences. (Chamberland, 2019)

C'est donc compréhensible qu'elles soient également peu présentes dans les structures. Face à un public peu renseigné sur les études de genre ou les transidentités, ce milieu doit être violent pour elles. Aussi, comme l'exemple de Johanna le montre, une femme trans et TDS que j'avais rencontré brièvement, ces personnes peuvent se situer à l'embranchement de plusieurs facteurs de stigmatisation et donc de discrimination : à travers la prostitution, la consommation de drogues, la transgression des normes hétéronormatives et de genre... Ainsi cela peut accentuer leur isolement, marginalisation, précarité et de façon plus globale leur vulnérabilité. Alors on peut se poser des questions sur les formes de violences spécifiques qu'elles peuvent endurer. Sont-elles déniées dans leurs identités de genre ; ou connaissent-elles, en ce qui concerne les femmes trans, les mêmes violences que les femmes, comme l'exemple de l'effet de la désubjection. Je n'ai pas pu à ce stade creuser ces questions. De fait, l'invisibilisation des femmes lesbiennes et trans semblent être encore plus intense que celle que vivent les femmes hétérosexuelles.

Finalement, au cours de mon terrain, je suis tombée dans le piège du manque de visibilité de ces femmes avec qui j'aurai voulu construire plus de liens et entendre encore plus leurs récits. Je me suis laissée guidée par le rythme des structures, prise dans l'urgence des situations et des demandes. Je voulais également laisser aux personnes le pouvoir de décider si elles avaient envie d'échanger avec moi. Je voulais pas porter préjudice aux structures en allant frontalement poser des questions qui auraient pu paraître violentes, ou intrusives, à des personnes vulnérables et sensibles. C'est pourquoi j'ai tenté

de développer des relations au fil des rencontres, sans bousculer personne et prendre en compte mes affinités ainsi que celles que je pressentais chez les personnes. Cette manière de faire, qui se voulait spontanée et sensible, m'a permis de nouer des liens de façon sereine pour chacun.e. Toutefois, je déplore la non-présence des quelques femmes trans ou lesbienne de façon régulière dans les structures car je n'aurai pas pu développer de lien de confiance avec elles. Quatre mois de terrain n'ont pas suffi pour élaborer avec les usagères sexisées – lesbiennes, trans, ...- des récits de vie, ou d'autres types de ressources empirique co-construites que j'aurai aimé élaborer avec elles bien que j'ai bien pu constater les problèmes de visibilité et de présence dans les structures de soin et d'aide social auprès des personnes en grande précarité consommatrices de drogues. Ainsi, intégrer les points de vue des femmes lesbiennes ou trans seraient très précieux à mon sens pour approcher encore plus la réalité du terrain et donner la parole aux personnes peu visibles ou invisibilisées.

INTERCALAIRE

Ainsi, corolairement aux effets du stigmatisme sur les personnes usagères de drogues et en situation de grande précarité – de rejet, d’accentuation des vulnérabilités, de contrôle sociale... - pour les personnes sexisées (car le stigmatisme crée des situations de violence et de vulnérabilité supplémentaire à celles déjà éprouvées dans le quotidien en rue et dans les styles de vie liés à la consommation de drogues), le phénomène est d’autant plus intense bien que singulier.

Aussi, la vulnérabilité, les stigmates et les stéréotypes participent de la victimisation et la dé-subjectivisation des femmes ce qui empêche la création de liens autonomisants et revalorisants. Les femmes tendent à cumuler des facteurs de stigmatisation dans leurs stratégies de survie. Elles accèdent à de la valorisation dans des pratiques qui contribuent à les renfermer dans la précarité ou qui tendent à reproduire les attitudes dé-subjectivantes des professionnels de l’accompagnement et du soin.

Du fait de leur identité de genre, le stigmatisme lié à la consommation crée un effet encore plus destructeur car il affecte cette-même identité de genre. Les stratégies de survies mobilisables pour pallier ces effets (méséstime de soi, blessure de genre, dépendance,...) peuvent participer à accentuer la stigmatisation qu’elles endurent.

Finalement, le recours aux drogues semble souvent s’apparenter à une stratégie de survie (à double tranchant) pour les personnes que j’ai rencontrées. Malgré les caractéristiques destructrices de l’addiction – tant au niveau social, psychique ou physique -, elle peut combler un manque, adoucir un présent insoutenable, offrir assez de répit que pour continuer à survivre et ainsi « soigner » d’une certaine façon (Schulthess, 2006). À présent, il est temps d’explorer la consommation en elle-même, la manière dont elle s’agence et s’intègre dans les vies des personnes, et comment elle est porteuse d’un stigmatisme qui souvent mène à l’indignation et parfois à la violence de (certains.e.s de) nos concitoyen.nes.

DIFFÉRENTS PARCOURS LIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Dans cette partie, je souhaite explorer les notions d'« addiction », « assuétude » ou « toxicomanie » ou tout simplement le thème de la consommation irrépressible de drogues de façon plus large. J'aspire ici à rendre compte de la multiplicité des aspects : processuels, interpersonnels, subjectifs et sociétaux qu'impliquent les styles de vie liés à la consommation de drogues pour les personnes en situation de (grande) précarité.

Après quatre mois à côtoyer des personnes qui entretiennent des habitudes de consommation considérées comme problématiques, je ne peux dégager une définition uniforme de l'addiction. Les parcours d'entrées dans des styles de vie liés aux drogues ; les styles de vie liés aux drogues en eux-mêmes ; ou par exemple les fonctions prêtées à l'usage de drogues auxquels on a bien voulu m'introduire varient bien qu'il y ait des convergences. Pour illustrer ces singularités et similitudes, je vais explorer quelques portraits fragmentaires et un portrait beaucoup plus élaboré pour tenter de décrypter certains aspects de styles de vie liés à l'usage de substances psychoactives rencontrés le temps de mon ethnographie - le tout en gardant à l'esprit le caractère singulier des récits que j'ai récolté, compte tenu de la fugacité de mon terrain.

Ainsi, cette partie va principalement s'attacher à dégager les manières dont les addictions, assuétudes ou toxicomanies – qu'elle que soit leur dénomination – se matérialisent concrètement dans les parcours et dans les manières de se raconter des personnes qui ont bien voulu m'introduire aux problématiques du quotidien qui est le leur. Je vais tenter de les décrire et interpréter au plus proche des réalités à travers trois parties agencées afin de dégager un maximum de prismes d'analyse. La première section parcourt une analyse d'un entretien sur le cheminement d'une personne dans l'entrée dans des habitudes de vie liées aux drogues. Ensuite, je décrirai brièvement des situations de consommation qui semblent irrémédiablement dépendre des relations interpersonnelles – dans le processus initiatique. Pour finir, je proposerai une dernière partie questionnant les liens entre usage de drogues, classe sociale, (grande) précarité et stigmat.

Sens d'une entrée dans des styles de vie lié aux drogues

Je rencontre Adrien à de multiples reprises dans une association lors de soirées d'accueil communautaire - l'ASBL ouvre les portes de son bâtiment aux usagers et usagères pour passer un moment hors du temps de la consommation : pour discuter, bénéficier de soins médicaux ou d'une écoute, prendre une douche, boire un café, ou récupérer du matériel d'hygiène ou de consommation ; le tout encadré par une philosophie de réduction des risques sur l'usage des drogues. Adrien participe beaucoup à la vie quotidienne de l'association, il s'habitue donc vite à ma présence. Il n'hésite pas à prendre la parole pour s'exprimer sur son vécu, sur son passé dans la rue et sur les lois en matière de prohibition des substances psychoactives.

Dans le cadre d'un cours (Jamoulle, 2021b), je lui ai proposé de mener un entretien sur la dépendance, il a directement accepté. Finalement, Adrien s'est principalement ouvert sur le sens de ses entrées en drogue, les fonctions de sa consommation et sur sa gestion de la consommation.

Ainé de ses adelphe, il a grandi au sein d'une famille déchirée et instable – tout le temps en mouvement. Sa mère a quitté son conjoint et ses enfants alors que Adrien n'a que sept ans. Quant à son père, il n'est pas très présent. Alcoolique, lorsqu'il est à la maison, il est violent. Adrien décrit la violence paternelle subie comme psychique et physique. Bien qu'il aime son père, il me dit avoir couper les ponts depuis dix ans car son père a selon ses mots « détruit sa vie » un nombre incalculable de fois.

« Parce que mon père était jamais là ou quand... Bah qu'il soit jamais là ou il était là, mon père était alcoolique. Donc, du jour au lendemain, on avait pas de maman ou de belle-mère, du jour au lendemain, bah... Ou même si on en avait une, il fallait que je protège mes sœurs. Les recompositions de famille, c'est toujours très compliqué et voilà, ça a été... Voilà, on était complètement perturbés. La violence était là, l'égalité des enfants dans les familles recomposées... N'étaient pas égales. Des fois, il y avait des "mouvements brusques". »

Du côté maternel, c'est l'absence et le rejet qui caractérise la relation. Une fois adulte, Adrien cherche à renouer avec sa mère, ayant reconstruit une autre vie familiale,

mais ne désire pas entretenir un lien quelconque avec lui. Américaine, elle était retournée aux États-Unis après le divorce de son époux Belge, le père de Adrien. De cette manière elle avait coupé tout contact avec ses jeunes enfants Belges. Lorsqu'il a atteint sa majorité, Adrien a suivi ses traces : *« Elle voulait pas reprendre contact avec moi. J'ai déjà essayé de prendre contact, elle répond pas à mes appels ou quoi. Pourquoi, je ne sais pas. [...] Pendant sept ans, j'ai téléphoné tous les six mois. Pour dire où en était ma vie, pour... C'était ma façon de me rassurer, pour la rassurer, je ne sais pas... Une certaine fierté ou quoi. Mais je me dis écoute, je ne regrette pas d'être revenu en Belgique parce que bon, bien que ce soit à cause d'un divorce. Et puis, voilà, les projets d'appel que j'ai fait... Elle avait pas le temps de discuter avec moi. Pourtant elle était à la maison, en train de s'occuper de mon neveu. Je sais pas. J'en sais rien. Mais la troisième fois qu'elle m'a dit ça, j'ai dit "écoute bah quand tu as le temps, tu m'appelles". Et puis j'ai jamais eu d'appel. »*

Depuis plus de 10 ans, il n'a plus de nouvelle de sa mère. Il essuie deux rejets de sa part et décrit un manque issu de cette absence qui handicape ses relations affectives d'homme adulte : *« On recherche ce côté maternel qu'on trouve pas, qu'on a plus. Pour avoir un repère... Donc ça influence le jugement affective-liaison homme/femme, puis on se rend compte qu'on se trompe et puis... Mais qu'on ne comprend pas pourquoi et pourtant qu'on se bat pour garder et... On a rien compris à la vie quoi... »*

Le suivi de jeunes inscrits dans des systèmes de vie liés à la consommation de substances psychoactives, dans *drogues de rue*, témoigne notamment de l'incidence des souffrances issues des itinéraires de vie (Jamoulle, 2000). Les précarités familiale et socio-culturelle peuvent ainsi accentuer la vulnérabilité aux substances psychoactives, qui vont correspondre pour Adrien à un refuge.

Fonctions des drogues

Le premier usage de drogues d'Adrien est paradoxalement à la fois un acte de rébellion et de soumission. Un jour, son père l'accuse d' *« être un drogué »* et le corrige : *« C'était une rébellion parce que j'étais accusé et j'ai été battu en pensant que je me*

droguais. Et je me dis "putain je me drogue pas, pourquoi on m'accuse !?" "... Il fallait que- parce que j'adorais mon père - il fallait que je lui donne raison dans ce qu'il avait fait. Mais c'était mon côté rebelle de dire, bah voilà, je suis rentré le lendemain bourré et j'avais fumé les joints de mon premier jour, je suis arrivé, déchiré, à la maison. Il m'a regardé, il m'a dit "t'as bu ?", j'ai fait "oui, mais j'ai fumé aussi". »

La violence physique et l'accusation paternelle pousse Adrien à agir de façon à cristalliser ce dont son père l'accusait. Il ne nie pas l'incrimination, ou n'a pas l'opportunité de le faire, et d'engager réellement une conversation avec son père. L'accusation est perçue comme une injonction car il n'est pas pensable d'avoir reçu des coups pour rien, il n'est pas pensable que la seule figure parentale d'Adrien ait tort.

Cependant, cette mise en acte est aussi signe de défi pour Adrien. Tout comme souligné dans *Drogues de rue*, les jeunes qui connaissent de la violence familiale peuvent adopter des comportements de transgressions et de défi afin d'invectiver l'autorité, en enfreignant la prohibition des drogues par exemple. (Jamouille, 2000)

Au fil du temps, l'usage de drogue s'assimile à une illusion de jeunesse : *« j'ai essayé de rattraper une jeunesse que je n'ai pas eu, une adolescence. J'ai essayé de rattraper jusqu'à maintenant, quasi la totalité de ma vie. Il y a que quelques années que j'ai compris que ma jeunesse, mon adolescence, je n'en ai pas eu. J'ai couru après. On ne sait pas rattraper sa jeunesse quand elle est passée, voilà. »*

La consommation d'Adrien est et a été pour lui une manière de gérer sa souffrance et sa colère au même titre qu'une thérapie aurait pu lui être bénéfique, il dit : *« Pour moi la drogue, personnellement, m'a permis de... C'est comme un médicament. Moi, à l'époque, je connaissais pas la psychiatrie, je ne savais pas que ouais la dépression... Oui, je me voyais pas comme dépressif mais quelqu'un plutôt qui était en colère, qui ne savait pas, qui ne savait qui j'étais ou je comprenais pas le monde ou le monde ne me comprenait pas. Et j'avais l'impression que je pouvais exploser, donc je me suis réfugié dans la drogue pour être un peu dans ma bulle, pour décompresser. [...] Oui, ça vient toujours d'une souffrance, on ne comprend pas, on ne sait pas comment l'utiliser, comment s'empêcher de souffrir, et voilà, c'est ça en fait. C'est en partie, c'est d'autres choses aussi. Je parle*

de connaissance de causes, chez moi. Mais ça fait partie de tout un processus de dépression, voire de dépression chronique qui a toute sortes de souffrance différente. Voilà quoi. »

Ainsi, la substance répond à une recherche d'automédication d'un mal être perpétuel et de dépressions chroniques. De fait, le lien de comorbidité entre addiction et dépression a déjà été mis en évidence dans la littérature scientifique (Metidji, 2019; Van Damme, 2006). Pour des adultes dépressifs, l'usage de substances psychoactives permettrait de combler artificiellement une carence d'estime de soi. L'addiction est un refuge pour la personne qui échappe à elle-même, elle choisit de se vivre par la consommation de produits (Van Damme, 2006).

En parcourant des thèses de psychologues et psychanalyse, Van Damme met en évidence une similitude qu'il existe dans les parcours des personnes dépressives et sujettes aux addictions. Il y aurait une « régression à des stades précoces où se constituent les premiers liens vitaux et l'estime de soi » (Van Damme, 2006 :128). Les individus n'ont pas connu de subjectivisation optimale et éprouvent des dysfonctionnements narcissiques et sur des enjeux d'attachement.

L'auteur décrit également un type de dépression, la dépression anaclitique, qui concerne la personne dépendante. Je trouve que le concept est intéressant au regard de l'histoire d'Adrien (*Ibid.*).

Cette dépression se caractérise par un manque dans le développement de la personne d'un « soutien et d'une saine dépendance ». Ce vide affectif qui a empêché la construction de l'individuation/ subjectivisation de la personne est comblé par une substance qui, par des sensations physiques, « complète » ou subjectivise artificiellement la personne. (*Ibid.*)

Pour les psychologues et psychanalystes, la dépression est tantôt décrite comme le résultat d'un deuil inavoué ou impossible d'un lien d'attachement perdu. L'addiction est alors le signe du déni de cette perte et d'une tentative de conserver « en soi le paradis perdu ». La dépression est également décrite comme liée à la rupture d'un lien d'attachement fondamentale qui lie l'enfant et sa mère, qui est au cœur des besoins innés

et primaires de contact sociaux pour l'enfant. La déprivation de la mère est source de mal-être pour l'enfant, voire de dépression. L'enfant sera plus enclin à compenser cette absence et la souffrance qu'elle implique par l'intermédiaire de substituts. (*Ibid.*)

Ainsi, un système de vie lié aux substances psychoactives peut être lié à un état dépressif. La substance pallie un manque d'estime de soi et colmate artificiellement des failles de la construction du « Moi » de la personne.

La drogue est également un moyen de canaliser la colère ressentie prédisant une « explosion » et une échappatoire à toutes ses émotions qui le rongent ou qui le rongeaient : « [...] *c'était plus dans le sens être dans ma bulle, éviter la souffrance, éviter la colère, tous les sentiments, il y avait plus de barrières, il y avait plus rien, donc j'étais plus étouffé.* » Plus qu'une échappatoire, un moyen de canaliser la colère ou d'apaiser sa souffrance, il est aussi question d'« être soi », de se (re)trouver sans toutes les émotions parasites qui le font souffrir : « *Oui, voilà, c'était ma pause, je me mettais en pause. J'étais dans ma bulle, j'étais libre, j'étais qui je voulais, j'avais personne, j'étais protégé dans ma bulle. Donc j'étais moi tout simplement, sans vraiment savoir qui j'étais mais voilà, je me posais pas de question. Mon esprit était tranquille, j'avais plus cette colère, cette souffrance, voilà, ça a apaisé mon corps.* »

Les fonctions des usages de drogues sont multiples. Rosenzweig les divise en trois catégories élaborées autour de la dichotomie sacré/ profane : la fonction « magico-religieuse » ; la fonction « thérapeutique indexée à une certaine « sacralité » du savoir détenu par le chaman ou le médecin ; et pour finir, la fonction « fonction sociale où le psychotrope est utilisé pour créer « du lien social, influencer l'humeur et faciliter le contact avec l'autre ». ». (Escots, 2014 :63)

Selon son récit, les drogues remplissent pour lui des fonctions thérapeutique et sociale. En ce qui concerne la fonction sociale, le produit agit sur l'état émotionnel d'Adrien, ce qui facilite les relations sociales d'une certaine façon. Cependant, il me semble qu'il recherche plus à entretenir sa relation avec lui-même, sa manière de se sentir « entier » ou « apaisé » qu'à faciliter ses relations avec les autres.

Notons toutefois la perversité de l'usage des drogues à des fins thérapeutiques. Dans un premier temps, la consommation détourne de la souffrance et la mort mais mène à encore plus de souffrance lorsque l'addiction est installée (Schulthess, 2006). L'usage de substance psychoactives s'apparente à une stratégie de survie pernicieuse.

Processus d'entrée dans les systèmes de vie liés aux drogues et tentative(s) de régulation

Adrien m'a expliqué avoir vécu plusieurs addictions - ecstasy, de cannabis, jeux et à l'alcool. Toutefois, il me dit qu'il a été facile pour lui de mettre fin à ces emprises. Aujourd'hui, il consomme de la cocaïne car, après ses recherches, il considérerait que cette substance correspondait le plus à ce qu'il espérait pour soigner son mal-être : *« Parce que toutes les autres drogues, parce que je fumais plus de beuh et puis, voilà... Mais j'ai eu une période où je buvais beaucoup mais j'étais un peu trop en colère et j'arrivais pas à canaliser cette colère. Et donc, j'ai cherché un substitut, je vais dire. Donc voilà, j'étais en train de me perdre. Donc j'ai réfléchi beaucoup. Il y a personne qui m'a influencé dans la cocaïne, il y a personne qui m'a dit "oh mais tiens, goute" ou quand il y avait des gens qui se droguaient ou... Non, enfin qui consommaient pardon. 'Fin voilà, j'avais bien réfléchi, puis posé les bonnes questions à l'époque, je sais même plus quelles étaient les questions mais je voulais savoir quelles étaient les possibilités, parce que je voyais, je sentais l'explosion en moi, et il me fallait quelque chose qui puisse me mettre dans ma bulle le temps que cette colère passe. »*

Afin d'obtenir des renseignements sur le produit et s'assurer d'adopter une consommation à moindre risque, il cherche une personne « non intéressée » pour le conseiller : *« Et donc, voilà, j'ai choisi, j'ai demandé aux bonnes personnes pour me montrer comment bien procéder à la consommation et m'expliquer comment, comment le gérer. Dans le sens, quelle est ma recherche. La personne qui m'a montré, qui était une personne qui était consommateur, mais avait bien reçu le message. Je le connaissais pas, c'était une personne qui m'a été présentée, donc c'est une personne, je l'ai vu une fois dans ma vie. Il m'a expliqué, il m'a montré. Il savait très bien qu'il allait pas me revoir, donc il*

y avait aucun intérêt mais il voulait que je trouve le bon produit et que je le fasse convenablement. Donc moi, j'étais un peu à la bonne école avec toute la science que j'ai eu, ok honnêtement. J'aurai pu tomber sur quelqu'un d'autre, ça aurait été catastrophique. Et puis, ça a été occasionnel seulement. »

L'accoutumance est très rapide. Cependant, elle n'arrive pas directement : « Au début que j'en consommais, j'étais pas vraiment... Mais je cherchais. Bon c'était quelque chose de cher donc je pouvais pas me permettre. Et puis, je pouvais pas dépenser l'argent que je n'avais donc euh... Parce que j'avais une autre vie que la vie de rue. J'aimais bien voir mon père dans un café, j'allais voir des gens, j'allais manger dans des endroits... Tout n'était pas... La cocaïne n'a pas... Je veux dire, au moment où elle a vraiment pris possession de ma vie, c'est à partir où je ne croyais plus en moi-même, je ne voyais pas à quoi ça servait de vivre. C'est pas la cocaïne qui... Par exemple, j'ai pu prendre certains type de (soucis ?) mais la cocaïne a peut-être à voir en partie mais c'est pas ça. C'était ma dépression qui m'a bouffée de l'intérieur et j'ai, en laissant cette dépression – parce que bon, je ne savais pas comment régir non plus. La cocaïne a pris possession de mon existence et voilà. »

Finalement, le produit prend possession de l'existence d'Adrien. L'accoutumance ouvre la porte à la précarité : « C'est vrai que je me suis perdu plusieurs fois. C'est vrai que l'excès de consommation à un moment donné tu n'as plus le juste milieu, même plus le libre arbitre parce que c'est la drogue qui prend possession de toi. C'est trop fort. C'est pas spécialement physique mais c'est psychologique, on a besoin de cette chose qui ne fait que du bien. Malgré que après la consommation, pendant la descente quand t'as plus d'effets, tu as les remords, t'as les regrets. Mais quand tu commences comme ça, tu retournes dans le cercle vicieux automatiquement. » Ainsi, au-delà de la dimension financière : « Oui, parce que financièrement, à part d'être multimilliardaire et milliardaire [...], les finances ne sont plus là et on commence à perdre, on commence à vendre ses objets, on commence à perdre l'équilibre. On perd les repères, on ne pense plus qu'à la consommation. Et petit à petit, c'est un processus qui se fait au fur et à mesure, parce que on perd pas tout du jour au lendemain, mais on se dit "ouais de toute façon, j'en ai pas besoin, ça m'a servi à rien".

Adrien me décrit une précarité au sens de Wrésinski : « absence de sécurités, qui ne permet pas de développer ses potentialités, de jouir de ses droits humains fondamentaux. » (Jamouille, 2021b : 6). À la rue, il n'avait pas accès à un logement ni à des soins de santé. Néanmoins, il ne vit pas d'exclusion sociale, à l'inverse il a longuement insisté sur la bonté des personnes qui lui ont tendu la main lorsqu'il était au plus bas.

La substance accentue encore plus les vulnérabilités psychologiques d'Adrien : « *J'ai fait trois tentatives de suicide, j'y croyais plus. Il y a encore un peu plus d'un an, avant le covid, j'ai abandonné. J'étais à un tel point, si je me lavais c'était au bonheur la chance, j'en avais rien à foutre. Parce que j'y croyais plus.* » *j'essayais encore de montrer une image parce que je voulais pas.. Je voulais pas qu'on me jette, qu'on me fasse partir ou quoi. J'avais encore ce truc-là, cette fausse image que j'avais à l'époque que je montrais. Mais dans ma tête, j'étais mort. Et j'y croyais plus, j'avais plus d'espoir.* »

De ce fait, malgré ce risque d'écroulement, étant donné qu'Adrien ne s'est pas senti exclus de la société, les liens avec les autres n'ont pas été rompus. Effectivement, Furtos théorise la précarité comme un état subjectif d'angoisse qui menace l'intégrité psychique, les liens avec les autres et la confiance envers l'avenir et la société. L'état est tel que le sujet se défie et se sent en insécurité à travers les liens intrapsychiques et intersubjectifs et au sein de la société. Il se désinvestit des actes de la vie ordinaire. La précarisation se caractérise alors par un « processus actif d'exclusion du lien social et de fragilisation psychique ». (Jamouille, 2021b)

Outre l'intervention de personnes dans la vie d'Adrien alors qu'il est dans la rue, il vit tout de même des symptômes de ce processus, à moins que ça ne soit des effets directs de sa dépression chronique qu'il décrit. Par exemple : « *J'étais à un tel point, si je me lavais c'était au bonheur la chance, j'en avais rien à foutre. Parce que j'y croyais plus.* ». Néanmoins, l'intervention spontanée et inattendue d'individus non intéressés qui viennent lui apporter du soutien et un peu d'aide lui redonne confiance en lui et en la société. Le lien social le sauve d'une « précarité massive ». (Jamouille, 2021b)

Lors de la conversation, Adrien a partagé avec moi une courte partie de sa vie durant laquelle il ne consommait plus, il me semblait pendant l'entretien que cette époque était pour lui une période très heureuse, il disait : « *J'avais déjà arrêté la consommation de cocaïne à l'époque. J'avais une vie de famille, j'avais deux enfants formidables et je m'entendais même avec les beaux-pères hein, j'avais une complicité donc les enfants.* » Cette mise à l'écart des substances psychoactives a duré quelques années jusqu'à ce que son père « détruise sa vie » à nouveau : « *Mon père me jalouse. Donc mon père voulait ma vie donc... Il a réussi à détruire ma vie [...] il a pas changé. Il a recommencé et il a recommencé et il fait que ça. Maintenant il vit seul. Je suppose qu'il change mais je peux plus, je peux plus, je peux plus... C'est simple, je peux plus laisser le diable rentrer chez moi.* »

Après cet évènement, Adrien a « tout perdu » et s'est de nouveau tourné vers la consommation. Il décrit la substance aujourd'hui comme une constante dans sa vie. Néanmoins, il essaie de redécouvrir des plaisirs simples de la vie, il cherche à sa valoriser et valoriser son savoir expérientiel en suivant une formation de pair-aidance.

Comment définir anthropologiquement l'addiction

Le témoignage d'Adrien raconte comment un parcours biographique peut mener aux addictions. Son récit montre comment un mal être construit au fil des évènements d'une vie peut pousser à une consommation excessive et irrépressible de drogues pour pallier cette souffrance – à l'absence d'autres moyens ou recours suffisants. Au-delà des aspects psychologiques, la consommation est fondamentalement liée aux conditions sociales, subjectives et intersubjectives dans la vie d'Adrien depuis sa première prise jusqu'à aujourd'hui. D'abord la drogue lui sert à défier son père ; finalement elle « soigne » ses blessures familiales et lui fait figure de refuge. Pendant quelques temps, alors qu'il s'est construit une vie de famille, il parvient à l'abstinence.

C'est pourquoi il est nécessaire de se référer à un cadre théorique multidisciplinaire incluant le subjectif, l'intersubjectif et la société. Cette année Pascale Jamouille proposait une structure des systèmes d'emprise dans *Je n'existais plus* (2021).

Ainsi, elle décrit l'emprise comme un système d'enchevêtrements de nœuds qui assoient l'ascendance d'un abuseur ou d'un système abuseur sur une personne (Jamouille, 2021a). Elle étudie ce phénomène qui se produit dans divers terrains et parcours biographiques : à travers les violences conjugales, les instabilités politiques, les quartiers sous l'emprise des microtraffics de drogues... Est-ce que ce schéma structurant de l'emprise peut s'appliquer aux addictions ?

La première étape est l'installation d'un écosystème propice à l'emprise, cette situation donne prise. Ensuite la ou les personnes font la rencontre d'un prédateur ou d'un système prédateur séduisant/ charismatique. Après l'étape de séduction, l'abuseur ou le système abuseur désubjectivise les personnes. Assujetties, elles ne s'appartiennent plus, elles n'ont plus d'esprit critique, plus d'estime d'elles-mêmes. Les personnes se confondent avec leur abuseur, elles ont incorporé son idéologie et la pratiquent activement. (Jamouille, 2021a)

Toutefois, les personnes ont toujours conservé des espaces de libertés et n'ont ainsi jamais totalement disparu. En s'appuyant sur des ressources intérieures ou extérieures issues de ces espaces de micro-résistance, elles peuvent développer des forces émancipatrices et dénouer les nœuds du filet de l'emprise. Lorsque l'emprise initiale n'a pas été interprétée et démêlée, il y a un vide chez les personnes. Elles cherchent à remplir ce vide par une force structurante. Ce besoin est un terrain propice à un second système d'emprise. (*Ibid.*)

Pour Adrien, les abandons et rejets successifs maternels et la violence paternelle ont créés des souffrances en lui qui semblent toujours le toucher. Il raconte qu'elles ont constituées les fondations de son état chronique dépressif. Dans le processus d'emprise, les vulnérabilités biographiques sont un terreau fertile à l'emprise, il peut s'agir d'un premier nœud. De plus, la drogue semble pour lui un moyen de se sentir exister comme il se sent être au plus profond de lui. Paradoxalement, la substance participe à la fois de la subjectivisation et de la désubjectivisation. Ici, Adrien explique que grâce à la consommation, il se sent enfin exister comme « Moi ». Toutefois ce rapport à la substance évolue, ou glisse, lorsque le manque s'installe, elle prend possession de la personne, elle désubjectivise. Le cercle vicieux, d'emprise, de la dépendance s'installe alors.

L'addiction, les moments d'absence de la substance, participent également de la désobjectivation de la personne.

Le deuxième nœud de l'emprise est la rencontre avec l'abuseur. Dans le cadre de l'emprise des substances psychoactives, il s'agit de la rencontre avec la substance addictive. Adrien s'est ouvert à ce monde à travers un acte de soumission et de défi envers son père. Il consomme pour la première fois de l'alcool et du cannabis. Il développera des accoutumances plus tard seulement. En ce qui concerne la cocaïne, elle n'est pas venue à lui sans qu'il le veuille - il dit : « personne ne m'a poussé vers la cocaïne » -, il a cherché la substance qui pouvait répondre au mieux à ses besoins. Il s'est ainsi renseigné auprès d'une personne sélectionnée par du bouche à oreille, en cherchant parmi des contacts éloignés qu'il ne verrait plus.

Après la rencontre d'un noyau abuseur se met en place un processus de conditionnement ou d'endoctrinement suivi par le quatrième nœud, qui se caractérise par le silence, l'anéantissement et l'adhésion au système. Je retrouve certains de ces éléments dans le récit d'expérience d'Adrien, mais pas tous. L'accoutumance à la cocaïne s'est développée à un moment clef de la dépression d'Adrien, il dit que c'est lorsqu'il ne croyait plus en lui-même que la cocaïne a pris possession de son être. Ce moment manifeste d'une situation d'anéantissement et d'adhésion à un système qui désobjectivise. De fait, l'addiction participe de la désobjectivation de la personne.

Quand Adrien atteint ce pic dépressif, il se retrouve à la rue et tente de mettre fin à ses jours. Il a perdu espoir en lui, en la société et en l'avenir. Il se laisse dépérir physiquement mais arrive à conserver un semblant de dignité, en faisant attention à la propreté de son lieu de squat m'a-t-il expliqué. Cette étape correspond au cinquième nœud, celui de l'absence de recours, de droits et de protections. Cependant pour Adrien, cette étape dure peu de temps.

Comme je l'ai dit plus haut, Adrien a connu différentes addictions. L'emprise s'est répétée, il a cherché à combler un besoin à travers différentes substances, a réussi à s'en défaire pour certaines substances. Aujourd'hui, il explique ne pas imaginer sa vie sans la cocaïne.

Parcours de (poly-)consommation au gré des relations interpersonnelles

Quand consommation rime avec dépression

Ainsi, parfois, les consommateurs n'ont pas besoin d'être initiés aux substances psychoactives par des pairs et ses proches, l'usage de drogues peut être motivé par un besoin propre à soi et une recherche personnelle. Adrien insistait beaucoup sur l'aspect psychologique de l'addiction. Les usagers décrivent des états dépressifs qui les enferment dans des habitudes de consommation excessives : « Le recours aux produits psychoactifs peut aussi être une forme de réponse à l'angoisse, au stress, à la « rage » (la colère et l'impuissance) ou à la dépression » (Jamouille & Panunzi-Roger, 2001: 37). La prise de drogues peut alors s'apparenter à une automédication (*Ibid.*). Tout comme Adrien, Manuel associe l'usage, du moins son usage, de drogues à un état dépressif.

Longtemps il a côtoyé le monde de la nuit et ses instigateur.ice.s faisant usage des drogues. Lui n'avait rien touché jusqu'à ce qu'il connaisse un drame familial. Je rencontre Manuel une après-midi seulement lors d'une permanence de distribution de matériel stérile en rue. Massif et assez grand, Manuel est une armoire à glace. Il sourit mais très vite on peut apercevoir tout le chagrin qui l'accable. Très vite, il parle et dépose le récit des derniers mois. Il était videur à Malaga il n'y a pas un an. Divorcé, il a deux enfants. Sa fille fait des études de médecine, il en est très fier. Il raconte comment le décès de sa mère l'a détruit. Il met un point d'honneur à dire comment il était heureux avant que sa vie bascule. Comme pour appuyer ses propos, il fait défiler les photos sur son téléphone, elles témoignent de sa vie de famille, du soin qu'il prêtait à son corps ou de la réussite de ses enfants... Quand sa mère décède, il abandonne sa vie à Malaga pour rejoindre la Belgique où elle vivait. D'un coup, il s'abandonne, connaît des moments de folie où il déchire tous ses vêtements. La drogue est un refuge. Toutefois, son état est tel et sa chute si rapide qu'il cherche de l'aide maintenant.

Insertion passive dans un parcours de poly-consommation

Il arrive que la consommation de drogues évolue au fil des fréquentations et des rencontres. L'entrée en drogues ne semble jamais être un processus qui n'implique que la personne concernée. La volonté de consommer n'est pas indépendante de l'entourage et des événements. Les personnes suivent d'autres personnes dans leur consommation et finissent par incorporer à leur tour des assuétudes entretenues chez leurs proches, comme c'est le cas de Vanessa.

Vanessa boit pour la première fois de l'alcool et fume son premier joint à l'âge de 11 ans. Alors qu'elle vit en foyer, à l'occasion d'une sortie elle passe sa soirée avec ses sœurs et elle découvre avec elles l'alcool et le cannabis : « *J'ai fait comme mes sœurs* ». Plus tard, son premier copain fume des joints, elle aussi. Plus tard, quand elle sera avec Benoit, elle consomme également les drogues qu'il affectionne. Ainsi, elle suit ses sœurs, son premier copain et Benoit dans leurs habitudes de consommation – pas toujours de manière totalement consentie cependant. « *Je suis addictée à l'alcool, aux joints et avant à la coke* ». Toutefois grâce à sa rupture avec Benoit, Vanessa a su arrêter de consommer de la cocaïne.

Son alcoolisme semble s'être développé au fil des ans. Cependant le moment où Vanessa a perdu la garde de sa fille marque le point d'orgue de cette addiction : « Quand tu n'as pas ta fille dont tu dois t'occuper, tu te défonces. ». Aujourd'hui : « mon corps il en a besoin ». Son compagnon actuel, Amir, boit aussi et fume de temps à autre. Amoureux et compagnon de boisson, iels s'enivrent ensemble. Toutefois, l'état d'accoutumance est tel chez Vanessa qu'elle peut consommer seule dès le petit déjeuner. Ce besoin irrépressible est la cause de ses cauchemars et terreur nocturne qui l'empêchent de bien se reposer la nuit. Elle souhaite sortir de cette dépendance et pense qu'une grossesse pourrait l'aider dans cette démarche.

La consommation de drogues de Vanessa est semble-t-il irrémédiablement liée aux autres qui font partie de sa vie – même l'enfant qu'elle imagine avoir¹⁴.

¹⁴ Ce phénomène est typique des femmes consommatrices qui sont souvent initiées aux drogues par leur compagnon et qui voient dans la grossesse une échappatoire (voir partie « Genre, précarité et addiction).

L'addiction, une question d'argent, et le stigmat, une question de classe socio-économique ?

Louise est dépendante au cannabis. Cette addiction représente pour elle un problème économique et non physiologique ou autre. Elle m'explique consommer de la beuh dans un but d'automédication – de gestion de son hyperactivité. Aujourd'hui, ne pouvant plus assumer cette charge financière, elle souhaite arrêter. Si cette charge dont elle aimerait se passer, le produit en lui-même et le besoin qu'elle éprouve à le consommer ne la dérange nullement.

Cette addiction n'est donc pas fondamentalement ou intrinsèquement un problème central de sa vie. Louise s'anime davantage contre l'oppression patronale subie quotidiennement dans son métier mais finalement ne s'épanche jamais sur l'addiction contre laquelle elle veut lutter. Aussi, elle me confie que si elle avait les moyens de fumer comme elle le voulait, elle continuerait à consommer sans que cela pose aucun souci. Outre les enjeux financiers, je trouve cette situation intéressante car elle montre qu'il est possible d'entretenir une addiction et de ne pas avoir forcément envie de se battre contre – et de ne pas ressentir à priori de désagréments physiologiques, comportementaux, ou autre excepté le besoin irrépessible de consommer¹⁵ qui surpassent les avantages à l'usage de drogues.

Etant donné qu'ici la raison pour laquelle Louise souhaite stopper sa consommation est l'argent, je me demande à quel point les personnes avec des moyens plus élevés peuvent entretenir des habitudes de consommation excessives et « problématiques¹⁶ » sans en éprouver le besoin de stopper tout simplement parce

¹⁵ Évidemment ce ressenti dépend d'une multitude de facteurs dont très certainement du type de substance psychoactive consommée car elles comportent des degrés d'accoutumance et de dangerosité très divers.

¹⁶ Dans le cas de la consommation de Louise, elle ne semble pas lui porter préjudice outre les questions financières, bien qu'elle soit sujette à un fort besoin de consommer, je ne suis pas certaine du caractère réellement problématique de la situation. Il est à noter que des auteurs ont d'ores et déjà révélé la régulation – par des règles sociales et rituelles – de la consommation régulières de substances psychoactives. (Bergeron, 2009) Ainsi le consommateur n'entretient pas nécessairement un usages désespéré et compulsif

qu'économiquement il est possible pour elleux de continuer. Serait-là le signe d'une injustice de classe ?

Est-ce la marginalisation et le rejet des personnes usagères de drogues est lié à leur milieu socio-économique ? Est-ce que la stigmatisation qui touche les personnes en situation de précarité et consommatrice est la même que celle qui toucherait les personnes usagères qui se fondent mieux dans le cadre de la normalité en terme socio-économique ? Est-ce que les personnes pauvres sont plus stigmatisées compte tenu de leur consommation ?

Notions de précarité et d'exclusion comme repères analytiques

Je propose ici d'explorer les notion de précarité, d'exclusion, de pauvreté et de grande précarité avant d'avancer et de commencer réellement à creuser la question de la stigmatisation. De fait, ces notions sont des outils très pertinents pour comprendre les réalités des personnes rencontrées sur le terrain. Nombreuses sont les personnes que j'ai rencontrées qui erraient, exclues aux marges de la société et de l'espace. Je pense notamment aux squats dans lesquels j'ai distribué du matériel de consommation pour tenter de créer du lien avec les ASBL que j'ai suivies.

Ce jour-là, nous sommes au début du printemps, il fait très beau alors que nous nous lançons dans une maraude improvisée avec Emilie. Travailleuse sociale pleine d'entrain et de positivité, Emilie avait rejoint au début de la période des premiers confinements l'association dans laquelle je bénévolais aujourd'hui, elle y travaille en tant que coordinatrice. Ce soir, comme la permanence de l'ASBL accueille peu de personnes, nous écumons la ville pour distribuer du matériel d'hygiène et de consommation aux personnes usagères qui vivent dans la rue. Nous faisons le tronçon habituel des maraudes

maladif et incontrôlé. Ces normes autour de la consommation offrent un cadre tout en permettant le développement de dispositifs/ stratégies d'autocontrôle ainsi qu'un contrôle social entre les pairs. De fait, ces derniers peuvent sanctionner la perte de contrôle lié à la consommation (Jamoulle, 2003). Finalement, le statut de « toxicomane » est attribué lorsque la personne produit et adopte des comportement associé à ceux des « toxicos » ou lorsqu'elle a perdu le contrôle de sa consommation (Bergeron, 2009)

de l'ASBL, en passant par les points stratégiques où nous pourrions rencontrer des personnes qui auraient besoin de matériel. Nous ne voyons personne excepté sur les quais. Là-bas, il y a des sortes de « salles de stockage » laissées à l'abandon au bord de l'eau, accessibles depuis des escaliers. Nous descendons en prenant garde à ne pas trébucher sur les déchets qui traînent sur les marches. Arrivée à la hauteur de ces sortes de salles de stockage, nous nous présentons de loin pour ne pas surprendre les personnes. Comme d'habitude, nous n'entrons pas à l'intérieur, nous restons devant l'encadré de porte et répondons aux demandes. Ce lieu est sombre mais on peut apercevoir des amas de saleté dans tout l'espace. Au milieu, il y a une sorte de table autour de laquelle une dizaine d'hommes sont attablés. Quand ils nous voient, ils nous demandent mouchoirs, pipes, feuilles d'aluminium. Aujourd'hui, des personnes viennent nous parler et demander de l'aide – cela n'arrive pas toujours –, un homme me raconte son quotidien et sa détresse. Seul en Belgique, il avait quitté sa famille et sa fille en Espagne. Aujourd'hui, il est coincé ici, sans aucun moyen, sans téléphone pour contacter sa famille – pour lui, impossible de conserver des affaires dans la rue, il met en cause les vols. Il a découvert le crack en Belgique. Aujourd'hui, il ne parvient pas à en sortir, la vie dans la rue est pour lui fondamentalement liée au crack. Je l'oriente comme je le peux et lui conseille de venir aux permanences de l'ASBL pour trouver des solutions. De fait, selon les informateurs et informatrices, la drogue semble omniprésente dans la rue. L'ennui peut d'abord y mener puis l'addiction. De plus, elle peut être un moyen de tenir, de survivre en se maintenant assez réveillée pour éviter des dangers. Selon un de mes acteurs de terrain, une technique de dealers consiste à habituer progressivement des personnes dans la rue à des produits. On donne un peu de produit en guise d'échantillon gratuit et puis le prix montent de concert avec l'accoutumance.

Les personnes qu'il m'est arrivé de rencontrer lors des activités des ASBL en extérieur sont particulièrement difficiles à approcher. Rejetées politiquement et socialement, aux marges de la ville, la situation du coronavirus, limitant les opportunités de travail au noir, a encore plus accentué cette marginalité et exclusion. Elles témoignent souvent d'une absence de perspective, parfois elles ne maîtrisent pas le français. Elles ont souvent été exposées à la consommation et donc peuvent avoir développé des assuétudes.

Généralement, les personnes viennent vers nous, prennent du matériel et repartent d'où elles sont arrivées aussi vite qu'elles sont venues. Au fil du temps et de la répétition des rencontres, il est possible de créer du lien avec la personne.

Le manque de ressources des personnes en situation de grande précarité, déjà mentionné, constitue un frein à la sortie de la pauvreté et des styles de vie liés aux drogues et de l'emprise. Tandis que les personnes bien intégrées dans la société peuvent s'appuyer sur des réseaux de sociabilité et de soutien forts tels que ceux de la famille et des amis. Ils ont un travail leur permettant sans doute de conserver des moments loin des substances et qui leur apportent peut-être de la valorisation. Bref, iels possèdent sans nul doute beaucoup plus de ressources leur évitant des états d'emprise extrême, de détérioration corporelle et d'oubli de soi à cause d'une consommation excessive.

Les notions d'exclusion, de précarité, de grande précarité et de pauvreté peuvent éclairer les zones d'ombre dans la compréhension des vulnérabilités spécifiques des personnes pauvres et usagères des substances psychoactives.

Ainsi, comme les auteurs et autrices l'expliquent dans la littérature scientifique, la société organise le groupe par des normes sociales. Le groupe d'appartenance édicte des normes sociales et apportent aux individus protection, appartenance et univers symbolique (Kaës, 1993). René Kaës met en exergue les impacts de l'isolement, du rejet et de l'exclusion dans la psyché – au niveau de la pensée, du narcissisme et de l'identité - des personnes. Les repères, la protection et la place fournie par la société ne sont plus et la personne est ainsi exposée aux violences psychiques et sociales, sans recours et à l'identité abîmée. Ainsi exposé, *« le sujet exclu tend à engager des liens de rejet avec les autres plutôt que des liens d'attachement. Il peut devenir son propre bourreau, en recréant inconsciemment les conditions toujours renouvelées de sa propre exclusion. »* (Jamoulle, 2021b : 2 ; Kaës, 1993 : 10)

La précarité serait multiforme, elle est liée à une absence des sécurités empêchant de bénéficier de ses droits fondamentaux ou de réaliser ses projets :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles relatives à l'emploi, au logement, à l'accès à la santé, permettant aux personnes et aux

familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même, dans un avenir prévisible. »

(Wresinski, 1987 : 25)

La grande précarité est la perte de plusieurs sécurités qui donne lieu à des situations de dépendance plus fortes sur les autres formes de sécurités qui sont maintenues, ce qui participe à l'accentuation de la fragilité des personnes. Dans les cas les plus extrêmes - où les sécurités qu'il leur reste ne s'annihilent -, elles risquent de se retrouver sans aucun recours. (Jamoulle, 2021b)

Ainsi, il y a un bien lien entre exclusion et pauvreté socio-économique bien qu'il ne soit pas constant – par exemple, il peut y avoir de forts réseaux de solidarité dans des collectivités de personnes en situation de grande précarité, l'exclusion n'y est pas opérante (Jamoulle, 2021b). De fait, selon Jean Furtos, précarité et pauvreté ne sont pas des synonymes. La pauvreté ou la « grande précarité » sont associés au manque tandis que la précarité se réfère à une peur et angoisse constante (Furtos, 2011). La précarité, comme processus essentiellement relationnel, par l'insécurité et la défiance qu'elle implique, affecte la psyché, les relations aux autres ainsi la confiance en la société et l'avenir. Ainsi la pauvreté n'implique pas forcément la précarité tandis que la précarité est intrinsèque à l'humain – les enfants sont des êtres précaires par exemple car ils sont naturellement en situation de détresse dans leur dépendance de l'autre. (*Ibid.*) Cette analyse de la précarité la situe à la fois dans les liens intrapsychiques – du sujet envers le sujet -, les liens intersubjectifs – du sujet (en relation) avec les autres -, avec que les liens avec la société. Il y a dès lors un désinvestissement des gestes de la vie quotidienne. De ce fait, le processus de précarisation constitue un mécanisme dynamique de « fragilisation psychique » et d'« exclusion du lien social ». La triple perte de confiance - des liens interpsychiques, intersubjectifs et des liens de confiance envers la société, dans l'avenir – définit un état de « grande exclusion ». (*Ibid.*)

Il existe, selon Jean Furtos, trois formes distinctes de souffrance psychiques : celle qui contribue à maintenir en vie – la précarité « normale », constitutive de notre humanité et productrice de liens, elle maintient les liens avec soi, les autres et l’avenir ; celle qui commence à entraver la survie – « massive », la souffrance dicte le pas et la confiance en soi, en l’autre et au futur vacille ; et puis celle qui tait les souffrances et donc celle qui empêche de vivre – « exacerbée », elle mène parfois à des paranoïas collectives, dépression, replis, troubles du comportements jusque parfois au syndrome d’auto-exclusion. (Furtos, 2000)

Ces souffrances psychiques d’origine sociales émanent des « blessures dévastatrices » imposées/ apposées à des personnes, des groupes sociaux jusqu’à parfois des communautés entières par l’ordre politique, social et économique (Jamoulle, 2021b). Elles peuvent être connectées à des risques et vulnérabilités spécifiques telles que « l’érosion des formes d’intégrations traditionnelles (famille, travail, traditions...), les risques transculturels (discriminations, troubles de l’exil, conflits de culture ...), et les traumatismes individuels et collectifs (guerre, génocides, cataclysmes ...) » (Jamoulle, 2021b : 9). C’est ainsi que la vie personnelle, familiale et sociale peut être impactée par la traduction des violences cumulées en souffrances psychiques : replis ethniques, violences, somatisation, errance, ... (*Ibid.*) Cette potentielle accumulation de problématiques sociales entraîne un manque de ressources mobilisables.

Ainsi, il y a des contextes sociaux qui produisent la précarité : les souffrances psychiques ressenties peuvent alors détériorer les liens sociaux et participer à ostraciser les personnes en souffrance. (*Ibid.*)

Stigmatisation et classe sociale

« *La dangerosité perçue d’une drogue est le plus souvent liée à qui utilise cette drogue.* » (Olivet et al., 2017 : 92)

Bien que d'après mes échanges avec Louise¹⁷ elle n'exprime pas de stigmatisation en raison de sa consommation de cannabis, on ne peut nier la stigmatisation rencontrée par une personne en situation de grande précarité subit lorsqu'elle consomme ou est simplement suspectée d'user de drogues – comme les interactions avec les concitoyen.nes dans la partie sur la violence le montrent. Ainsi l'usage de substances psychoactives illicites est tabou dans notre société et il provoque potentiellement un stigmate sur celui ou celle qui s'engage ou qu'on pense qu'iel s'engage dans ces usages (Hoareau, 2016). Le statut social déviant vise à décourager l'usage de drogue mais finalement affecte la santé – physique, sociale et psychique - des personnes par les discriminations qui y sont liées (Ahern et al., 2007)

À travers sa théorie sur le stigmate, Erving Goffman met en exergue les procédés par lesquels la société divise les personnes par la mise en place de catégories (1975). Ces catégories suggèrent l'existence d'attributs naturels, conditionnés par les cadres sociaux, par lesquels la répartition des individus se met à l'œuvre. Ainsi ces catégories permettent de construire une « identité sociale » imaginaire sur les personnes à laquelle on peut attribuer, à tort ou à raison, des qualités, des caractéristiques... Inconsciemment nous nous appuyons sur des attentes normatives dans la rencontre de l'autre et créons une identité sociale virtuelle afin de catégoriser cette nouvelle personne. Si la personne déçoit nos exigences en découvrant un attribut qui la rend différente des membres de notre propre groupe, elle peut devenir à nos yeux un individu au mieux inintéressant, au pire, dangereux. Cet attribut, dans ce contexte relationnel, devient alors un stigmate et peut se traduire comme un déficit, une faiblesse ou un handicap. Ce n'est pas l'attribut directement qui crée le stigmate ; dans un contexte relationnel aux codes sociaux différents, ce même attribut peut confirmer la « normalité » de son possesseur. La stigmatisation s'érige ainsi en tant que processus de dévalorisation et discrédit sur la personne aux yeux des prétendus *normaux*. (Goffman, 1975)

¹⁷ Lorsque je la rencontre, ni la précarité ni la consommation de Louise ne sont forcément visibles au-delà de sa fréquentation d'une ASBL vouée à l'accompagnement de personnes en situation de précarité et consommatrices de drogues.

Le stigmatisme lié à la consommation de drogue fait partie d'une des trois catégories que Goffman décrit : celle des « tares de caractère ». Il impute aux « drogués » et alcooliques des caractéristiques telles que le manque de volonté et la malhonnêteté entre autres. Ainsi porté, le stigmatisme dévoilé empêche son possesseur de bénéficier du statut de « normal » que ses autres attributs lui garantissaient. Les *normaux* ne considèrent alors plus la personne comme complètement humaine et usent (in)consciemment de procédés de discrimination. Il s'agit de procédé de contrôle social pour éviter la déviance. Ces discriminations concourent à réduire les chances de la personne. Est également produite une idéologie selon laquelle les personnes stigmatisées sont inférieures et représentent un danger. De fait, grâce aux discriminations, les personnes stigmatisées sont maintenues en position d'infériorité et l'idéologie justifie le statu quo. Tout constat d'une quelconque imperfection conduira à attribuer d'autres tares à la personne tandis que les qualités positives seront généralement liées à quelque chose de surnaturel. (Goffman, 1975)

Ainsi le stigmatisme est relationnel et en lien avec les normes sociales à respecter. Lorsqu'on reconnaît chez quelqu'un une transgression d'une norme dans nos interactions sociales, la présence du discrédit va provoquer la catégorisation de la personne discréditable à un groupe stigmatisé. Il faut donc qu'il y ait une reconnaissance du discrédit qui dépend notamment de la visibilité du trait potentiellement vecteur de stigmatisme. (Goffman, 1975) Si l'on tient compte de cette analyse du stigmatisme d'Erving Goffman, alors il est clair que les personnes en situation de désinsertion sociale soient beaucoup plus facilement catégorisées « droguées » tandis que d'autres personnes – bien incluses dans la société par le travail, la possession d'un logement, un réseau de solidarité sociale et familiale,... - parviennent à masquer leur consommation et restent considérés comme « normaux » dans la société.

À l'instar des personnes potentiellement stigmatisées, soit discréditables, en raison de leur consommation de drogues, ces « normaux » doivent savoir qu'ils leur faut dissimuler leur consommation dans la plupart des contextes sociaux (ce qui est complexe lorsqu'on vit dans le plus public qui soit, la rue) - pour éviter le stigmatisme et ses conséquences (en termes de justice, de discrimination, etc.), comme tout un chacun l'a appris durant sa socialisation. Cependant il me semble que les personnes issues de la

classe moyenne, de la classe moyenne supérieure ou des ultra-riches ont sans doute accès à suffisamment de ressources pour le faire... Erving Goffman développe des étapes de dissimulation des caractéristiques stigmatisables : Cacher ou gommer les signes visibles symboles du stigmaté ; Prétendre être sujet à un stigmaté moins grave que celui qui nous est réellement attribuable ; S'appuyer sur des liens de solidarité entre personnes qui partagent un stigmaté et le cachent ; Maintenir une distance avec ses pairs pour ne pas risquer que son stigmaté puisse se deviner dans les interactions ; Dévoiler son stigmaté pour montrer qu'il se respecte et s'accepte. Cette dernière étape représente l'étape de maturité, cependant elle me semble peut « effective » et avantageuse dans le cadre du stigmaté sur la consommation de substances psychoactives dans le contexte de répression des politiques publiques sur les drogues. (Goffman, 1975)

Emmanuelle Hoareau quant à elle dénonce l'inégalité de ressources culturelles, socioéconomiques, affectives et psychiques des usagers de drogues qui doivent concevoir leurs techniques de gestion de régulation de l'usage et de gestion des effets des drogues tout en élaborant également leur propre grille d'analyse pour porter un regard réflexif sur leurs expériences de consommation et minimiser ses risques. Cela s'explique par la non-ritualisation de la consommation des substances psychoactives illicites et la non sociabilisation à un cadre interprétatif à cet usage qui soit pertinent et complet dans la reconnaissance des préjudices et des bénéfices qui peuvent être rencontrés dans les usages de drogues. (Hoareau, 2016)

Ainsi, il est clair qu'il existe des inégalités socio-économiques dans la gestion de l'usage de drogues en fonction des classes sociales, elles accentuent notamment les vulnérabilités des personnes en situation de (grande) précarité. Qu'en est-il des personnes consommatrices issues des classes économiques plus aisées... Bien sûr, elles possèdent plus de ressources (économiques, réseaux de solidarité de personnes qui ont également des moyens,...) pour s'en sortir. Est-ce qu'un alcoolique issu d'un milieu bourgeois ou un étudiant ivre cinq jours sur sept est autant jugé pour sa consommation qu'un sdf alcoolisé qui fait la manche dans un hall de métro ? Est-ce qu'un avocat, une célébrité ou financier cocaïnomane est autant porteur du stigmaté de la drogue qu'une personne sans papier rejeté par la société et à qui seul le crack a été proposé comme occupation sur le

sol Belge ? Est-ce que l'attention portée à la santé et la sécurité sanitaire touche seulement les personnes précarisées ? La réponse me semble limpide – mes expériences de terrain de la partie « violences » le montrent également. Finalement, outre les difficultés et vulnérabilités accentuées à la fois par la consommation et la précarité cumulées, qu'est-ce qui différencie le consommateur « pauvre » du consommateur « riche » ?

En guise de réponse à ces questions, je propose ici de mettre en tension des usages de substances – qui sont semblables à celles consommées dans les milieux précarisés - dans des contextes socio-économiques qui se différencient de ceux qui ont été exploités jusqu'ici. Aussi, si on prend les exemples de la cocaïne ainsi que d'autres substances chimiques psychoactives telles que la MDMA ou le speed, ou même de l'alcool - dont les usages sont indéniables dans les milieux pauvres et les milieux plus aisés¹⁸... En effet, ces usages sont loin d'être l'apanage exclusif des personnes pauvres. L'usage d'alcool est globalisé et normalisé dans un large panel événementiel (rites de passages, transition entre le travail et les loisirs,...) et « rechercher l'ivresse est aussi un comportement caractéristique, voire symbolique, des cultures de certains pays européens » (Rigaud & Craplet, 2016 : 346). De plus, la cocaïne et les autres drogues chimiques de type MDMA ou speed sont aussi bien consommées dans les milieux festifs de classe moyenne que chez les personnes plus marginalisées et pauvres.

Récemment, de mon expérience personnelle, j'ai remarqué une tendance à la banalisation et l'acceptation à peine voilée de la consommation de drogues dans certains milieux aisés. Je vais le montrer au travers de deux exemples : celui de la consommation de drogues dans les soirées (non illégales) du genre underground et celui du récit d'une amie d'un « drame familiale » qui s'est mué en banalisation d'une forme de consommation. Cependant j'illustrerai cette allégation par d'autres lieux qui montrent également comment la drogue peut être socialement acceptée dans des milieux aisés.

¹⁸ Dans les tranches de populations plus aisées, qui fréquentent des lieux tels que les *rave parties*, les soirées *underground* ou les soirées *vip* la consommation peut être relativement banalisée et acceptée socialement sous certaines conditions comme je vais l'explicitier plus loin dans ce texte.

La famille de Béatrice est assez grande. Tous les ans, toute sa famille paternelle se réunit pour se retrouver et faire la fête. Un cousin invite tout le monde dans son grand jardin. Au fond, il y a une scène où chanter, danser ou jouer une pièce de théâtre. Pour se sustenter : des frites ; et pour se désaltérer : un bar. À l'occasion de cette fête, ce ne sont pas loin de quatre générations qui se mélangent, se passent le micro et partagent une sorte du moment de célébration. Il y a également d'autres moments où la famille se rassemble, mais plus sporadiques et dispersés au fil des années – des mariages, des enterrements, des anniversaires, des grandes marches, des fêtes religieuses, etc. Ce qui est certain c'est que jamais dans cette famille on ne rate l'occasion de faire la fête !

Il y a un an éclate un drame : la bande de fêtard qu'on pouvait voir danser toute la nuit consomme régulièrement de la cocaïne lors de ces soirées familiales. Quand la plupart des enfants sont partis regarder un film ou ont été couchés, certains adultes quittent quelques instants la soirée et reviennent plein d'énergie pour enflammer la soirée. Cette routine est présente depuis (presque) toujours, ou en tout cas depuis aussi longtemps que Béatrice puisse s'en souvenir.

Aujourd'hui, après deux années de coronavirus où les rassemblements n'ont pas pu avoir lieu en grand comité, il semble qu'il y ait eu un basculement. La parole s'est ouverte. Sur la conversation WhatsApp familiale, la veille d'un balade dans les bois, on parle de drogues : « *Quid pour la cocaïne ?* », on accepte la consommation mais on demande de la cacher : « *Cocaïne tolérée mais cachée* ».

Il est étonnant pour moi de constater une telle acceptation morale dans une famille bourgeoise et catholique – toute progressiste qu'elle soit - bien qu'il y soit demandé explicitement de cacher la consommation de substances illégales lors des soirées. Cet exemple montre également comment dans certains lieux, la stigmatisation ne sera pas (complètement) opérante.

Pour ma deuxième anecdote je vais encore mobiliser mon expérience personnelle. Depuis l'adolescence j'aime fréquenter des soirées connotées « *underground* » où on écoute et danse sur de la musique *drum and bass*, un sous genre de la musique électro. Pendant longtemps, ma naïveté m'a empêché de voir ou de conscientiser la consommation

massive de drogues qui est présente dans ces lieux. Finalement à quatre heures du matin, on ne peut le nier : une majorité des fêtards (à quelques exceptions près) est sous l’emprise des drogues. Je le précise : ces soirées sont légales, ce ne sont pas des *free party* – soirées illégales et gratuites où la consommation des substances psychoactives est particulièrement visible (Lafargue de Grangeneuve, 2009). Comme dans la plupart des soirées où les artistes produisent de la *techno*, *acid house* ou d’autres genres de musique électro qui invitent à la danse, il y a une consommation de drogues presque généralisée. Historiquement et anthropologiquement, les lieux de fêtes, légaux ou illégaux, fréquentés par les jeunes sont associés à la consommation de drogues licites et illicites (*Ibid.*). La fête est une pratique qui favorise la transgression, les excès et les drogues y sont liées. Que ce soit par les musiques électronique ou le rock, il y a plus longtemps, les jeunes vivent l’adolescence comme une période d’expérimentation, d’initiation et de rébellion – et donc d’exploration potentielle des drogues. Aussi, la gestion de cet enjeu – l’usage de drogues – par les pouvoirs publics apparaît peu cohérent. Par exemple, en France, le milieu techno bénéficie d’un côté d’initiatives de réduction des risques et d’appui des pouvoirs publics dans l’organisation de grandes raves, les teknivals. De l’autre, il souffre d’une répression spécifique liée à l’usage systématique connu de drogues (*Ibid.*). Il y a une certaine ambivalence qui n’est pas sans rappeler les positions sur les drogues des entités/ autorités publiques de façon globale qui gravitent entre répression et prévention ou réduction des risques. En Belgique également, la littérature ethnographique montre l’ampleur du phénomène de consommation de drogues dans les boîtes et événements électro (Vanthournhout, 2001)¹⁹. Par ailleurs, nous avons un large panel de scènes légales en Belgique où il peut être trouvé des pratiques de fêtes semblables en termes de musiques (techno et électro) et de consommation que ce soit durant l’année à travers des boîtes spécifiques ou des collectifs, ou pendant la saison des festivals. Les institutions Belges sont également conscientes du phénomène de consommation de drogues en milieu festif (Hauspie et al., 2021) et manifestement usent des mêmes dispositifs contradictoires qu’en

¹⁹ Toutefois il me semble qu’en Belgique il n’y ait pas eu de répression du milieu *techno* telle qu’en France ou en Angleterre – pays où les *free party* pullulent. Il y a bien sûr en Belgique des *free parties* mais je ne pense pas que le phénomène soit de la même ampleur.

France sur les *free parties* – outils de répression cumulé à des stratégies de prévention et de réduction des (Lafargue de Grangeneuve, 2009). Ces dispositifs s'avèrent peu cohérents ou complémentaires. Il y a une potentielle tension entre les politiques publiques de répression et celles de réduction des risques (*Ibid.*).

Je peux également appuyer mon propos avec d'autres exemples issus de la littérature scientifique. Par exemple Ashley Mears a mené une ethnographie dans le milieu des soirées « branchées » où la clientèle est garantie « riche et belle » (2019). Elle montre l'omniprésence des drogues (alcool, cocaïne, MDMA) présentes dans ces soirées réservées à une clientèle issue d'une classe sociale blanche et riche – quand les drogues sont parfois mises à disposition gratuitement aux femmes. Par ailleurs, la consommation de cocaïne marque souvent le statut social pour des riches ; ou est valorisée dans les contextes festifs de jeunes adultes faisant partie du monde de la nuit et intégrés socialement (Ahern et al., 2007; Jauffret-Roustide, 2014). Dans un contexte plus populaire, la cocaïne est perçue comme un problème social tandis que l'usage de crack (un dérivé de la cocaïne) – qui est majoritairement caractéristique de personnes pauvres – justifie fréquemment la marginalisation et la stigmatisation des personnes (*Ibid.*). Il y a également un enjeu de « race » : historiquement, le problème social de l'usage de la cocaïne a émergé lorsque les noirs ont commencé à consommer de la cocaïne (également sous la forme du crack). Pourtant quand les blancs la consommaient, elle était valorisée et perçue plus positivement. Les caractéristiques sociales et raciales des usagers peuvent influencer sur la gestion institutionnelle de l'usage de drogues (Olivet et al., 2017).

Comme proposé auparavant, l'exemple des *rave/free parties* est également éclairant : bien que les *ravers* soient stigmatisés notamment par les personnalités politiques (Lafargue de Grangeneuve, 2009), ils le sont dans une moindre mesure du fait du statut social et de l'insertion des jeunes – ce sont des étudiant.e.s ou des personnes intégrées dans le marché de l'emploi – en comparaison aux personnes précarisées fréquentant les structures « bas-seuil » compétentes dans les questions d'usage de drogues (Hoareau, 2016).

Évidemment la consommation de drogues n'est jamais vraiment acceptée et banalisée partout. Cependant, il semble d'après ce que j'ai constaté lors de mon ethnologie

et sur base de mon expérience des milieux plus aisés, qu'elle est beaucoup moins condamnée et jugée dans les milieux festifs bourgeois que chez les personnes précarisées. De fait, lorsque les personnes sont mieux intégrées dans la société ou font partie des classes sociales moyennes et supérieures, la consommation semble être, si pas acceptée, (modérément) tolérée ou silencieuse²⁰ dans un contexte festif. Qu'est-ce qui, outre la classe sociale et le milieu socio-économique, différencie autant ces styles de consommation – justifiant une condamnation morale plus forte des personnes pauvres consommatrices ?

Tout d'abord, comme l'œuvre sur le stigmatisme d'Erving Goffman le montre, la question de la visibilité est fondamentale dans le processus de stigmatisation (1975). Pouvoir cacher son stigmatisme n'est pas un privilège accessible aux personnes en situation de grande précarité, qui n'ont pas d'autre maison que l'espace public. Ces conditions de vie difficile affectent en plus de leur corps et leur allure, le recours aux drogues. Nombreuses sont les personnes qui me parlaient de leur consommation et des conditions de la vie dans la rue comme d'un cercle vicieux. La visibilité de ce style de vie est inévitable : quand la drogue prend le pas sur le corps – et sur l'esprit-, quand les marques corporelles ne peuvent être effacées ou que l'on ne bénéficie pas d'un chez-soi protégé du monde extérieur où se reposer.

De plus, quand bien même les personnes voudraient dissimuler le stigmatisme de la consommation, il n'y aurait pas grand intérêt : dans les contextes des démarches de soin

²⁰ Le lieu de la rave bénéficie parfois d'un traitement par la police de non-droits (qui bascule parfois) (drogues et techno).

Bien que je ne sois pas source de cette information, je constate une hypocrisie des lieux de fêtes qui « interdisent » la consommation de drogues mais n'emploient pas réellement de moyens suffisants. Il y a un « laisser-aller » tout à fait compréhensible. Car si la consommation était vraiment impossible, le public se rarifierait sans nul doute et se tournerait vers des lieux de fêtes clandestins tels que les *rave parties* – comme en France.

D'ailleurs je ne vois presque jamais de stand de réduction des risques des soirées *underground* que je fréquente. Peut-être l'interdiction des drogues et le déni intentionnel des organisateurs les empêchent de développer de telles structures.

ou d'accompagnement social. Il ne peut y avoir de prise en charge sans connaissance et adaptation de la part des structures sociales et de soin, les personnes usagères ne peuvent dissimuler leur consommation si elles désirent être soignées ou accompagnées dans des processus de réinsertion. La stigmatisation semble donc inévitable si le regard des non-consommateurs ne change pas.

Il y a là, il me semble également un double standard dans la différenciation de traitement moral des personnes consommatrices selon leur situation socio-économique, peut-être cumulé à une forme de mépris de classe. De fait, il me semble qu'il y a un décalage entre nos représentations autour des personnes pauvres qui consomment et des autres consommateurs, qui usent de drogues dans des contextes festifs. Cette dissimilitude est d'autant plus forte lorsque l'on prend en compte le déni de la catégorisation de l'alcool comme drogue à part entière, aux nombreux dommages socio-sanitaires (Rigaud & Craplet, 2016).

Le mépris de classe constitue peut-être un élément de réponse. Il s'agit d'un dispositif permettant de maintenir une structure de domination dans l'organisation de la société. (Renahy & Sorignet, 2020) Par la dévalorisation, le mépris de classe bien qu'il soit dissimulé, préserve l'ordre social. Il s'attaque au capital symbolique d'autrui pour asseoir la position sociale des dominants. La condamnation et le jugement moral fort qui se traduisent parfois en actes de violences seraient-ils liés à un dispositif de domination ? Ou est-il naïf de penser que seule la visibilité ou le déni de la consommation de drogues dans les milieux aisés expliquent une telle différence de traitement ? Peut-être également les stéréotypes associés aux consommateurs sont généralement plus attribués aux personnes pauvres qu'aux personnes intégrées dans la société par leur investissement dans le marché du travail. Le temps de la consommation est alors cadré dans le temps de la fête, entre les périodes de participation au fonctionnement de la société.

Cette question de double standard et de mépris de classe n'est pas sans rappeler certains processus de marginalisation de catégories de personnes sous des prétextes de consommation de drogues. Ainsi, le prisme du racisme peut également être éclairant en parallèle de la classe sociale. Philippe Bourgois rendait compte de l'instrumentalisation des politiques antidrogues comme outil de discrimination raciale et de classe (2001 : 319).

Des journalistes et médecins associaient à des catégories raciales ou de classes les plus vulnérables à ce moment précis une sensibilité particulière à une substance psychoactive largement punie/ sanctionnée. Par-là, ils participaient à la diabolisation d'un groupe ethnique ou social entier, qui se retrouvaient associé à l'usage de drogues.

L'attribution des addictions comme spécificité d'un groupe est un aspect typique d'un processus de racisation. Soit le groupe social est une « race » dégénérée, soit son contact entraîne la dégénérescence. Cet aspect, cumulé avec d'autres – misère spirituelle et matérielle, tares morales et physiques, saleté, criminalité...- , peut participer par leur expansion à un imaginaire fantasmé des « classes laborieuses dangereuses ». Cette « fusion d'une catégorie socio-économique et d'une catégorie anthropologique et morale » participera à l'élaboration d'un « déterminisme sociobiologique » dans sa présence au sein des institutions de contrôle social telle que la police. (Balibar & Wallerstein, 2007 : 279)

En guise de thèse dans sa monographie sur le crack à New York, Philippe Bourgois définit la toxicomanie comme un symptôme de l'exclusion et marginalisation sociale. La pauvreté caractéristique du *barrio* privilégie le recours à des stratégies de débrouille et de survie au sein d'une culture économique alternative. C'est ainsi que les personnes élaborent des réseaux et organisations de commerce de produits illicites telles que les substances psychoactives. (Bourgois, 2001) Cette analyse peut être reliée à la réalité du terrain concernant notamment les personnes issues de la migration qui, arrivées en Belgique, se voient rejetées et relayées aux marges de la société, sans perspective de travail dans l'économie légale. Il est clair qu'il y a, en ce qui concerne la plupart des personnes en situation de grande précarité, un cercle vicieux articulant usage de drogues et marginalité.

Discussion finale et conclusion

L'usage de drogues apparaît dans ces témoignages comme foncièrement social : l'apprentissage de l'usage fait partie de la sociabilisation et le recours aux drogues comme refuge est associé à des souffrances interpersonnelles destructrices. Par ailleurs, il fait également apparaître des rapports de force de classe dans l'application du stigmat.

Bien que les usages et les parcours dans les drogues soient diversifiés parmi les personnes en situation de grande précarité que j'ai rencontrées, toutes sont rassemblées dans la déviance et la stigmatisation. Par ailleurs, toutes manquent de ressources pour se dépêtrer du besoin irrépressible de consommer ; toutes subissent d'une manière ou d'une autre, de manière plus ou moins intense, le poids du stigmat. Parfois, les membres des associations doivent également en subir les conséquences. En effet, le stigmat peut être contagieux lorsque des personnes acceptent l'existence du discrédit (Goffman, 1975) : le voisin qui violentait les personnes usagères (harcèlement, provocation à la violence et lancé de soupe) d'une association de réduction des risques s'attaquait également aux personnes qui y travaillaient (de la surveillance à l'empoignement physique).

Du côté des personnes usagères, bien que l'attribution d'une identité déviante et du stigmat permette de décourager le recours aux drogues et ses effets néfastes sur la santé, il provoque leur précarisation (Ahern et al., 2007). En effet, les personnes recourent moins aux institutions de soin par peur d'un mauvais traitement, souvent à raison. Ce rejet et cette angoisse du rejet peut contribuer à un état de stress chronique, des troubles psychiques ainsi qu'une tendance à l'isolement. (*Ibid.*)

Par ailleurs, la répression des usages de drogues est source d'injustice car elle participe à marginaliser des tranches de populations déjà en situation de grande précarité et précarisées tandis que les personnes consommatrices bien intégrées dans la société peuvent en souffrir très modérément, en cas de confrontation avec la justice. De plus, les personnes en situation de grande précarité ne possèdent que peu de ressources pour se détacher de leur usage compulsif de drogues – sans compter que cet usage vise souvent le soin et non pas le récréatif. Il est question d'injustice également car les usagers et usagères de drogues illégales sont bien plus stigmatisés que les usagers socialement perçus comme

normaux. C'est quand la précarité rencontre la consommation qu'il y a une forme de contrôle social « efficace » et que la stigmatisation est appliquée. Les pauvres sont peut-être plus stigmatisés pour asseoir la dominance de classe et diaboliser la consommation lorsqu'elle s'exerce dans ce contexte, tandis qu'elle est oblitérée dans les classes plus aisées avec des personnes qui répondent aux critères productifs et d'autonomie des sociétés ultra-libérales.

En bref, la stigmatisation s'avère délétère pour ces personnes et accentue le cumul de vulnérabilités qui, par l'absence de ressources suffisantes, ne parviennent pas à se réinsérer dans la société – du moins pas sans un suivi poussé ou par la création d'un réseau de solidarité fort. Le temps de mon terrain ne m'a pas permis de constater au-delà de la souffrance quotidienne de personnes qui prenaient contact avec des ASBL parce qu'elles étaient au plus bas. Beaucoup s'investissaient dans des processus de réinsertion mais cela prend du temps (quatre mois ne permet pas d'avoir une vision globale sur un parcours de réinsertion). Toutefois, Louise me faisait part du projet de création d'une structure pour elles et des collègues TDS qui aimeraient s'y joindre où elles pourraient s'associer pour travailler sereinement et imaginer des formes de retraites basées sur l'entre-aide. Ce genre de projet, de création d'un groupe solidaire, peut constituer une ressource forte pour s'engager dans la réinsertion.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

« L'invisibilisation de la souffrance liée à la précarité, au chômage, à l'exclusion et à la pauvreté est une caractéristique structurelle du monde contemporain, marqué par les valeurs de l'ultralibéralisme. Tandis que s'intensifient, dans les zones de détresses cachées, les dominations de classes, de genre et de « race ». Mettre à jour, décrire et analyser les processus sociaux de la souffrance, avec les personnes concernées, permet de sortir des lectures individualisantes et culpabilisantes ; ce qui peut restaurer des solidarités, de la contestation et de l'action collective. »

(Jamoulle, 2021b)

Au cours de cette monographie, j'ai tenté de mettre en exergue la manière dont le stigmatisme se matérialise à travers le rejet des personnes usagères de substances psychoactives, précarisées et/ ou en grande précarité. Ces rejets et violences – institutionnelles, ordinaires... - accentuent les vulnérabilités et fragilités qui font leur quotidien et les maintiennent dans la (grande) précarité – que ce soit par la marginalisation et le rejet ainsi que les violences quotidiennes et par les phénomènes de non-recours aux droits sociaux et la non-prise en charge médicale. Ce à quoi j'ai assisté sur le terrain m'a donné à penser qu'il pourrait y avoir à l'œuvre une intersectionnalité²¹ des stigmatisations : à travers le genre, la classe sociale ainsi que la « race ».

Les femmes en grande précarité consommatrices, connaissent initialement des vulnérabilités physiologiques et sociales exacerbées en lien avec les stigmatisations auxquelles elles sont confrontées. Elles sont particulièrement dé-subjectivées lors des rencontres avec les structures de soin et de réinsertion et sont sans cesse renvoyées au rôle social proposé par le système patriarcal. Ces situations les freinent dans la création de liens autonomisants et valorisants tandis que leurs stratégies de survie les vouent à endurer encore plus de violences physiques, psychiques et sociales. Quant aux autres personnes sexisées, telles que les lesbiennes ou les personnes transgenre, iels semblent encore plus

²¹ L'intersectionnalité est un concept théorisé par Kimberlé Williams Crenshaw pour désigner les formes particulières de discrimination que subissent les personnes cumulant des facteurs de discrimination tels que le genre, la race, le handicap, etc. (« Intersectionnalité », 2021)

invisibles aux seins des associations « bas-seuil » de réduction des risques. Ils connaissent certainement des processus de rejet et de stigmatisation particuliers.

Finalement, bien que les parcours et les styles de vie liés aux drogues des personnes précarisées parfois divergent, la stigmatisation est toujours présente. Quant à la consommation des usagers et usagères en situation sociale non précarisée (dans le cas du contexte de la fête par exemple), la stigmatisation semble très peu faire effet et les personnes ne se voient pas rejetées de la société, de la sécurité sociale ou des soins de santé. Il y a là à l'œuvre un mépris de classe et un double standard.

Le contexte de répression de l'usage des drogues participe à la stigmatisation (et aux discriminations) qui, rattachée principalement aux personnes pauvres en raison de l'existence d'un double standard, punit principalement des personnes déjà en souffrance sociale, psychique et physique et accentue d'autant plus ces souffrances (Ahern et al., 2007) ; tandis que les consommateurs, des classes sociales plus élevées bénéficient du privilège de la consommation dans un but « récréatif » et sont moins touché.e.s que ce soit en termes de stigmatisme ou de répression.

Ainsi, le stigmatisme et la discrimination sont des outils d'assignation de différence pour maintenir un rapport de force inégale entre les *normaux*, ceux et celles à qui n'est pas apposé l'étiquette d'usagers ou usagères de drogues et les *autres*, étiqueté.e.s comme consommateur.rice.s de drogues, donc des « drogué.e.s » - comme peuvent les appeler nos voisin.e.s - (Goffman, 1975) et limiter les comportements indésirables (Ahern et al., 2007). Dans l'imaginaire collectif, le contrôle social institutionnel sur l'usage des drogues illégales se justifie par des aspects socio-sanitaire et criminel en vertu d'une association commune (la consommation de drogues entraînerait la criminalité), le but serait donc d'endiguer les détériorations sociétales causées par l'usage de substances psychoactives. La prohibition des drogues participe de la stigmatisation des usagers et usagères qui permet en effet de limiter dans une certaine mesure la consommation des substances psychoactives (bien qu'elle ne l'empêche pas manifestement) mais implique surtout de légitimer et d'asseoir le stigmatisme issu de la consommation de drogues.

Pourtant, lorsque des chercheur.euse.s s'attachent à étudier le phénomène sociale de l'usage de drogues, il apparaît que le problème de la consommation irrépressible et nocive de drogues (chez les personnes en situation de grande précarité), au-delà des aspects sanitaire et psychique, est fondamentalement social et culturel (Costes, 2013; Jamouille, 2000; Morel, 2021) – il y a des mécanismes communs aux addictions conditionnés par les parcours interpersonnels (Costes, 2013). À l'image de la structure de l'emprise comme Pascale Jamouille la théorise : les personnes sont aliénées, ici par les addictions aux drogues, et perdent leur agentivité lorsqu'après avoir vécu des événements traumatisants, permettant une écologie favorable à l'emprise, elles se retrouvent en contact avec la substance (Jamouille, 2021a). L'usage de la substance et ses effets socio-psycho-somatiques participent de la dé-subjectivation de la personne. Sans recours, la personne ne pense plus et n'existe plus seulement selon elle-même (*Ibid.*). La drogue est un refuge et devient la seule source de plaisir ou de répit des personnes.

Par ailleurs, force est de constater que la répression ne fonctionne pas²² tout en engendrant des répercussions sanitaires et sociales désastreuses sur les personnes usagères (Costes, 2013; Loridon, 2016; Rioux, 2021) sans compter la « prolifération d'un gigantesque marché noir, aux mains de criminels » (Loridon, 2016 : 101). De fait, les politiques publiques affectent très peu le degré du phénomène de l'usage des drogues (Costes, 2013). Les petits dealers sont appréhendés en masse tandis que les organisations criminelles ne sont pas démantelées (*Unhappy Birthday*, s. d.). Elle entre en contradiction avec des politiques de prévention et de réduction des risques (Beauchesne, 2020) ; finalement le soin et la santé publique ne semblent pas être des priorités.

Sous le joug des valeurs morales appuyées par les politiques publiques pénalisant les drogues, la drogue est absente des discours et des discussions (Costes, 2013). Associée à la maladie ou à la criminalité, la consommation de drogue reste stigmatisée et ne permet pas d'évolution des discours moraux et donc, de changement des représentations autour des personnes usagères.

²² « Preuve est faite, au plan européen, que la plus ou moins grande sévérité des sanctions prévues pour un usage/détention de drogue n'a pas d'influence sur le niveau des consommations. » (Costes, 2013 : 19)

Aujourd'hui l'exclusion - économique, culturelle, sociale et institutionnelle - est devenue la nouvelle pauvreté (Jovelin, 2017). La pénalisation des drogues participe pleinement de cette transformation, par la stigmatisation des usagers et usagères marginalisé.e.s. En outre, elle participe de la mise à mal de droits fondamentaux en termes socio-sanitaires (Rioux, 2021). Or, fondamentalement social, l'humain a besoin de lien social au risque de voir sa santé mentale détériorée ; ce qui brise ce lien construit la solitude de masse, ruine à la fois les solidarités et la confiance et fonde des troubles psychiques et physiologiques (Jamoulle, 2021b).

Pour revenir à la question de mépris de classe, le creusement des inégalités économiques et la précarisation sont des facteurs de consommation connus (Couteron, 2015). L'exclusion du marché du travail et la désinsertion sociale affaiblissent les personnes face aux potentielles conduites addictives (*Ibid.*). L'économie souterraine est parfois le lieu le plus accessible de valorisation et de sociabilité pour des personnes issues des milieux populaires, rejetées de l'emploi de l'économie classique (Bourgois, 2001; Jamoulle & Panunzi-Roger, 2001). Pourtant le milieu du trafic des drogues reproduit et accentue les inégalités classiques qu'on retrouve dans le marché de l'emploi légal sur base des valeurs de l'économie libérale : une petite partie des membres aux revenus importants et une myriade de petits dealers qui bénéficient de faibles revenus (Couteron, 2015). Il est donc absolument nécessaire de revaloriser les liens sociaux de coopération et de solidarité en impulsant des mouvements d'inclusion, de partage, de coéducation et de renforcement du pouvoir d'agir (Morel, 2021).

De plus, ce climat de prohibition empêche la production d'un discours clair et scientifique sur les drogues qui permettrait une prévention et une réduction des risques efficaces. La population recourt aux préjugés et aux analyses simplistes alimentées par les politiques publiques, l'absence de présence d'éducation sur les drogues et les discours médiatiques. Le domaine médical participe également de cette désinformation par l'annihilation des aspects interpersonnels et sociétaux de la consommation des substances psychoactives et des addictions. Quant seuls les milieux militants et les secteurs engagés intègrent une conception qui implique les subjectivités des personnes usagères et revendique leurs droits, « le " bon sens " des idées reçues et des croyances implicites

maintient ainsi, dans la population, une idéologie morale et ses représentations clivantes » (Morel, 2021 : 17). Cette désinformation nuit ainsi gravement à des populations déjà en grande souffrance (sociale, intersubjective, physique, ...).

Quant à l'enjeu de « race » sur l'intersectionnalité des stigmates auquel je faisais référence ci-dessus : le terrain m'a amené à suggérer son existence dans le contexte répressif des usages de drogues. Dans les zones urbaines, il y a énormément de personnes sans papiers, réduites à habiter la rue, qui consomment des drogues. Ces personnes sont très souvent racisées. Je dirai même que la majorité des personnes que j'ai rencontrées sur mon terrain, donc les personnes consommatrices de drogues et en situation de (grande) précarité, étaient des personnes racisées (et immigrées).

Les situations de rejet et les parcours de migration peuvent mener à la drogue : Emilie me racontait par exemple que les personnes migrantes en situation de détresse psychique, au cours de leurs parcours de migration, recevaient parfois des médicaments (Rivotril et Lyrica) potentiellement addictifs au lieu de bénéficier d'aides plus pérennes et autonomisantes. Lors des maraudes nous rencontrons des personnes, généralement des hommes aux âges variés issu de l'immigration clandestine qui errent dans les villes, énormément consomment. Ce sont des personnes avec qui il faut beaucoup de temps pour créer du lien. Je les rencontrais le plus souvent lors de ces maraudes : on n'y croisait pas forcément les mêmes personnes, ce qui empêchait de creuser le lien. La barrière de la langue empêchait parfois également la communication.

Nous savons l'impact des parcours de migration sur les personnes fuyant leur foyer de la guerre, de la misère, ou simplement de l'absence d'avenir. Déshumanisées dans les procédures d'asile, par les rejets juridiques, symboliques et spatiaux (Mazzocchetti, 2014), le recours aux drogues peut sembler une solution d'urgence à la souffrance engendrée par les situations auxquelles les personnes sont confrontées dans un lieu si hostile envers les personnes sans-papiers.

Je ne peux l'affirmer sur seule base de mes données empiriques récoltées mais elles me poussent à questionner les liens entre répression des usages de certaines drogues et répression de ceux qui représentent l'Autre. Toutefois, l'existence du stigmate sur

les personnes immigrées (illégalement) ne peut être nié, il peut donc, cumulé avec celui de l'usage de drogues, mener à une situation particulière de discrimination.

Au demeurant, la littérature scientifique semble corroborer l'hypothèse de l'enjeu de la « race » comme stigmaté lié aux usages des drogues.

Ainsi, il est arrivé que des institutions politiques sur la drogue produisent directement un discours dont l'objet était clairement la contrôle et la stigmatisation de certaines communautés sur un fond de racisme ambiant (Olivet et al., 2017). C'est ainsi par exemple que le gouvernement américain a créé des mythes sur les dommages des drogues « pour limiter la mobilité sociale des communautés asiatiques dans l'ouest des États-Unis et des communautés noires dans le Sud » (*Ibid.* : 90). Ainsi, pour surveiller et contrôler plus intensément les populations noires, le gouvernement a relayé le « mythe de la superpuissance de la cocaïne et de la violence associée aux personnes qui en consomment » (*Ibid.* : 90). Cela a permis entre autres l'utilisation par la police de balles plus imposantes. Associant certaines drogues à certaines minorités, sur aucune base scientifique (biologique), certaines drogues ont été jugées plus ou moins néfastes et ont justifié la stigmatisation de certaines communautés par l'incarcération de masse. (Olivet et al., 2017)

Aussi, il semble que la répression sur les drogues incarne la preuve, d'une part, des symptômes d'une société ultra-libéraliste invisibilisant les souffrances sociales des personnes marginalisées, et, d'autre part son usage comme outil de contrôle et maintien des dominations de classe et de « race ».

Tout d'abord, l'usage massif de drogues – surtout dans les populations en grande précarité (Couteron, 2015) – dit quelque chose de notre société, de la souffrance des personnes et de leur recherche d'apaisement ou de plaisir (Morel, 2021). Ignorer ces approches subjectives à coup de préjugés, de stigmatisation ou de réduction aux données bio-médicales signifie se couper d'une compréhension claire de ce fait social total. De la même manière que ramener les usagers et les usagères à leur responsabilité individuelle ou les classer comme personnalités « anti-sociales » dit quelque chose de nos sociétés et de notre vision partagée du collectif. (*Ibid.*)

Aux prises avec l'affaiblissement du lien social et l'individualisation, tous deux caractéristiques de nos sociétés (Fontaine & Vleminckx, 2021; Morel, 2021), il y a un affaiblissement du contrôle de soi, qui rend les personnes plus réceptives aux addictions (Morel, 2021).

« L'addiction en tant qu'aliénation à des objets de satisfaction est en rapport avec l'acculturation collective d'un mode de vie et d'un contexte économique et social basé sur l'hyper-croissance, l'hyper-consumérisme, l'hyper-individualisme. »

(Morel, 2021 : 21)

Effectivement, les logiques de l'injonction à « être entrepreneur de soi » issue du contexte de gouvernance ultralibérale transcendent le monde managériale (Fontaine & Vleminckx, 2021). Ainsi cette injonction est à l'œuvre dans divers lieux – que ce soit un lieu réservé à des élites économiques ou un mouvement New Age - et sous différentes formes selon les signifiants et les valeurs de ces milieux. Cette « valorisation de la responsabilité individuelle comme condition de l'accomplissement personnel » participe à oblitérer les privilèges socio-économique, de genre ou raciaux qui facilitent grandement les parcours des personnes. (*Ibid.*) Aussi, la nécessité et la recherche de performance participe de l'accessibilité des pratiques addictives, car les drogues peuvent être instrumentalisées comme soutien d'un dépassement de soi ou d'un maintien de soi dans une recherche excessive de performance (Morel, 2021).

Par conséquent, l'usage des drogues répond aux « impératifs de gestion de soi », en lien avec les injonctions - de performance, d'autonomie et d'authenticité - liées à l'ultralibéralisme. Que ce soit dans un but socialisant ou de la continuation d'une activité, de gérer des émotions ou des souffrances ou finalement de tenir dans un environnement angoissant, selon les effets recherchés, les drogues apportent une forme de maîtrise de soi. (Couteron, 2015)

« Elles sont des sortes de prothèses chimiques ou technologiques qui facilitent le dépassement de soi, compensant des compétences psychosociales défailantes ou insuffisantes, à l'instar des boissons énergisantes, des compléments vitaminés et autres psychostimulants. Après quelques décennies au service de la contre-culture, le recours

aux drogues vise maintenant l'intégration sociale et professionnelle, un moyen d'être conforme aux normes et valeurs sociales dominantes. »

(Couteron, 2015 : 53)

Il faut donc replacer le phénomène des addictions et de la consommation de drogues en général dans le contexte de compétition généralisée sous l'égide des impératifs d'efficacité et de performance, d'accentuation des inégalités socio-économiques, les destructions culturelles ainsi que les tares en termes de solidarité (Couteron, 2015). L'usage de substances psychoactives doit être compris comme un fait social - et non pas la faiblesse individuelle de quelques marginaux et précaires – avec le monde social comme fond contextuel qui interagit directement avec ce phénomène par son origine et le sens qu'il porte (Morel, 2021).

Selon certains membres de la communauté scientifique, la répression des drogues ressort manifestement comme un outil de contrôle et maintien des dominations de classe et de « race ». Ce sont des raisons culturelles, racistes et classistes, qui ont guidé la pénalisation de certaines drogues tandis que d'autres restent légales.

Aux États-Unis, qui est lié à l'Europe par les Conventions internationales sur les drogues, la guerre contre la drogue vise clairement la domination des personnes noires (Olivet et al., 2017). L'incarcération massive prive les personnes de couleur, noires ou latinos, de leurs droits civiques. Globalement, la pénalisation des drogues sous-tend la domination des minorités. Dans les représentations, l'offre est liée aux minorités de « race » tandis que la demande est blanche (en Belgique, il y a un flou juridique, l'usage des drogues en lui-même n'est pas pénalisé). Ces représentations, qui se confirment en partie, nourrissent des traitements à double vitesse selon la « race » par les institutions policières, qui font preuve de biais raciaux et restent bienveillants avec les personnes blanches. Ceci explique la forte proportion d'incarcération des personnes racisées même au-delà des USA. (Olivet et al., 2017)

« Il y a quelque chose de délibéré dans la mise en place des politiques de guerre à la drogue tournées contre les jeunes ou les marginaux (l'exemple de la loi de 1970 est très parlant à ce sujet) ou contre ceux qui sont perçus comme des étrangers. »

Il y a donc, en plus de l'intersectionnalité des vulnérabilités issues de la pénalisation des drogues - en termes de genre, de « race » et de classe sociales -, des discriminations issues des origines ainsi que des effets - en termes de « race » et de classe - de cette pénalisation globalisée.

Finalement, ce que disent les problématiques des usages de drogues dans les populations les plus pauvres et précarisées c'est la non-priorité des états occidentaux « développés » à endiguer les phénomènes de pauvreté et d'exclusion sociale au sein de leurs pays. Un changement de paradigme est rendu impossible dans un contexte global en vertu des Conventions internationales sur les drogues (Beauchesne, 2020). Ainsi la tendance aux politiques prohibitionnistes est garantie – empêchant par la même le développement de stratégies et de dispositifs d'aide et de prévention solides (*Ibid.*). De fait, il serait nécessaire de passer par la normalisation de la consommation pour élaborer une prévention efficace ; tandis que le bon déroulement de l'aide et l'accompagnement des personnes usagères est mis à mal par la répression couplée à des marchés souterrains violents (*Ibid.*). La décriminalisation constitue une étape pour réformer la politique sur les drogues et estomper les dommages engendrés par la répression ; elle permettrait également d'exercer un contrôle sur la production et la distribution des drogues qui actuellement est incontrôlée (*Ibid.*).

Au cours de mon travail, je ne différencie pas les drogues utilisées par les personnes usagères. Toutes sont potentiellement destructrices, comme j'ai pu le voir. Que ce soit le crack, l'alcool... elles sont toutes problématiques pour la santé des personnes. Je ne nie pas qu'il y ait des différences en termes d'habitude ou d'intensité des dégâts physiques. Ce que je souhaite dire c'est l'incidence sur la vie des personnes, sur la grande précarité, sur la santé mentale et sociale. Ces incidences sont liées et dégradées par les drogues. La stigmatisation participe également de ces dégradations dans l'auto-perception et les relations interpersonnelles ou institutionnelles qu'entretiennent les personnes.

Les drogues ne me semblent pas en elles-mêmes la matrice des problématiques que j'ai rencontrées. Par ailleurs, quand la présence de la consommation des drogues dans

toutes les sociétés est prouvée, certains scientifiques envisagent la consommation de substances psychoactives comme un droit intrinsèque à l'être humain et faisant partie de ses besoins dans sa recherche hédonique du plaisir, d'apaisement de ses souffrances (Stella, 2017). Les « maladies transitoires », dont l'addiction fait partie, seraient « l'expression psychocorporelle de souffrances psycho-sociales et non l'inverse » (Morel, 2021).

Pour clore cette ouverture, je tiens à préciser que je ne souhaite absolument pas banaliser la consommation de drogues, quelles qu'elles soient, ou nier les différences en termes de dommages qu'impliquent telle drogue comparée à une autre. Je considère que critiquer une politique plus nocive qu'efficace est pertinent. De plus, questionner la répression n'implique pas forcément de suggérer la légalisation complète. L'exemple du Portugal montre bien qu'il est possible avec un dispositif de réduction des risques et d'accompagnement psycho-social solide fonctionnant de concert avec une dépénalisation des drogues²³ de baisser drastiquement les dommages socio-psycho-sanitaires ainsi que l'usage de façon globale des drogues (Landel et al., 2016). Ce changement de paradigme n'a ni provoqué de tourisme de la drogue ni d'explosion du trafic ou de la consommation de drogues (Landel et al., 2016).

²³ Depuis 2001, l'usage des drogues a été dépénalisé mais il est toujours interdit de consommer dans l'espace public et de posséder une quantité supérieure à celle nécessaire à sa propre consommation (Landel et al., 2016).

BIBLIOGRAPHIE

- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2- 3), 188- 196.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Anne, D., & Chareyron, S. (2017). Une analyse spatiale du non-recours aux dispositifs sociaux. *Revue d'économie politique*, 127(2), 227- 253. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/redp.272.0227>
- Balibar, É., & Wallerstein, I. (2007). 12. Le « racisme de classe ». In *Race, nation, classe* (p. 272- 288). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/Race-nation-classe--9782707152084-p-272.htm>
- Barrault, M. (2013). Spécificités des problèmes d'utilisation de substances chez les femmes. *Psychotropes*, 19(3- 4), 9- 34. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/psyt.193.0009>
- Beauchesne, L. (2020). La décriminalisation de la possession simple de l'ensemble des drogues : Ses limites. *Drogues, santé et société*, 18(1), 1.
<https://doi.org/10.7202/1068816ar>
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques* (4e éd. augmentée). La Découverte.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance*. A.-M. Métailié.
- Bergeron, H. (2009). *II. Sociologie de la déviance, usages de drogues et toxicomanie* (p. 31- 58). La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-drogue--9782707138699-p-31.htm>

- Béteille, A. (2007). Être anthropologue chez soi : Un point de vue indien. *Genèses*, 67(2), 113- 130. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gen.067.0113>
- Bloomfield, K. (2000). A European union concerted action : Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. *Substance Abuse*, 21(4), 223- 229. <https://doi.org/10.1080/08897070009511435>
- Bourgois, P. I. (2001). *En quête de respect : Le crack à New-york*. Seuil.
- Braun, F. (1987). Matriarcat, maternité et pouvoir des femmes. *Anthropologie et Sociétés*, 11(1), 45- 55. <https://doi.org/10.7202/006386ar>
- Cabral, M. A. (2020). *(L)armes d'errance : Habiter la rue au féminin*.
- Chamberland, L. (2019). Enquêtes nord-américaines sur les violences homophobes et transphobes en contexte scolaire : L'invisibilisation du sexisme. *Cahiers du Genre*, 66(1), 129- 155. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cdge.066.0129>
- Charte de la Réduction des Risques | Plate-forme de RdR*. (s. d.). Consulté 20 septembre 2021, à l'adresse <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>
- Comte, J. (2010). Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe. *Déviance et Société*, 34(3), 425- 446. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ds.343.0425>
- Costes, J.-M. (2013). De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : À quand l'ouverture de l'impossible débat ? *Psychotropes*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.3917/psyt.191.0009>

- Couteron, J.-P. (2015). La réduction des risques. Comment prendre soin d'un usager-citoyen. *VST - Vie sociale et traitements*, 126(2), 52.
<https://doi.org/10.3917/vst.126.0052>
- Desprès, C. (2008). Le non-recours aux droits : L'exemple de la protection sociale. *Vie sociale*, 1(1), 21- 96. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/vsoc.081.0021>
- Escots, S. (2014). Le Subutex® une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Esquisse d'une anthropologie sémiotique des psychotropes. *Psychotropes*, 20(1- 2), 51- 78. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/psyt.201.0051>
- Fabbiano, G. (2008). Déconstruire l'empathie. Réflexions sur l'art magique de l'ethnographe. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 114- 115, 185- 202. <https://doi.org/10.4000/jda.321>
- Fassin, D. (2003). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95- 116.
<https://doi.org/10.7202/015638ar>
- Fédération addiction. (2016). *Femmes & addictions* (repère(s)).
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., & Arteaga, A. (2012). Violent Behaviors in Drug Addiction : Differential Profiles of Drug-Addicted Patients With and Without Violence Problems. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 142- 157.
<https://doi.org/10.1177/0886260511416475>
- Fontaine, B., & Vleminckx, J. (2021). Faire œuvre de soi. Comparaison ethnographique des effets du néolibéralisme dans un mouvement spirituel et au sein d'un cercle d'affaires bruxellois. *Emulations - Revue de sciences sociales*.
<https://doi.org/10.14428/emulations.varia.035>

- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir* (Nachdr. d. Ausg. 1969). Gallimard.
- Furtos, J. (2000). *Epistémologie de la Clinique Psychosociale (la scène sociale et la place des psy). I.*
- Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet PSY*, 156(7), 29- 34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcp.156.0029>
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* (Les éditions de minuit).
- Guillaumin, C. (1972). L'idéologie raciste. Genèse et langage actuel. *Collection IDERIC*, 2(1). https://www.persee.fr/doc/ierii_1764-8319_1972_mon_2_1
- Hamel, C. (2018). Colette Guillaumin (1934-2017) : Une pensée constructiviste et matérialiste sur le sexisme et le racisme. *Nouvelles Questions Féministes*, 37(1), 186. <https://doi.org/10.3917/nqf.371.0186>
- Hauspie, B., Dyck, E. V., Piolat, J., Sacre, C., Havere, T. V., Lonfils, C., Huyck, C. V., & Ponnet, K. (2021). *Drogues en festival : Perceptions des stratégies de prévention, réduction des risques, traitement et de maintien de l'ordre*. (Politique scientifique fédérale, p. 12). Belgian Science Policy Office.
- Héritier, F. (Éd.). (1996). *De la violence : Séminaire de Françoise Héritier*. Editions O. Jacob.
- Héritier, F. (1998). *Masculin/féminin I : la pensée de la différence*.
- Héritier, F. (Éd.). (1999). *De la violence II : séminaire de Françoise Héritier*. Editions O. Jacob.
- Hoareau, E. (2012). Un usage féminin des substances ? *Le Sociographe*, 39(3), 17- 26. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/graph.039.0017>

- Hoareau, E. (2016). Stigmatisation de l'utilisateur de substances illicites et enjeux de l'entretien individuel. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 21(1), 33- 48. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/nrp.021.0033>
- Huhn, R., & Morel, A. (2003). Le territoire urbain : Divisions et spatialisations. *Terrain*, 41, 149- 166. <https://doi.org/10.4000/terrain.1694>
- Intersectionnalité. (2021). In *Wikipédia*. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Intersectionnalit%C3%A9&oldid=187965442>
- Jamoulle, P. (2000). *Drogues de rue : Récits et styles de vie*. De Boeck université.
- Jamoulle, P. (2003). Business is business. Enjeux et règles du jeu de l'économie clandestine. *Déviance et Société*, 27(3), 297- 311. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ds.273.0297>
- Jamoulle, P. (2009). *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*. La Découverte; Cairn.info. <https://www.cairn.info/fragments-d-intime-9782707156785.htm>
- Jamoulle, P. (2021a). *Je n'existais plus : Les mondes de l'emprise et de la déprise*. La Découverte.
- Jamoulle, P. (2021b). *Séminaire d'enquêtes collaboratives* [Notes de cours].
- Jamoulle, P., & Panunzi-Roger, N. (2001). Enquête de terrain auprès d'utilisateurs de drogues. *Psychotropes*, 7(3- 4), 31- 48. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/psyt.073.0031>

- Jauffret-Roustide, M. (2014). Les inégalités sociales dans le champ des addictions. *Les Tribunes de la santé*, 43(2), 61- 68. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/seve.043.0061>
- Jovelin, E. (2017). La honte des pauvres : L'exemple des femmes SDF. *Pensée plurielle*, 44(1), 73- 83. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pp.044.0073>
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe: Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Dunod.
- Lafargue de Grangeneuve, L. (2009). Drogue et techno : Les contradictions de l'État. *Sciences sociales et santé*, 27(4), 7- 32. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/sss.274.0007>
- Landel, P., Zielinska, A. C., & Landel, P. (2016). La politique de décriminalisation des drogues au Portugal : Entretien avec le prof. João Goulão. *Mouvements*, 86(2), 151. <https://doi.org/10.3917/mouv.086.0151>
- Lanzarini, C. (2003). Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale. *Cahiers du Genre*, 35(2), 95- 115. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/cdge.035.0095>
- Laurent, P.-J. (2019). *Devenir anthropologue dans le monde d'aujourd'hui*. Éditions Karthala.
- Lequarré, F., & Verjans, P. (1996). Les drogues prohibées. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1506- 1507(1- 2), 1- 48. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/cris.1506.0001>

- Loison, M., & Perrier, G. (2019). Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : Entre vulnérabilité et protection. *Déviance et Société*, 43(1), 77- 110. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ds.431.0077>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Cacho, R., & Arteaga, A. (2014). Profile of Addicted Patients Who Reenter Treatment Programs. *Substance Abuse*, 35(2), 176- 183. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.826614>
- Loridon, S. (2016). Le système de contrôle des drogues peut-il changer ? *Journal français de psychiatrie*, 43(1), 99. <https://doi.org/10.3917/jfp.043.0099>
- Manero, E. (2017). L'altérité menaçante des usagers de drogue en Argentine. *Chimères*, 91(1), 71- 84. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/chime.091.0071>
- Mauss, M. (2021). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques / Marcel Mauss ; préface de Baptiste Mylondo.*
- Mazzocchetti, J. (2014). Le corps comme permis de circuler. *Parcours anthropologiques*, 9, 133- 154. <https://doi.org/10.4000/pa.271>
- Mears, A. (2019). Des fêtes très exclusives. Les promoteurs de soirées VIP, des intermédiaires aux ambitions contrariées (C. Guesde, Trad.). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 230(5), 56- 75. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arss.230.0056>
- Metidji, S. (2019). Alcool, mémoire traumatique et subjectivation. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 62(1), 95- 111. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ctf.062.0095>
- Morel, A. (2021). L'addiction est une pratique sociale soluble dans la coopération: *Psychotropes*, Vol. 27(1), 11- 35. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0011>

- Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique. *Déviance et Société*, 42(3), 569. <https://doi.org/10.3917/ds.423.0569>
- Olivet, F., Roberts, S., Granier, J.-M., Blanc, V., & Jauffret-Roustide, M. (2017). Guerre à la drogue, guerre raciale ? *Esprit*, Février(2), 85. <https://doi.org/10.3917/espri.1702.0085>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.
- Parazelli, M., & Carpentier, M.-È. (2016). Imaginaires collectifs du partage de l'espace public avec les personnes en situation de marginalité à Montréal et à Québec (1993-2012). *TSANTSA – Journal of the Swiss Anthropological Association*, 21, 51- 61. <https://doi.org/10.36950/tsantsa.2016.21.7377>
- Renahy, N., & Sorignet, P.-E. (2020). Introduction. Pour une sociologie du mépris de classe. L'économie des affects au cœur de la domination. *Sociétés contemporaines*, 119(3), 5- 32. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/soco.119.0005>
- Retour sur l'assassinat de Mohamed Amine Berkane – Bruxelles Panthères*. (s. d.). Consulté 29 décembre 2021, à l'adresse <https://bruxelles-panthere.thefreecat.org/?p=5047>
- Revil, H. (2014). Le « non-recours » à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : Un phénomène qui travaille l'institution. *La Revue de l'Ires*, 81(2), 3- 32. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rdli.081.0003>
- Reyre, A. (2010). La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance: In *Traité de bioéthique* (p. 244- 256). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.03.0244>

- Rigaud, A., & Craplet, M. (2016). 38. Prévention du risque alcool. In *Traité de santé publique* (p. 342- 359). Lavoisier; Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0367>
- Rioux, N. (2021). La crise des sudoses d’opioïdes au Canada : Quand la décriminalisation des drogues devient une question de droit à la vie. *The Canadian Bar Review*, 99(2), Article 2. <https://cbr.cba.org/index.php/cbr/article/view/4699>
- Robillard, C. (2007). Structure et symbolique de la consommation d’alcool de femmes prostituées de Bolivie1. *Drogues, santé et société*, 5(2), 49- 78.
<https://doi.org/10.7202/015694ar>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143- 155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Schmidt, F. (2019). *Lâchez-nous l’utérus ! En finir avec la charge maternelle*. Hachette.
- Schulthess, P. (2006). Addictions, thérapie et conseil psycho-social. *Gestalt*, 31(2), 17.
<https://doi.org/10.3917/gest.031.0017>
- Simmat-Durand, L. (2007). La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Déviance et Société*, 31(3), 305. <https://doi.org/10.3917/ds.313.0305>
- Simmat-Durand, L. (2009). Devenir mère en situation d’addiction... : Quelle trajectoire ? *La lettre de l’enfance et de l’adolescence*, 77(3), 65- 70. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/lett.077.0065>
- Spilka, S., Beck, F., Obradovic, I., Palle, C., Brisacier, A.-C., Cadet-Taïrou, A., Díaz-Gómez, C., Lermenier-Jeannet, A., Protais, C., & Richard, J.-B. (2017). *Usages de drogues et conséquences : Quelles spécificités féminines ?* (N° 117; Lettres Tendances, p. 8). OFDT.

file:///C:/Users/leoni/OneDrive/Bureau/terrain%20pr%C3%A9paration/documenta-
tion/ad%20femina%20specificit%C3%A9s%20f%C3%A9minines.pdf

Stella, A. (2017). Se droguer pour le plaisir : Un tabou ou un droit ? *Chimères*, 91(1),
63- 70. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/chime.091.0063>

Substance psychoactive : Qu'est-ce que c'est ? (s. d.). *Drogues Dépendance !* Consulté 31
décembre 2021, à l'adresse [https://www.drogues-dependance.fr/s_informer-
substance_psychoactive.html](https://www.drogues-dependance.fr/s_informer-substance_psychoactive.html)

Taschini, E., Urdapilleta, I., Verlhac, J.-F., & Tavani, J. L. (2015). Représentations
sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de
consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*,
Numéro 107(3), 435- 461. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cips.107.0435>

Un jeune algérien décède dans un commissariat en Belgique. (2021, décembre 21). Visas
Voyages Algérie. [https://www.visa-algerie.com/un-jeune-algerien-decede-dans-
un-commissariat-en-belgique/](https://www.visa-algerie.com/un-jeune-algerien-decede-dans-un-commissariat-en-belgique/)

Unhappy Birthday. (s. d.). Unhappy Birthday. Consulté 17 décembre 2021, à l'adresse
<https://unhappybirthday.be/>

Van Damme, P. (2006). Dépression et addiction. *Gestalt*, 31(2), 121- 135. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/gest.031.0121>

Vanthournhout, A. (2001). *Techno, rêves... Et drogues ? Rencontrer les jeunes dans les
nouveaux lieux d'extase.* De Boeck : Belin.

Vuilleminot, A.-M. (2019). *Anthropologie de la spatialité et de l'habiter/é* [Notes de
cours].

- Warin, P. (2009). Une approche de la pauvreté par le non-recours aux droits sociaux. *Lien social et Politiques*, 61, 137- 146. <https://doi.org/10.7202/038479ar>
- Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* (Journal officiel de la république Française/Conseil économique et social).

Cette monographie questionne le stigmatisme issu de l'usage de substances psychoactives et comment il se cristallise dans la quotidienneté des personnes que j'ai rencontrées et qui sont en situation de (grande) précarité. En effet, il participe de la vulnérabilité des personnes déjà sensibilisées par des parcours biographiques compliqués et des conditions de vie matériellement précaires. Cette exploration du stigmatisme traverse trois parties.

Tout d'abord, ce sont les violences auxquelles les usagers et usagères étaient confrontés assez régulièrement dont j'ai été témoin qui ont fait émerger le stigmatisme comme élément prégnant de cette monographie.

Ensuite, j'ai pu constater les effets du genre sur les femmes consommatrices et les spécificités des stigmatisations qu'elles connaissent.

Pour finir, la dernière partie explore la manière dont l'addiction prend possession de la vie des personnes.

Stigmatisme – Drogues - (grande) précarité – santé - genre