HAL open science

Addictions : de l'aliénation à l'émancipation. Paradoxes et complexité au cœur du travail éducatif et des trajectoires biographiques des usagers

Brandon Dutilleul

To cite this version:

Brandon Dutilleul. Addictions : de l'aliénation à l'émancipation. Paradoxes et complexité au cœur du travail éducatif et des trajectoires biographiques des usagers. Education. Université de Lille, 2023. Français. NNT : 2023ULILH041 . tel-04382067

HAL Id: tel-04382067

https://theses.hal.science/tel-04382067

Submitted on 9 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Lille

Ecole doctorale
Sciences de l'Homme et de la Société
Université Lille Nord de France

Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation et de la Formation

- Section 70 -

Brandon Dutilleul

Laboratoire CIREL - ULR 4354 - Université de Lille

École doctorale Sciences de l'Homme et de la Société

CIREL

Addictions : de l'aliénation à l'émancipation

Paradoxes et complexité au cœur du travail éducatif et des trajectoires biographiques des usagers

Sous la direction de Christophe Niewiadomski

Soutenance : 27 novembre 2023

Jury

BAEZA Carole - PU. Université de Paris 13 (CNU 70) - Rapporteure

PONNOU Sébastien - PU. Université de Paris 8 (CNU 70) - Rapporteur

CONDETTE Sylvie - PU. Université de Lille (CNU 70) - Présidente du jury

PAGONI Maria - PU. Université de Lille (CNU 70) - Examinatrice

GAULEJAC (de) Vincent - Professeur Émérite Université de Paris 7 (CNU 19) - Examinateur

NIEWIADOMSKI Christophe - Professeur Émérite Université de Lille (CNU 70) - Directeur de thèse

Sommaire

REMERCIEMENTS....1
INTRODUCTION....2
PREMIÈRE PARTIE : Récit d'expériences professionnelles et réflexions théoriques....5
CHAPITRE I. Pré-enquête en addictologie....6
I.1. Expériences de terrain et observations cliniques....6
I.1.1. Des expériences diverses....6
I.1.2. Séquences d'observation....8
I.1.2.1. Xavier : un parcours semé d'embûches....9
I.1.2.2. Alexandre ou l'intérêt éducatif de perdre du temps 11
I.2. Entretiens exploratoires, le cas de Samuel....14
I.2.1. L'ennui, le vide....15
I.2.2. Contraintes et contradictions biographiques....17
I.2.3. Une vie « ordinaire » envisagée comme aliénante....18
I.2.4. Programme officiel et carte du monde....18
CHAPITRE II. Addictologie et Réduction des Risques....21
II.1. L'addictologie....21
II.1.1. Étude socio-historique du concept d'addiction et de son accompagnement....21
II.1.1.1. Du 19ème au 20ème siècle....22
II.1.1.2. À partir du 20ème siècle....23
II.1.1.3. Naissance et évolution de l'addictologie....25
II.1.2. Des produits différents pour une même approche disciplinaire : l'addictologie....27
II.2. Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) et rapport à la norme....30
II.2.1. De la Réduction des Risques....30
II.2.2. Un rapport à la norme revisité....33
II.2.3. Entre normalisation sociale et normativité vitale....40
II.2.3.1. De la normativité vitale....41
II.2.3.2. De la normalisation sociale....46
CHAPITRE III. Les conduites addictives....52
III.1. Alcoolisme, alcoologie et addictologie....52
III.1.1. Quelques bases théoriques....53
III.1.2. L'alcoolisme : un diagnostic en forme de couperet....55
III.1.3. L'exemple des « Alcooliques Anonymes »....61
III.1.4. Mise en perspective critique....67
III.2. Toxicomanie et addictologie....70
III.2.1. Un cadre légal paradoxal....70
III.2.1.1. Dans le champ du soin dit « conventionnel »....71
III.2.1.2. Dans le champ de la Réduction des Risques et Dommages....75
III.2.2. Un univers méconnu....82
CHAPITRE IV. Sciences de l'éducation et de la formation et addictologie clinique....87
IV.1. Travail éducatif et recherche biographique comme points d'appui à l'élucidation de la complexité....88
IV.1.1. Le travail éducatif....88
IV.1.1.1 Quelques éléments de cadrage....88
IV.1.1.2. Entre « travail éducatif », « travail d'éducation » et « travail d'imprégnation » 90
IV.1.2. La recherche biographique....94
IV.1.2.1. La modernité avancée....95
IV.1.2.2. Sociologie clinique et clinique narrative....100
IV.1.2.3. Vocabulaire de la recherche biographique....107
IV.1.2.4. Formation de soi et construction de sens : pour une clinique du travail social

.....109
IV.1.3. Paradoxe et complexité.....113
IV.2. Vers un nouveau paradigme de l'addictologie : la fin de l'abstinence ?.....117
IV.2.1. De la liberté de consommer.....117
IV.2.2. Des pistes encore timides ou peu exploitées.....121
IV.2.3. Dogme ou paradigme et travail sur le sens.....123
CHAPITRE V. À la recherche d'un troisième axe d'accompagnement.....130
V.1. Évaluation historique et internationale d'un possible troisième axe.....132
V.2. Modèles théoriques et perspectives pratiques.....140
V.2.1. La gestion des consommations.....140
V.2.2. La consommation contrôlée.....145
V.2.2.1. Illustration par quelques cas cliniques en Suisse.....145
V.2.2.2. De quelques limites à dépasser ?.....147
V.2.3. La consommation non problématique et raisonnée.....149
V.2.4. La consommation modérée.....151
V.2.5. La zone de confort.....154
V.2.6. Distinctions sémantiques.....158
V.3. Considérations relatives aux politiques publiques.....163
CHAPITRE VI. Entre aliénation et émancipation.....169
VI.1. Des concepts complexes.....169
VI.1.1. Émancipation et subjectivation.....169
VI.1.2. Aliénation.....173
VI.2. L'aliénation au cœur des consommations de substances psychoactives.....179
VI.2.1. L'enfermement par et dans les consommations.....179
VI.2.2. Dépendance et aliénation.....182
VI.2.2.1. L'universalité de la dépendance.....182
VI.2.2.2. Démystification de la notion de dépendance dans le champ des conduites addictives.....183
VI.3. Une autre perspective de l'aliénation : un renversement du concept dans le champ de l'addictologie.....186
VI.3.1. À contre-pied des représentations sociales : consommer pour s'émanciper ?.....186
VI.3.2. L'influence sociale.....193
VI.3.2.1. Un rappel de quelques axes.....193
VI.3.2.2. Violence symbolique et reproduction sociale.....196
VI.3.3. Cause et raison : deux herméneutiques distinctes.....201
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....205
DEUXIÈME PARTIE : Sur le terrain d'enquête.....212
CHAPITRE VII. Enquête et protocoles de recherche.....213
VII.1. Trajectoires biographiques et processus émancipatoires en addictologie.....216
VII.2. Accompagnement et zones d'inconfort.....222
CHAPITRE VIII. Histoires de vie et construction de sens.....226
VIII.1. Anthony : La recherche d'une philosophie de vie.....227
VIII.1.1. Récit de vie.....227
VIII.1.2. Commentaires et hypothèses.....236
VIII.1.2.1. Poids des figures parentales et construction de repères contradictoires…236
VIII.1.2.2. Un capital qui fait défaut.....238
VIII.1.2.3. Registres existentiels du recours aux substances.....240
VIII.1.2.4. Un mois après.....242
VIII.2. Samuel : Le syndrome de Peter Pan.....246
VIII.2.1. Récit de vie.....246
VIII.2.2. Commentaires et hypothèses.....255
VIII.2.2.1. Bref rappel des éléments d'analyse de la pré-enquête et émergence de

nouvelles perspectives....255
VIII.2.2.2. Une subjectivité pessimiste qui brouille le processus de subjectivation : entre idéalité et réalité....256
VIII.2.2.3. Un désir marqué de retour symbolique à l'enfance....260
VIII.2.2.4. Conclusions et perspectives d'accompagnement....263
VIII.3. Charles : Une parole longtemps éteinte....266
VIII.3.1. Récit de vie....266
VIII.3.2. Commentaires et hypothèses....277
VIII.3.2.1. « Ne faire confiance à personne », ou comment dissoudre un sujet en émergence par la honte....277
VIII.3.2.2. Entre impression de duperie et souhait de s'ouvrir au monde social....282
VIII.3.2.3. Registres existentiels du recours à l'alcool et influence de l'histoire sociale et familiale....284
VIII.3.2.4. Trois mois plus tard....287
VIII.4. Rose : Un changement de trajectoire marqué par le sceau de la douleur....289
VIII.4.1. Récit de vie....289
VIII.4.2. Commentaires et hypothèses....296
VIII.4.2.1. Déséquilibres affectifs....296
VIII.4.2.2. Monde médical versus monde social....299
VIII.4.2.3. Registres socio-existentiels du recours excessif aux médicaments....303
CHAPITRE IX. Pratiques socio-éducatives : enjeux de conventionnalité et d'adaptabilité....307
IX.1. Des logiques institutionnelles....308
IX.1.1. L'institution et le projet de service : entre adaptations, paradoxes et conflits axiologiques....308
IX.1.2. Accompagnement individualisé dans un espace collectif : frein ou opportunité ? 315
IX.1.3. Consommations et reconsommations dans et hors les murs : une parole qui demande à être encouragée....324
IX.2. Des logiques légales et sociales....327
IX.2.1. L'interdit de la loi : une contrainte indépassable ?....328
IX.2.2. Composer avec les enjeux du regard social....335
IX.3. Des logiques individuelles....340
IX.3.1. Objectifs poursuivis : une porosité entre émancipation et intégration....341
IX.3.1.1. Objectifs d'intégration....341
IX.3.1.2. Objectifs d'émancipation....347
IX.3.2. Logiques d'action alternatives : source d'inconfort mais aussi d'alignement professionnel....353
IX.3.2.1. Contradictions et résistances....353
IX.3.2.2. Appropriation....363
CHAPITRE X. Discussion....369
X.1. Croisement des données analysées....369
X.1.1. Singularités et éléments de convergence....369
X.1.2. Logiques subjectives et limites du modèle biomédical....375
X.2. L'oscillation comme perspective d'accompagnement....379
X.2.1. Un « métier impossible » ?....380
X.2.2. Contributions cliniques et socio-éducatives....384
CONCLUSION....388
BIBLIOGRAPHIE....392

REMERCIEMENTS

Aux professionnels et aux personnes accompagnées qui ont accepté de partager leur expérience, leur expertise et leur histoire à l'occasion de ce travail de recherche.

Aux professionnels de l'accompagnement, rencontrés tout au long de mon parcours, pour la richesse de leur investissement, leurs encouragements et leurs contributions aux réflexions de cette thèse.

Aux personnes accompagnées, pour leur confiance et la richesse de nos échanges tout au long de ces années de pratique. Ils constituent l'enjeu central de ce travail doctoral.

À mon association, pilier fondateur de ma construction professionnelle.

À l'Université de Lille, lieu de diversité et de richesse intellectuelle.

Au laboratoire CIREL et à l'ensemble de ses membres, pour leur soutien et la vitalité de nos échanges.

À mon directeur de thèse, pour son appui, ses enseignements, sa pédagogie, son sens de la reformulation et ses travaux inspirants et enrichissants.

À mon jury de thèse, pour l'intérêt porté à mes travaux.

À Bertille, Doriane, Gill, Julia, Maxime et Sarah pour leur précieux coup de main. Ils m'ont permis de sortir la tête de l'eau.

À mes parents, pour leur amour et leur soutien. Ils m'ont souvent demandé de faire mes devoirs, voilà qui est fait.

À ma famille, pleine de richesses.

À mes frères et sœurs, pour les univers que nous partageons et qui nous rassemblent.

À mes amis, qui se sont intéressés, qui se sont investis, qui m'ont supporté et toujours encouragé.

À Morgan, qui m'a ouvert le chemin, qui m'a montré l'exemple, qui m'a inspiré et à qui je dédie cette thèse, et plus encore...

À Lou, qui m'a donné l'énergie d'aller au bout et me permet aujourd'hui de vivre une nouvelle aventure...

À Anne, pour son écoute, son soutien indéfectible, ses commentaires, ses propositions, son aide et pour qui ma reconnaissance est infinie...

INTRODUCTION

À travers cette recherche doctorale, nous souhaitons débattre des modèles théoriques et pratiques appliqués en addictologie. Pour ce faire, nous souhaitons explorer les parcours biographiques d'usagers de substances psychoactives d'une part, qu'il s'agisse d'alcool, d'héroïne, de cocaïne ou de médicaments psychotropes. D'autre part, nous souhaitons appréhender les approches professionnelles et notamment socio-éducatives déployées dans ce domaine.
Notre recherche se concentre sur les structures de soins spécialisées et plus particulièrement sur les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Ces derniers, avec ou sans hébergement, s'inscrivent plus particulièrement dans le champ associatif mais parfois aussi dans le champ médical, au sein d'un hôpital ou rattachés à ce dernier.

Depuis plusieurs décennies le modèle principalement biomédical de l'accompagnement fait de l'individu dépendant un individu malade, et par essence malade comme les autres personnes dépendantes incapables de se maîtriser. Ainsi, la perspective thérapeutique proposée se caractérise encore souvent par l'obligation d'une abstinence complète et par une identification, parfois aliénante, à la figure du malade attendant qu'on le soigne. Toutefois, la conduite addictive semble se situer au cœur d'une énigme existentielle complexe et résolument individuelle qui nécessite l'exploration du vécu singulier[1]. Par voie de conséquence, cette complexité requiert le développement de stratégies d'accompagnement adaptatives qui dépassent le cadre normatif de l'abstinence et les préconisations générales de santé publique.
Nous tenterons de mettre en lumière certains paradoxes issus du modèle biomédical, aussi bien au regard des parcours d'usagers que de l'accompagnement proposé. En effet, il semble important de reconnaître certains effets contrastés d'efficience thérapeutique induits par ce modèle. À l'heure d'une reconsidération d'une philosophie de l'accompagnement, déjà engagée par le prisme de la « réduction des risques », il nous paraît intéressant de requestionner la place du choix dans les stratégies d'accompagnement proposées en CSAPA et la présence des consommations dans les parcours de vie.
Ainsi, l'accompagnement actuel qui s'organise sur le principe de la pluridisciplinarité par une lecture bio-psycho-sociale de l'addiction n'épuise cependant pas les significations sociales et personnelles que les personnes dépendantes accordent à leur expérience des consommations. Si le

1 Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique. Essai de psychologie dramatique.* Paris : Desclée de Brouwer ; Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme. À la recherche d'un espace de construction de sens avec les personnes alcooliques*. Paris : Seli Arslan.

travail social vise une connaissance fine des situations accompagnées et la co-construction des projets de vie, le paradigme abstinentiel à caractère normatif et défini a priori, vient bloquer la prise en compte de la singularité de l'expérience subjective. Au-delà de l'injonction à l'abstinence, qui s'observe toujours mais se nuance peu à peu en CSAPA, les traces historiques du modèle biomédical s'incarnent toujours pleinement dans une logique d'accès aux soins dite de « haut seuil d'exigence ». Cette logique se matérialise par des fonctionnements institutionnels parfois rigides et souvent contradictoires qui obligent les usagers les plus marginalisés ou les plus en difficulté avec leurs consommations à devoir s'adapter.

Dans la mesure où les standards thérapeutiques et le cadre légal répressif (issu de la loi de 1970[2]) délimitent l'accompagnement en addictologie, comment alors déployer un travail d'accompagnement socio-éducatif singulier centré sur l'expérience de la personne présentant des conduites addictives ?

Cette recherche doctorale en sciences de l'éducation et de la formation sera résolument clinique et poursuivra nos réflexions d'éducateur spécialisé engagé depuis dix années dans l'accompagnement de personnes présentant des conduites addictives. Pour guider ce travail, nous souhaitons poser, dès à présent, la question qui détermine le fil rouge d'une réflexion jamais réductible à la manière dont nous l'avons menée :

Dans quelle mesure la complexité liée aux comportements addictifs contribue-t-elle à produire un brouillage de la lecture des trajectoires existentielles des consommateurs de substances psychoactives, entraînant ainsi l'émergence d'effets paradoxaux dans l'accompagnement socio-éducatif proposé ?

À la suite d'une réflexion théorique et clinique autour des enjeux de l'addiction et de l'addictologie, nous présenterons une enquête qualitative auprès de travailleurs sociaux et d'usagers. Cette enquête permettra de mettre en lumière des zones d'inconfort et des réflexions nouvelles, mais encore fragiles, liées à la pratique socio-éducative en addictologie. Elle permettra également de réintégrer la dimension subjective et singulière de l'usage de substances pour mieux comprendre le sens du recours. Le but étant d'essayer de saisir la diversité des vécus singuliers mais aussi de réfléchir le rapport dialectique de la conduite de dépendance entre aliénation et émancipation dans le contexte de la « modernité avancée »[3]. La convocation de la recherche biographique intervient dans ce cadre

2 Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses (faisant du consommateur à la fois un malade et un délinquant).

3 Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique. Essais sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris : Téraèdre ;
Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le sujet contemporain*.

précis : entre tentative d'élucidation de la complexité des conduites addictives, mise en lumière des impasses socio-existentielles, recherche de sens et formation de soi. Elle permet également d'éviter un écueil lié à la « condition biographique »[4] de l'individu contemporain. Cet écueil consiste à renvoyer le sujet à sa seule responsabilité individuelle et biographique, en particulier dans le cas d'une situation de souffrance psychique telle que l'addiction, laquelle tire pour partie sa source dans un contexte socio-économique et donc collectif qu'il ne pourra jamais complètement maîtriser.

Toulouse : Érès.

4 Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique, op. cit.*

PREMIÈRE PARTIE : Récit d'expériences professionnelles et réflexions théoriques

Cette première partie vise à présenter le développement de notre objet de recherche mais également son inscription dans des fondements théoriques susceptibles d'affermir la dimension scientifique de notre travail. Après avoir abordé la manière dont notre objet s'est construit sur le terrain socio-éducatif, nous présenterons une approche descriptive et réflexive des conduites addictives pour ensuite nous intéresser à la manière dont elles sont appréhendées par la société et par les professionnels dans le champ de l'accompagnement médico-social. À ce propos, nous présenterons quelques nouvelles approches permettant d'appréhender autrement le suivi en addictologie. L'approche par la « régulation des consommations » permet justement de réintégrer le sens que les acteurs accordent à l'expérience vécue et singulière de leur(s) consommation(s). D'autre part, le travail éducatif et la recherche biographique constitueront les deux fils rouges de ce travail doctoral, nous permettant de faire la transition avec le développement d'autres concepts, tels que l'aliénation, l'émancipation, la subjectivation ou encore la complexité.

CHAPITRE I. Pré-enquête en addictologie

Ce travail de recherche se caractérise par une inscription clinique importante. La réalité vécue par les personnes concernées, qu'elles soient consommatrices de substances psychoactives ou professionnelles du champ constitue le moteur de ce travail. Un travail qui vise également, à une échelle relative, la possibilité pour les acteurs de se saisir des réflexions présentées. S'en saisir à différents degrés et surtout de manière critique. En ce sens, notre pratique professionnelle d'éducateur spécialisé constitue, de manière prépondérante, le noyau de nos réflexions et interrogations relatives au travail éducatif et à l'accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives. L'expérience des acteurs de terrain relève d'une dimension qui mérite d'être mise en valeur. Ce premier chapitre nous permettra de mettre en exergue la manière dont notre ancrage professionnel s'est constitué mais également la manière dont notre objet de recherche s'est construit.

I.1. Expériences de terrain et observations cliniques

Nous verrons dans cette partie la multiplicité des terrains professionnels que nous avons eu la chance de fréquenter, croisant ainsi de nombreux professionnels et usagers qui ont largement contribué à la construction de nos réflexions. Nous les en remercions, tant ils ont enrichi notre travail par les désaccords, les accords, les débats, les discussions et les rencontres humaines. Nous nous appuierons notamment sur deux observations afin d'indiquer certains éléments qui ont attiré particulièrement notre attention et qui permettront de mieux situer notre propos afin de mieux le développer ensuite.

I.1.1. Des expériences diverses

L'ensemble de notre pratique professionnelle, en tant qu'éducateur spécialisé accompagnant des personnes présentant des conduites addictives, nous a amené à nous questionner sur ce que signifie la consommation de substances psychoactives et sur la manière d'appréhender, pour les professionnels et les consommateurs, les paradoxes et la complexité qui sont à l’œuvre. Notre expérience du terrain d'une petite dizaine d'années se découpe en quatre types d'accompagnement :

Premièrement, l'accompagnement en centre d'hébergement d'urgence de nuit pour usagers de drogues actifs. Ce type de dispositif fait partie des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Les CAARUD s'inscrivent dans une approche plus large appelée la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD ou RdR). Ils soutiennent l'idée selon laquelle certains consommateurs ne font pas nécessairement le choix de l'abstinence. Pour autant, cela n'empêche pas les usagers d'exprimer une demande d'accompagnement. Ces dispositifs, de jour ou de nuit, visent un mieux-être des consommateurs actifs (en particulier les plus marginalisés) via par exemple l'hébergement d'urgence et/ou la délivrance de matériel de consommation à moindres risques et tentent de démystifier avec les usagers la question épineuse et intime des consommations. Ils regroupent en général des équipes éducatives et paramédicales. Une partie de ce travail doctoral portera sur cette approche spécifique.

Deuxièmement, l'accompagnement en centre d'accueil et de soins ambulatoires. Ce type de structure est historiquement assimilé à la mise en place et à la délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Néanmoins, ces structures sont aujourd'hui devenues des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et englobent l'accompagnement ambulatoire de multiples comportements addictifs (addictions à des produits licites et illicites, addictions sans produit, etc.). Les rencontres se font sur rendez-vous et le plus souvent de manière individuelle à travers la possibilité d'un accompagnement pluridisciplinaire[5].

Troisièmement, l'accompagnement en Centre Thérapeutique Résidentiel[6] (CTR). Les Centres Thérapeutiques Résidentiels sont des lieux d'accompagnement de personnes le plus souvent majeures présentant des addictions à des substances psychoactives licites ou illicites. Ce type d'accompagnement sur le long terme, avec hébergement collectif, intervient généralement à la suite d'une période de sevrage en milieu hospitalier et vise le prolongement du soin ainsi que son étayage mais également la construction d'un projet de vie. Ce type de dispositif rejoint l'entité CSAPA mais cette fois avec hébergement. L'accompagnement s'organise dans le cadre d'un collectif (femmes, hommes ou couples) au sein d'une maison souvent éloignée de la ville. Il se décline en général autour de quatre approches transversales, l'accompagnement médical et paramédical, l'accompagnement psychologique, les ateliers à caractère professionnel et l'accompagnement socio-éducatif via l'appui d'une équipe pluridisciplinaire. Le cadre d'un CTR permet aux personnes

5 Un accompagnement pluridisciplinaire vise à faire coexister plusieurs disciplines dans le cadre d'une situation d'accompagnement partagée.

6 Anciennement postcure.

souhaitant s'éloigner à long terme des consommations d'évoluer dans un lieu de vie sécurisant afin d'expérimenter d'autres modes de fonctionnement, à l'écart de l'objet toxicomanogène.

Quatrièmement, l'accompagnement en appartements thérapeutiques, autrement dit en CSAPA avec hébergement individuel. Ce type de dispositif est à l'interface des CTR et des CSAPA ambulatoires. Il présente la spécificité de mettre à disposition un appartement personnel pour chaque personne ainsi qu'un espace collectif au sein de la structure de rattachement. Les personnes accompagnées bénéficient d'un suivi éducatif, psychologique et médical individualisé et peuvent se saisir, si elles le souhaitent, des instances collectives moins régulières qu'en CTR. Le reste du temps les personnes vivent de manière autonome dans leur appartement ce qui les rapproche d'un cadre de vie ordinaire.

L'entité CSAPA est donc une entité juridique et générique française pour qualifier un ensemble de structures de soins en addictologie avec ou sans hébergement. On parlera alors de soins résidentiels ou de soins ambulatoires. Ces structures sont portées par des associations ou établissements publics de santé et viennent compléter les dispositifs hospitaliers spécialisés (services de sevrage, hôpitaux de jour, services de soins de suite et de réadaptation, équipes de liaison, etc.). D'autre part, les CAARUD constituent avec les CSAPA deux entités centrales de l'accompagnement en addictologie, encore trop souvent opposées.

Nos expériences et notamment celles en CTR, par le biais de multiples observations, ont permis la construction d'un questionnement qui constitue le fondement de notre recherche. La partie suivante sera consacrée à l'analyse de deux séquences d'observation.

I.1.2. Séquences d'observation

Afin de poursuivre le récit de notre expérience et donner à voir la complexité dans laquelle nous nous sommes retrouvés à plusieurs reprises face à certaines situations d'accompagnement, il nous apparaît essentiel de retranscrire quelques-unes d'entre elles. Ces observations ont fait émerger des questionnements, des malaises et des paradoxes que nous ne pouvions continuer à observer en surface. Il nous semblait par ailleurs qu'elles présentaient certains points communs et certaines résonances.
Résonances qu'il nous fallait cependant déconstruire à certains moments, dans la mesure où nous ne

sommes pas exempts de la tentation de porter un regard par trop exclusif à ce que nous voudrions à tout prix voir. Toutefois, il nous semble qu'une démarche scientifique à prétention clinique nécessite une implication et un choix de direction.

Nous allons présenter deux observations cliniques issues de notre pré-enquête, lesquelles ont alimenté la construction d'une réflexion tout d'abord professionnelle, qui s'est ensuite transformée en objet de recherche.

I.1.2.1. Xavier : un parcours semé d'embûches

Prenons, tout d'abord, l'exemple de Xavier, un usager que nous avons accompagné à la fois en CAARUD de nuit et en Centre Thérapeutique Résidentiel (nous étions alors en poste sur les deux dispositifs). Son parcours reflète la paradoxalité dans laquelle s'inscrit l'accompagnement en addictologie, mais aussi le choix de la démarche de soins[7] et de l'abstinence formulé par ce dernier :

> Consommateur d'héroïne de manière quotidienne en intraveineuse, voilà que Xavier se retrouve à compter son nombre d'heures de sommeil afin d'anticiper sa prochaine prise ou plutôt son prochain « fix »[8] pour éviter l'atroce sensation de manque.
>
> Et pourtant, en le questionnant au sein du CAARUD sur ses consommations, il affirme ne trouver aucune sensation d'évasion comparable à celle engendrée par l'entrée de l'héroïne dans son organisme. De plus, il nous explique qu'il en a besoin pour démarrer sa journée, ne pas souffrir et pour être au monde qui l'entoure, c'est-à-dire vivre ou plutôt survivre. Malgré son « enchaînement » à la consommation, cette dernière apparaît comme un outil libérateur et nécessaire.
>
> Cependant, Xavier décide finalement d'opter pour un changement. Ce changement est, nous explique-t-il, inspiré par les professionnels qui l'entourent dans son quotidien de consommations, sensibles à sa contamination récente par le virus de l'hépatite C, mais également par son entourage et ses proches. En l'occurrence, ce sont notamment ses enfants qui lui demandent avec insistance de faire le choix de l'arrêt des consommations.
>
> Xavier commence alors une démarche de soins. Après plusieurs semaines d'attente, il entre en sevrage au sein d'un établissement hospitalier, puis souhaite approfondir cette première étape en intégrant un Centre Thérapeutique Résidentiel (prolongement fortement suggéré, dès le départ, par l'équipe hospitalière qui aurait certainement refusé son accueil sans cette perspective post-sevrage). Une

7 Appréhendée dans ce travail doctoral dans une approche holistique et multidimensionnelle plutôt que dans une unique dimension biomédicale (Bailleul, 2018, p. 225-226).

8 Issu de l'anglais « to fix » qui signifie « réparer » et représentant une consommation par voie intraveineuse visant notamment à éviter le manque.

réponse positive lui parvient de notre CTR. On lui demande néanmoins d'intégrer une structure collective de transition en attendant qu'une place se libère et pour expérimenter la vie en collectivité. Toutefois, cette démarche prendra plus de temps qu'à l'accoutumée, Xavier sera contraint de quitter l'hôpital et de se retrouver à nouveau dehors, en situation de grande précarité, dans son contexte de consommations.

Xavier maintient alors le lien avec les professionnels du CAARUD ainsi que son abstinence les deux premiers jours, puis reconsomme à nouveau : une fois, puis deux et ce jusqu'à la reprise presque totale de l'intensité de ses consommations passées au bout d'une semaine. La structure de transition et d'orientation peut finalement l'accueillir. Toutefois, ayant à nouveau consommé il doit repasser par une courte période de sevrage. Xavier s'y astreint et quelques semaines plus tard il intègre enfin le CTR après une période de transition concluante.

On lui rappellera alors qu'il ne peut pas sortir seul pendant un mois, qu'il devra laisser son argent dans un coffre géré par les professionnels mais également intégrer le cadre de la structure, c'est-à-dire le fonctionnement présenté préalablement au tout début de sa démarche, il y a déjà plusieurs semaines.

Cette démarche en CTR lui permettra de construire tranquillement son projet de vie. Projet qui sera accompagné et parfois orienté par l'expertise de l'équipe. Au cours du séjour, nous refuserons par exemple une demande de weekend seul sur l'extérieur estimant que la situation est trop périlleuse pour lui au regard de ses derniers weekends, de sa fragilité vis-à-vis des consommations et de son mal-être exprimé. L'équipe, faisant le choix de conserver son objectif de sécurisation et de stabilisation de la situation, compromet alors le souhait de Xavier d'expérimenter un nouveau weekend seul « hors les murs ». Autre exemple, nous lui dirons, après plusieurs mois, que nous ne le sentons pas encore assez armé pour entrer en appartement autonome en lui proposant, comme alternative à ce projet qu'il a formulé, un appartement thérapeutique. Ce genre de décisions sera source de nombreux conflits entre Xavier et l'équipe.

Nous l'observons, le parcours d'une personne présentant des conduites de dépendance peut être traversé par de nombreuses contraintes externes voire même par des contradictions et paradoxes. Tout d'abord, ce besoin presque vital de consommations et en même temps cette pression de l'entourage mais également du corps qui dit stop. D'autre part, et même si cette situation présente un caractère exceptionnel, on se rend compte à quel point le système de soins peut présenter des limites. En effet, dans cette situation, la demande de Xavier émerge avec une certaine fragilité, additionnée d'une situation sociale très précaire qui s'accorde difficilement avec une nouvelle contrainte, celle de l'attente. Il y a un besoin de réactivité et pourtant les personnes sont confrontées à des temporalités et réalités avec lesquelles il est difficile de composer.

De plus, on peut se questionner sur l'espace de liberté supposément accordé dans un Centre Thérapeutique Résidentiel. En effet, c'est un préalable à l'accompagnement. Toutefois, de manière paradoxale il apparaît que la personne ne décide pas pleinement de son accompagnement et de son parcours, ou en tout cas qu'elle fait face à quelques contraintes. En effet, ce contexte vise l'émergence des potentialités de la personne et son épanouissement en lui laissant la liberté de choisir son parcours. Mais, parallèlement à cela, la personne concernée voit son espace de liberté restreint par l'institution. Les professionnels peuvent, à certains égards, aussi en être des victimes.
Nous notons tout de même que cette contrainte représente également un espace de sécurité que la personne accompagnée vient supposément chercher dans son souhait d'intégrer un CTR. Les personnes sont tenues informées de ce fonctionnement et le choisissent a priori librement.
Toutefois, de manière générale en addictologie, les conflits récurrents entre les usagers et les équipes concernant le fonctionnement des structures sont symptomatiques d'un paradoxe éducatif. Ce qui résonne particulièrement dans la situation de Xavier, c'est la contrainte extérieure perpétuelle qui s'exerce sur lui. À quel moment a-t-il, dans son parcours ou plutôt dans son système, été véritablement libre de choisir ses propres contraintes ? Peut-être était-ce finalement lorsqu'il consommait.

I.1.2.2. Alexandre ou l'intérêt éducatif de perdre du temps

Prenons, ensuite, l'exemple d'Alexandre, un autre usager que nous avons accompagné en Centre Thérapeutique Résidentiel. Cette situation vise à mettre en lumière les limites d'un accompagnement prédéfini en addictologie et donc la nécessité d'ouvrir une réflexion paradigmatique relative aux approches éducatives et thérapeutiques proposées :

> Dans le cadre d'un aménagement de peine et plus précisément d'une alternative à sa peine de prison nous accueillons, au sein du CTR, Alexandre qui souhaite engager une démarche de soins. Alexandre consommera à plusieurs reprises à l'extérieur, lors de ses weekends « hors les murs », mais également au sein même de la structure. Toutefois, il s'inscrira dans certaines activités du quotidien, dans le suivi de sa situation administrative ainsi que dans le travail thérapeutique.
>
> Suite aux premières consommations, nous le reverrons à plusieurs reprises afin de lui rappeler le cadre du dispositif. Alexandre nous a poussés à être créatifs quant aux approches éducatives proposées étant donné la contrainte judiciaire qui pesait sur lui. Un arrêt de l'accompagnement aurait signifié un retour en incarcération. L'équipe envisageait difficilement cette option malgré la philosophie abstinentielle du lieu. En outre, certains professionnels appuyaient l'intérêt thérapeutique d'une poursuite de son

accompagnement, notamment au regard du cheminement psychique et relationnel déjà bien amorcé.

Ainsi, après une petite période de rupture dans une autre structure et suite à une nouvelle consommation au sein du CTR, il a été le premier à se retrouver en salle de réunion avec l'ensemble des professionnels du dispositif afin de trouver des pistes d'accompagnement.

L'équipe décidera finalement de ne pas arrêter l'accompagnement et donc de ne pas sanctionner sa reconsommation pourtant en inadéquation avec le fonctionnement ainsi qu'avec l'objectif de sécurisation du groupe de résidents. Certains se sont d'ailleurs retrouvés en difficulté avec Alexandre du fait de ses consommations au sein du CTR. Au-delà de certaines perspectives éducatives, un incontournable est néanmoins posé, Alexandre peut consommer quand il est en weekend seul mais ne doit plus consommer au sein de la structure.

Pourquoi cette souplesse ? Tout simplement parce que la perspective de renvoyer quelqu'un en incarcération nous paraissait en effet très critiquable après déjà plusieurs mois d'accompagnement. Cette perspective a d'ailleurs alimenté bon nombre de débats au sein de l'équipe : entre sécurité du lieu pour le reste du groupe et recherche de solutions pour accompagner Alexandre vers un mieux-être et éviter un retour en prison.

Malgré les derniers avertissements, quelques semaines plus tard, d'autres consommations ont eu lieu au sein de la structure. Nous avons alors décidé de mettre fin au séjour d'Alexandre mais d'attendre la fin de son placement extérieur qui devait se terminer quelques semaines après.

Cette période particulière de latence a amené des altercations entre lui et d'autres résidents. D'autre part, en conflit avec sa famille, ou en tout cas en difficulté pour leur annoncer qu'il devait partir du CTR rapidement, il s'est retrouvé sans solution d'hébergement stable et donc pratiquement à la rue. Cette situation d'incertitude était difficile à vivre pour Alexandre mais également pour l'équipe qui s'était déjà beaucoup questionnée sur son accompagnement et le bien-fondé de cette souplesse que nous avions adoptée, laquelle avait mis en difficulté certains résidents. En dernier recours, il a finalement sollicité un oncle chez qui il a pu vivre quelque temps.

Plusieurs semaines après, nous apprenons finalement qu'il a poursuivi sa demande d'appartement thérapeutique qu'il avait engagée chez nous et que cette dernière a abouti. Après plusieurs mois, Alexandre est toujours en appartement thérapeutique. L'équipe de ce service nous explique qu'il a opéré une vraie dynamique de changement, qu'il est en formation pour être paysagiste, travail qui le passionnait et pour lequel il avait déjà de nombreuses compétences, et qu'il est également investi dans une association en tant que bénévole. En le contactant directement, il apparaît effectivement qu'Alexandre semble épanoui dans la construction de son projet de vie malgré quelques reconsommations pendant son parcours en appartement thérapeutique.

On observe que l'approche abstinentielle proposée initialement présente des limites qui ont dû être dépassées par l'équipe. Aussi, nous nous sommes rendu compte que nous ne pouvions pas avoir toutes les cartes en main dans la situation d'Alexandre. Dans un accompagnement il y a une grande part d'imprévu et d'incontrôlable. J.-J. Rousseau précisait d'ailleurs : « *Oserais-je exposer ici la plus grande, la plus importante, la plus utile règle de toute l'éducation ? Ce n'est pas de gagner du temps, c'est d'en perdre* »[9]. Cette citation reprend notamment l'idée selon laquelle l'important n'est pas de gagner du temps mais d'en perdre pour que l'enfant puisse grandir et arriver à un âge plus décisif où il sera davantage apte à accueillir une éducation plus essentielle et plus existentielle. Dans notre cas, c'est plutôt l'idée de laisser le temps s'écouler, de laisser les erreurs se faire, de laisser les projets émerger, d'éviter le contrôle, de ne pas se battre contre le temps et donc aussi d'attendre patiemment le moment le plus décisif pour lancer la dynamique de changement.

C'est bien la personne elle-même qui doit cheminer de manière autonome. Dans une communication relative aux injonctions paradoxales présentes dans le travail éducatif, C. Niewiadomski évoque notamment la confrontation des professionnels au fait de devoir : « *gérer une situation d'accompagnement dans laquelle l'usager se trouve contraint de suivre les indications de l'éducateur pour parvenir à devenir autonome* »[10]. D'où le paradoxe de l'autonomie que connaissent bien les professionnels et qui pourrait s'énoncer de cette manière : « Pour être autonome, il vous faut suivre nos recommandations, mais si vous suivez nos recommandations, ceci dénie votre autonomie ».

Il est alors nécessaire d'opérer une déconstruction de la posture éducative. D'ailleurs, il suffit parfois d'un seul événement, d'une réflexion, d'une expérience, d'un échange pour vivre différemment sa situation. Il y a comme une idée de surgissement dans la vie de tout un chacun. Nous pourrions même envisager que l'intuition clinique, plutôt que la connaissance fine des situations, permettrait d'aboutir également à des stratégies d'accompagnement décisives.

Il s'agit alors de favoriser le déploiement d'un type d'espace andragogique permettant non seulement de laisser la place à ce surgissement mais aussi de permettre à l'usager d'exprimer des choix de manière autonome à l'aide d'une démarche réflexive et ouverte à la diversité des approches.

D'autre part, la contrainte judiciaire, dans la situation d'Alexandre, apparaît comme une véritable difficulté lorsqu'il s'agit de prendre des décisions. Néanmoins, nous aurions peut-être mis un terme à

9 Rousseau, J.-J. (2009 [1762]). *Émile ou de l'éducation*, Paris : Flammarion, p. 127.

10 Niewiadomski, C. (2003). *Accompagner des praticiens de la formation confrontés aux paradoxes de l'accompagnement*. Communication présentée au colloque international « L'accompagnement et ses paradoxes : questions aux praticiens, aux scientifiques et aux politiques », 22-24 mai 2003, Université François Rabelais de Tours et Université catholique de l'Ouest à Angers, Fontevraud, France.

son accompagnement bien plus tôt sans cette contrainte. On observe ici que lui laisser la possibilité de prendre le temps, ou plutôt de le perdre, dans la construction de son projet de vie, en dépit des consommations répétées, présente un intérêt.
Une institution pose un cadre qui se doit d'adopter une forme de flexibilité puisque chaque situation est singulière. Il s'agit, toutefois, de ne pas oublier le reste du groupe. Il devient alors très difficile pour les professionnels d'un CTR de composer avec des contraintes institutionnelles, avec la diversité des personnes accompagnées, avec la contrainte judiciaire mais aussi avec les paradoxes inhérents aux comportements humains et d'autres plus spécifiques aux usagers de substances psychoactives. Par exemple, ce besoin de consommation pour pallier aux sentiments négatifs qui les traversent, voire même pour appuyer des sentiments positifs malgré une envie de changement de vie. Il est complexe d'appréhender la question des reconsommations dans une démarche de soins et notamment en structure « fermée » de type résidentiel se construisant à l'écart des substances psychoactives. Toutefois, ne pas prendre cet aspect pleinement en compte, même si c'est pour le bien-être du reste du groupe, nous amène vers une contradiction de l'accompagnement qui efface une partie de l'expérience vécue.

C'est peut-être ici un enjeu central de cette recherche. L'abstinence n'est sans doute pas la seule alternative à l'addiction. Il est déroutant, d'un point de vue éthique, de mettre fin à un accompagnement pour les mêmes raisons qu'il a commencé. Il faudrait donc adapter la philosophie en déconstruisant les représentations et les approches cliniques dans le but de proposer des alternatives concrètes.
C'est un changement de paradigme difficile à opérer dans une société normée et normative avec lequel, d'ailleurs, les personnes dépendantes ne sont elles-mêmes pas toujours en adéquation.

I.2. Entretiens exploratoires, le cas de Samuel

Dans le cadre de notre pré-enquête doctorale nous avons réalisé différentes observations cliniques mais également plusieurs entretiens exploratoires avec des usagers du CTR dans lequel nous exercions alors. Cette partie vise à poursuivre l'illustration de la complexité des conduites de dépendance et de leur accompagnement. Elle vise également à déployer les prémisses d'une démarche de recherche biographique nous permettant de construire notre enquête doctorale. Nous nous appuierons sur l'analyse d'un entretien réalisé en 2019 avec Samuel, un usager du centre, qui a

déjà fait l'objet d'une publication[11].

Nous avons fait usage d'une méthode d'analyse développée par M. Elkaïm. Cette approche concerne notamment les notions de « programme officiel » et de « carte du monde »[12]. Le « programme officiel » désigne la demande explicitement formulée par chaque membre d'un système alors que la « carte du monde » désigne un système de représentations sous-jacentes construit à partir d'expériences antérieures et s'opposant parfois au programme officiel. C'est par le prisme d'un jeu de paradoxes que cette contradiction, révélatrice d'une complexité, s'opère.

I.2.1. L'ennui, le vide

Nous souhaitons montrer ici comment l'événement biographique[13] lié à la mort du père de Samuel le place dans une situation contradictoire quant au système de normes en vigueur dans la société.

Âgé d'une quarantaine d'années, Samuel est accueilli dans la structure depuis six mois, ce qui représente la moitié de son parcours de soins au sein de cette dernière. Samuel est consommateur de cocaïne et sollicite un accompagnement dans l'objectif d'être abstinent. Dans sa jeunesse, le suicide de son père, atteint de dépression, constitue un élément central du récit qu'il fait de son histoire. Il insiste à plusieurs reprises sur l'idée de ne pas vouloir d'une vie comme celle vécue par son père, qualifiée de non heureuse, ordinaire, menée de manière normée (femme, enfants, travail) et jugée « sans saveur » et anxiogène. Voici deux extraits de verbatim significatifs :

> Je ne me vois pas dans une vie normale. Une vie de monsieur tout le monde. Travailler pour vivre, pour survivre. Je n'arrive pas à m'accoutumer à ce système, de travailler toute l'année, avoir que cinq semaines de congés par an. Cinq semaines c'est rien. Pour avoir un salaire qui te permet à peine de payer un logement, remplir ton frigo et puis d'acheter de quoi t'habiller simplement. […] J'imagine m'habituer à ça quand même. Je ne vois pas autre chose de toute manière...
>
> J'ai du mal à me poser. J'ai quand même quarante ans et je n'ai pas envie de grandir. Je n'ai pas envie d'être un adulte. Je ne me sens pas responsable de moi-même. Je n'ai pas envie d'être responsable. J'ai su comprendre que ça venait de ma jeunesse. J'ai perdu mon père jeune. J'ai associé le fait d'avoir une vie carrée, d'avoir une femme des enfants donc la vie qu'avait mon père à un mal-être. J'ai imaginé

11 Dutilleul, B. (2020). Trajectoire biographique et processus émancipatoires en addictologie. *Le sujet dans la cité, Actuels, 10(2)*, 77-89.

12 Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie.* Paris : Seuil.

13 Nous tenons à distinguer ici le champ de la psychologie, centré davantage sur la personne, son comportement et sa personnalité, des champs de la sociologie et de l'ethnologie, centrés davantage sur l'événement dans une perspective socioculturelle (habitudes, normes, valeurs, etc.).

> qu'il s'était suicidé parce qu'il n'était pas bien dans son couple, qu'il n'était pas bien avec une femme et des enfants dans un métier fixe.

Par ailleurs, Samuel décrit des périodes positives de « deal » à côté d'un travail légal moins épanouissant, des périodes de vie autonome en appartement, d'autres chez sa sœur ou chez sa mère qui a « refait sa vie » depuis le décès de son mari. Il finira par arrêter le « deal » par peur de l'incarcération et donc par peur de « perdre sa liberté ». Ses consommations de cocaïne vont alors débuter et s'intensifier au fil du temps, pas nécessairement en quantité mais en temps effectif passé à consommer. L'ennui et le vide constituent des sensations récurrentes chez lui et le « deal » ainsi que la consommation de cocaïne semblent jouer un rôle déterminant dans sa capacité à « être au monde ». Samuel précise :

> Pour moi la consommation elle est due à l'ennui. Avant j'avais une vie très active, j'étais tout le temps entouré. Depuis que je suis enfant d'ailleurs. J'ai toujours grandi dans un petit lotissement ou un petit quartier où on avait tous le même âge, on était toujours ensemble. Quand je suis rentré dans la vie active, j'ai commencé à travailler et à dealer de l'herbe. C'était une activité qui prenait vachement de temps. J'étais toujours occupé, du matin au soir.
>
> J'allais livrer à droite, à gauche. Je n'avais pas besoin de me faire à manger, je mangeais tout le temps dans des snacks. Je n'avais pas le temps de m'ennuyer. Et puis j'avais aussi des revenus qui me permettaient de me faire plaisir en achetant des belles voitures. Et puis après, quand tu as une vie avec simplement 1500 ou 2000 euros, bah... voilà tu payes ton loyer, tu remplis ton frigo, tu payes tes factures, tu mets un peu de côté pour les impôts et puis après il ne te reste plus rien.
>
> Du coup ça fait un vide quand tu ne vends plus. C'est là que j'ai commencé à consommer. Peut-être six mois un an après avoir arrêté de vendre de l'herbe, je tournais en rond. Je ressentais beaucoup d'ennui. J'ai commencé à consommer de la cocaïne pour passer le temps, pour combler l'ennui, le vide. Pour moi c'est la même chose. Dès que je m’ennuie je ressens comme un vide et ça a comblé ça et puis ça a pris sa place.

Les dettes s'accumulent et Samuel sollicite régulièrement l'aide de sa sœur ou de sa mère. Avant sa première démarche de soins, deux ans avant l'entretien, sa sœur lui propose de venir vivre chez elle à la condition explicite qu'il se soigne. Il commence un travail dans un CSAPA ambulatoire qu'il décrira comme étant peu efficient et se tournera alors, sur les conseils d'une professionnelle, mais sans grande conviction, vers une structure de soins de type résidentiel où nous le retrouvons. Samuel visait l'abstinence de la substance psychoactive. Néanmoins, au moment de la pré-enquête, il lui arrive de consommer à nouveau quand il sort de la structure. À cette période, il se dit encore

fragile en dehors des murs[14].

I.2.2. Contraintes et contradictions biographiques

Le parcours de soins de Samuel semble initialement le déposséder de sa singularité biographique. En effet, il tente de répondre aux attentes des autres plutôt qu'aux siennes. Samuel essaye d'articuler ses projets existentiels avec ceux des autres. La place du choix est restreinte et se situe essentiellement, au cours de sa trajectoire biographique, dans l'acte de consommation et dans l'activité du « deal ».

Cette situation crée une contrainte voire une contradiction biographique qui fragilise les perspectives d'abstinence envisagées. Aussi, Samuel décrira sa première expérience du soin comme étant peu efficiente quant au traitement de son addiction. Il a d'ailleurs toujours recours à la substance psychoactive. Cette contrainte fait naître de la culpabilité chez Samuel vis-à-vis de lui-même, de son entourage mais aussi des professionnels. Il a l'impression de se mentir et de mentir aux autres lorsqu'il consomme à nouveau. Il se juge et a peur d'être jugé par autrui, ce qui n'est pas sans rajouter une pression significative à la difficulté « d'advenir à lui-même »[15]. D'ailleurs Samuel, mais cela vaut également pour les autres usagers, a régulièrement recours à des stratégies de dissimulation pour éviter d'être jugé. Ses discours dissimulant une part de la réalité, souvent vécus comme des « mensonges » ou comme le signe d'un manque d'authenticité par l'entourage et les professionnels, représentent ici une manière de continuer à vivre sans avoir à continuellement se justifier d'un acte qui n'est pas nécessairement considéré comme un problème significatif. En effet, Samuel exprimera le fait de ne pas vouloir parler de certaines consommations avec les professionnels en raison du bien-être qu'il éprouve à l'occasion de la prise du produit ou en tout cas de l'absence d'effets négatifs.

En d'autres termes, sa trajectoire biographique est marquée par les bénéfices objectifs et subjectifs liés à la consommation, alors que la perspective de l'abstinence, pourtant souhaitée, le confronte à des contradictions biographiques (faire face au vide existentiel versus s'inscrire dans un projet socialement acceptable par l'entourage) qu'il ne parvient pas à articuler.

14 Nous présenterons l'évolution de la situation de Samuel dans la seconde partie de la thèse à l'appui d'un dispositif biographique.

15 Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? Sociologie clinique du sujet*. Paris : Seuil.

I.2.3. Une vie « ordinaire » envisagée comme aliénante

Une grande partie du parcours de Samuel semble se construire à l'interface de l'ennui et de l'illégalité. En effet, il exprime l'envie de s'émanciper de ce qu'il considère comme une « vie ordinaire » sans intérêt ni attrait, refusant par exemple les CDI et la vie de famille. Pour autant, d'après son analyse, si c'est bien le cas pour le « deal », il ne semble pas faire le lien entre la consommation et l'envie de vivre une vie alternative. Il nous semble cependant que sa consommation joue probablement un rôle inconscient significatif dans son désir d'émancipation.

Plutôt que survivre dans une vie jugée ennuyeuse et fade, Samuel préfère s'orienter vers d'autres expériences pour s'émanciper d'une vie envisagée comme aliénante et génératrice de stress et d'ennui « mortel ». La consommation de stimulants prend ici valeur émancipatrice pour Samuel et, malgré les difficultés rencontrées, apparaît comme « un moindre mal » face au vide et à l'angoisse de mort.

Par ailleurs, les propos de Samuel montrent clairement qu'il n'était pas totalement aliéné au produit lorsqu'il consommait avant la démarche de soins et qu'il pouvait, en effet, rationaliser sa conduite de dépendance. Il explique, par exemple, qu'il ajustait sa consommation ainsi que la quantité consommée afin de remplir la journée, de contourner l'ennui et d'éviter de se retrouver sans rien faute de budget.

Même si certains éléments de son discours laissent penser à un pur enchaînement causal de difficultés personnelles (décès du père, précarité, isolement) entraînant les consommations et participant à son projet d'abstinence, il semble que cette explication n'épuise aucunement la logique émancipatrice de son recours à la cocaïne. Samuel ne se réduit pas à un homme-objet soumis au déterminisme de son histoire, même si lui-même semble parfois le penser[16].

I.2.4. Programme officiel et carte du monde

En résumé, ce qui est proposé à Samuel comme orientation existentielle (mener une « vie ordinaire ») le confronte dramatiquement à l'angoisse de mort du fait du suicide de son père. Dès lors, toute tentative de normalisation de son comportement le renvoie à cette angoisse. Nous disposons ici de quelques éléments susceptibles d'éclairer les contradictions et paradoxes qui s'opèrent dans les échanges avec les professionnels au travers du modèle de M. Elkaïm :

16 Là encore, nous reviendrons sur cette hypothèse dans la seconde partie de la thèse à l'appui de nouvelles données biographiques et de nouvelles réflexions.

- *Programme officiel de Samuel :*

« Je veux me soigner et être abstinent » (sous-entendu : je veux avoir une vie normale et autonome).

- *Carte du monde de Samuel :*

« Avoir une vie ordinaire et autonome, c'est la mort (en référence au suicide du père) donc pour m'en émanciper je consomme ».

- *Programme officiel des professionnels et de l'entourage :*

« Nous allons t'aider à te soigner et à t'autonomiser ».

- *Carte du monde des professionnels et de l'entourage :*

« Tu as besoin de notre aide et de notre cadre sécurisant pour t'autonomiser et être abstinent » (en d'autres termes, plus on t'aide et moins tu t'autonomises / et moins tu te responsabilises vis-à-vis de ton projet d'abstinence).

Ou encore :

- *Programme officiel des professionnels :*

« Nous allons t'accompagner dans ta singularité » (en référence à son angoisse de la vie « ordinaire »).

- *Carte du monde des professionnels :*

« Tu dois suivre les "prescriptions" de la structure et de la société pour aller mieux et t'insérer » (autrement dit : l'accompagnement normatif le conduit vers une vie « ordinaire », faute de propositions ou de possibilités alternatives).

Dès lors pour Samuel, non seulement la conduite addictive peut être lue comme une tentative d'émancipation afin d'échapper à une « vie ordinaire » et à l'angoisse de mort, mais l'échec (relatif) de l'accompagnement peut également être envisagé à l'aune de cette perspective. En effet, « être autonome et abstinent », et donc cesser d'avoir besoin d'un accompagnement, le confronte également à cette même logique de « vie ordinaire » et à la mort.

Ces premières données montrent que les régimes de significations convoqués pour éclairer l'histoire de Samuel sont flous et qu'ils mériteraient un approfondissement réflexif supplémentaire. En

particulier le suicide du père et son inscription dans l'histoire familiale semble constituer une clef de compréhension qu'il faudrait pouvoir explorer plus avant via les variables socio-historique et culturelle. Nous y reviendrons dans la seconde partie de la thèse.
Pour autant, l'accompagnement dont Samuel a bénéficié jusqu'alors lui a permis de réinterroger le sens et la place de ses consommations. En effet, si Samuel consomme encore épisodiquement au moment de la pré-enquête, sa capacité à être sujet au regard de la cocaïne semble s'affirmer davantage. Il en échange plus régulièrement avec les professionnels (même si certains restent perplexes) et balise ses consommations, les cadre et les intègre à certaines journées « hors les murs », sans leur donner nécessairement une place centrale.

Pour conclure, les situations vécues ou définies comme des traumatismes, des échecs ou des déceptions, scandent les parcours de personnes dépendantes d'une empreinte affectant sensiblement le futur biographique de ces usagers. Néanmoins, expliquer la conduite de dépendance en convoquant un système de causalité issu de difficultés et d'échecs répétés, élude les motifs biographiques qui les fondent et participe du codage nécessairement négatif des éventuelles reconsommations futures. Cette orientation, en cristallisant les difficultés existentielles vis-à-vis des substances psychoactives, contribue à entretenir la culpabilité plus qu'à permettre aux usagers de saisir les contradictions existentielles dans lesquelles ils se trouvent. La recherche biographique, sur laquelle nous reviendrons longuement, nous semble pouvoir offrir des perspectives de réflexivité permettant de dépasser un discours parfois cloisonné et cloisonnant en addictologie, ouvrant ainsi l'horizon d'une relecture existentielle des parcours de consommations ainsi qu'une relecture des paradigmes de l'addictologie.

CHAPITRE II. Addictologie et Réduction des Risques

Le champ de l'addictologie est un champ vaste et débattu depuis de longues années par praticiens et scientifiques. Nous souhaitons aborder les soubassements de la discipline qui s'est transformée au gré du temps, des découvertes et des idéologies dominantes. De la figure de l'ivrogne, à celle du malade puis peut-être, plus récemment, à celle de la personne singulière en difficulté, nous verrons que les écarts marquent des philosophies totalement différentes nécessitant des modes d'accompagnement renouvelés. La naissance de la Réduction des Risques (RdR) comme manière de réduire les seuils d'exigence en matière d'accès aux soins et de revisiter la norme, constitue une révolution du champ qui ne semble pas se réduire à de simples pratiques professionnelles.

II.1. L'addictologie

Cette partie constituera une porte d'entrée privilégiée vers la discipline incontournable de ce travail doctoral, l'addictologie. Après avoir retracé les évolutions historiques de la discipline, nous expliquerons comment d'une séparation des accompagnements, entre substance licite et substances illicites, nous sommes passés à la combinaison et à la mutualisation des approches.

II.1.1. Étude socio-historique du concept d'addiction et de son accompagnement

Au fil des décennies, le rapport des sociétés contemporaines aux phénomènes addictifs a largement évolué[17]. En passant par l'indifférence et la méconnaissance, la moralisation, le soin ou encore la loi, les consommations de substances psychoactives ont fait l'objet de nombreuses polémiques voyant alors leur statut se transformer au gré des contextes socio-historiques. Des transformations d'ordre lexical et sémantique, mais également d'ordre sanitaire et social. Nous nous proposons dans cette

17 Principales sources documentaires pour construire cette partie :
Dugarin, J. & Nominé, P. (2013). Approche historique et épistémologique du concept d'addiction. In M. Levivier, F. Perea & I. Belz Ceria (dir.). *Parole et addiction* (p. 135-169). Toulouse : Érès ;
Groupement Romand d'Études des Addictions (2009). *Traitement – rétablissement* [en ligne]. https://www.grea.ch/traitement-retablissement (page consultée le 04 novembre 2019) ;
SOS addictions (2014). *Addictions : une petite Histoire de définition(s)* [en ligne]. http://sos-addictions.org/les-addictions/addictions-une-petite-histoire-de-definitions (page consultée le 04 novembre 2019).

partie de retracer l'histoire d'un phénomène ayant animé bon nombre de passions au cours du temps. Cet ancrage socio-historique nous permettra d'appréhender plus efficacement le contexte dans lequel évoluent aujourd'hui les consommateurs mais aussi l'état actuel de l'accompagnement en France. Le présent a hérité du passé une empreinte qui reste encore très marquée. La moralisation des comportements en est l'exemple le plus significatif.

II.1.1.1. Du 19ème au 20ème siècle

Au début du 19ème siècle les artistes décrivent déjà les phénomènes addictifs, mais ce sont surtout les médecins qui vont influencer la manière de les nommer et de les appréhender par le biais de leur technicité, de leur savoir et notamment du modèle anatomoclinique. Ces derniers se retrouveront néanmoins mis en porte-à-faux à la suite du consensus médical marquant la reconnaissance des effets néfastes de l'alcool et de l'opium, en cas d'abus notamment, pourtant prescrits en premier lieu pour soigner certaines pathologies.

À la fin du 18ème siècle, l'ivresse et l'ivrognerie, décrits depuis des siècles, laissent place à l'idée de maladie (plutôt que de vice) qui apparaît progressivement avec les médecins B. Rush aux États-Unis en 1784 et T. Trotter au Royaume-Uni en 1804[18]. À l'époque, les aliénistes[19] considèrent l'alcool et les opiacés comme potentiellement facteurs d'aliénation et invoquent donc une forme d'irresponsabilité avec laquelle la loi, au début du 19ème siècle, n'est pas tout à fait en accord. C'est un début de conflit entre le soin et la justice. Les suffixes -isme et -manie apparaissent progressivement pour qualifier certains comportements. Puis, au milieu de ce même siècle, sous l'influence du médecin suédois M. Huss (dès 1849), on parle alors plus généralement d'alcoolisme chronique. Ce concept s'étend rapidement à toute l'Europe et est importé en France par le Dr. Renaudin en 1853[20]. On considère alors le phénomène d'intoxication comme une pathologie et certains évoquent une possible prédisposition.

Dans le monde entier, des usages de substances sont recensés et reconnus comme provoquant des intoxications. Chaque partie du monde possédant sa propre espèce végétale, autrement dit sa propre molécule : les champignons, l'opium, le cannabis, la coca, le tabac, le houblon, etc. J. Dugarin et P. Nominé précisent qu'un modèle trivarié de la lecture des phénomènes addictifs est, à ce moment-là,

18 Dugarin, J. & Nominé, P. (2013). Approche historique et épistémologique du concept d'addiction, *op. cit.,* p. 142.
19 Médecins spécialisés dans le traitement des aliénés. Actuels psychiatres.
20 *Ibid*, p. 143.

déjà en place : terrain, effets spécifiques des produits, usages sociaux. De leur point de vue, le modèle bio-psycho-social contemporain ne présente pas d'évolutions fondamentales par rapport aux systèmes explicatifs qui le précèdent.

La clinique médicale s'affine au fil du temps et vient étayer différemment une forme de réprobation morale, qui ne disparaîtra jamais. Ce qui était l'apanage de la morale et de la religion, via les ligues de tempérance notamment, va être confié au savoir scientifique, ou plutôt justifié en son nom. D'autre part, cette clinique s'appuie sur l'idée d'un comportement répété de manière systématique ainsi que sur une irresponsabilité d'ordre psychiatrique. Certes, l'éthique évolue mais le chemin est encore long.

Les aliénistes prendront ensuite le relais de la dénomination et de ses contours à la fin du 19ème siècle avec un concept venant d'Allemagne développé par le Dr Levinstein (dès 1875) : *Morphiumsucht*, traduit par morphinomanie[21]. Les auteurs précisent : « *Cette forme conceptuelle renvoie à une éventuelle disposition pathologique faite de fascination pour les effets du produit, associée à la dimension irrésistible de son attirance et le dessaisissement du sujet concerné de sa libre volonté de s'y dérober* »[22]. On assiste à une personnalisation de la dénomination. Au début du 19ème siècle, le consommateur est intoxiqué ou drogué (ou pire c'est un ivrogne), au milieu il s'intoxique, et à la fin de ce siècle, il devient un drogué ou un alcoolique. On lui reconnaît son statut de malade, néanmoins, on impulse à nouveau la naissance d'une identité étriquée et d'une vive stigmatisation. Des classifications et catégories émergent même si certains consommateurs les mettent à mal car, comme le soulignent J. Dugarin et P. Nominé : « *attachés à des pratiques ambiguës, s'anesthésiant pour mieux se sentir, risquant la mort pour mieux vivre* »[23]. Nous remarquons le parallèle saisissant avec certains profils de consommateurs actuels n'entrant pas dans les schémas de pensée classiques et apparaissant comme inadaptés à l'offre de soins proposée (ou inversement).

II.1.1.2. À partir du 20ème siècle

Apparaissant pour la première fois en 1885 sous la plume du Dr Regnard, c'est au début du 20ème siècle que le terme toxicomanie se développera dans le soin[24]. Ce concept renvoie directement à la

21 *Ibid*, p. 147.
22 *Ibid*, p. 147-148.
23 *Ibid*, p. 150.
24 *Ibid*, p. 151.

notion de folie : folie pour le toxique ou encore toxique rendant fou. Le toxicomane est alors marqué par une image peu reluisante. Ce lien avec la folie rappelle le débat actuel sur la nécessité ou non de poser un diagnostic médical à propos des personnes présentant des conduites addictives. Débat que nous développerons largement par la suite.

Les méthodes d'accompagnement s'articulaient jusqu'alors autour des cures de sevrage et montraient des résultats peu probants. D'autre part, le commerce de substances psychoactives se développe. C'est dans ce contexte international, à la fin du 19ème siècle et au cours du 20ème siècle, que la loi va s'impliquer davantage en apportant ses définitions propres et les perspectives d'un cadre législatif de régulation (ou plutôt de répression) relatif aux consommations et au commerce des différents produits. Les années 1930 sont par exemple marquées par la prohibition aux États-Unis. On voit d'ailleurs, à la même époque, se développer les groupes de soutien, dont le plus célèbre : Alcooliques Anonymes (AA).

Dans l'entre-deux-guerres, c'est au tour de la psychanalyse d'apporter sa contribution. Elle introduira une tentative d'identification des mouvements internes ayant donné naissance aux comportements addictifs. Elle s'intéressera à la personnalité plutôt qu'au comportement lui-même. Son influence vis-à-vis de la psychiatrie sera très minime au départ.

D'autre part, à partir de 1949 les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tentent également de définir la toxicomanie et ce qu'ils appellent à l'époque les substances « toxicomanogènes », qui selon J. Dugarin et P. Nominé représentent une formule pouvant suggérer une intentionnalité du produit[25]. Au cours des années 1950, on voit apparaître, au sein de l'OMS, une distinction entre toxicomanie et accoutumance (la première entraînant plus d'effets délétères que la seconde) ayant comme correspondance addiction et habituation dans le monde anglo-saxon. C'est au même moment que se développent les expériences résidentielles basées sur l'abstinence. Cette distinction, proposée par l'OMS, disparaît dans les années 1960. Les experts souhaitent se placer du côté du point de vue de l'individu et préfèrent alors le terme de dépendance, regroupant la toxicomanie et l'accoutumance. Ils reconnaissent une dépendance d'ordre psychique commune à tous les produits avec, pour certains d'entre-eux, la coexistence d'une dépendance physique. C'est à la fin des années 1960 qu'on verra apparaître le terme de pharmacodépendance dans les rapports de l'OMS. Avec l'essor des drogues illégales, les consommateurs sont encore largement considérés comme des délinquants. Au cours des deux décennies suivantes, les définitions se succèdent, se

25 *Ibid*, p. 156.

complexifient ou se précisent, de nouveaux termes apparaissent en fonction du type et du degré d'usage mais aussi des conséquences (par exemple : le mésusage, l'usage hasardeux ou dommageable, etc.)[26]. Le modèle bio-psycho-social[27] de la lecture des comportements addictifs devient dominant. L'OMS se montre vigilante à l'égard des définitions qu'elle développe. Ces dernières pouvant servir un cadre législatif punitif préjudiciable à sa mission de santé. On commence également à parler des syndromes de dépendance plutôt que de dépendance seule, pour éviter de la réduire à la dépendance physique.

Dans les années 1980 et 1990, face aux enjeux sanitaires liés au VIH qui se propage, l'abstinence en milieu résidentiel et la cure de sevrage ne sont plus les uniques recours. Les professionnels sortent progressivement à la rencontre des consommateurs, le travail de rue se développe. La philosophie d'accompagnement se transforme, on parle dorénavant d'amélioration de la qualité de vie. C'est ici que l'approche de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) apparaît doucement. De plus, on assiste aux premières tentatives assumées d'accompagnement par la « consommation contrôlée » et notamment par les traitements de substitution (traitement par la méthadone, prescription d'héroïne médicalisée en Suisse ou en Hollande par exemple, etc.).

D'ailleurs, des études sont menées aux États-Unis, dès les années 1960, visant à interroger la pertinence thérapeutique de la consommation contrôlée en comparaison avec l'abstinence chez des personnes en difficulté avec l'alcool. Les résultats sont, déjà à cette époque, très probants y compris sur la durée et montrent parfois une meilleure efficacité de la consommation contrôlée. Nous y reviendrons dans le chapitre V.

Dans les années 1990 les experts de l'OMS s'extraient à nouveau de la distinction entre dépendance physique et psychique en les regroupant. D'autre part, ils réintroduisent dans les définitions l'idée que la conduite addictive peut induire des effets négatifs sur l'entourage et la société en général. Ce qui n'est pas sans marquer une stigmatisation renouvelée. On assiste, en parallèle, à la médicalisation des addictions via les substituts[28] qui se généralisent mais également via la pharmacopée de la psychiatrie : neuroleptiques, benzodiazépines et autres antidépresseurs.

II.1.1.3. Naissance et évolution de l'addictologie

26 *Ibid,* p. 159.
27 Jonction du biologique, de l'histoire psychologique et des conditions environnementales.
28 TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés tels que la méthadone ou la buprénorphine.

C'est également en 1990 que le concept d'addiction sera réintroduit de manière plus formelle par A. Goodman dans un sens plus élargi que la pharmacodépendance très liée à la substance[29]. C'est à cette même époque que le concept d'addiction, en usage depuis longtemps dans le monde anglo-saxon, va faire l'objet d'une attention particulière de la part des Français. On parlera par exemple de troubles addictifs, de processus addictifs, de conduites ou pratiques addictives, de comportements addictifs ou encore de phénomènes d'addiction, en allant même jusqu'à évoquer l'idée d'une société addictogène[30]. Ce concept d'addiction remportera un franc succès. Il constitue encore aujourd'hui un socle commun et consensuel, couvrant à la fois un spectre large et pour autant précis, en lien avec les phénomènes addictifs et les consommations de substances psychoactives. Aussi, ce seront les termes globalement employés dans le cadre de ce travail doctoral. On parle alors d'une nouvelle discipline : l'addictologie, qui, selon J. Dugarin et P. Nominé, s'est élaborée : « *autour d'une modalité singulière d'un rapport au monde* »[31]. Toutefois, ils précisent que le terme d'addiction pourra comme d'autres disparaître à un moment ou un autre dans la mesure où ce sont également les enjeux du temps présent qui définissent l'orientation sémantique et réflexive des mots, des individus et des sociétés.

Les grandes orientations liées aux définitions et aux critères permettant de poser le diagnostic de l'addiction sont fixés depuis des décennies par des instances internationales de santé mentale. Les deux grandes classifications sont : le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders[32] (DSM), créée par l'American Psychiatric Association[33], dont la cinquième édition (DSM-5) date de 2013, ainsi que la Classification Internationale des Maladies (CIM), dont la onzième édition (CIM-11) publiée par l'OMS date de 2022.

Dans les années 2000, un autre consensus s'établit chez les scientifiques et les professionnels autour de l'approche consistant à se recentrer sur les ressources des personnes consommatrices. L'entretien motivationnel[34] se développe de plus en plus ainsi que les méthodes dites comportementales[35].

Notons également l'effort des auteurs contemporains, généralement attentifs à ne pas réduire les individus à des conceptualisations trop étriquées. La singularité des parcours, des histoires, des pratiques de consommation nécessite une ouverture des approches scientifiques et professionnelles. D'autre part, l'évolution des connaissances via les neurosciences ou encore les sciences sociales

29 *Ibid*, p. 162-163.
30 *Ibid*, p. 163.
31 *Ibid*, p. 164.
32 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
33 Association Américaine de Psychiatrie.
34 Développé notamment par W. Miller et S. Rollnick au cours des années 1980.
35 Développées notamment par J. Prochaska et C. DiClemente à la fin des années 1970.

ainsi que l'évolution des sociétés, des représentations ou encore des normes constituent la base d'une réflexion et d'une praxis nécessitant une grande part de malléabilité. Aujourd'hui, l'addictologie se libère doucement, mais de plus en plus, de la morale et du jugement ouvrant alors l'horizon d'une bienveillance et d'une éthique renouvelées où le consommateur est entendu dans sa réalité singulière et ce, même lorsqu'il n'envisage aucunement l'arrêt des consommations et qu'il n'entre pas dans les normes sociales globalement préconisées.

II.1.2. Des produits différents pour une même approche disciplinaire : l'addictologie

Le regroupement de toutes les addictions avec ou sans produits, légaux et illégaux, via les différentes approches scientifiques et professionnelles constitue un élément-clé de cette discipline. Le terme addiction vient du latin « ad-dicere » qui signifie « dire à ». L'expression fait référence aux esclaves qui, n'ayant pas de nom propre, étaient « dits à » leur maître. En droit romain, puis en droit moyenâgeux, « l'addicté » était la personne débitrice contrainte par corps à rembourser son créancier après ordonnance du tribunal. Elle en devenait ainsi son esclave. La définition de l'addiction proposée par A. Goodman en 1990 fait aujourd'hui relativement consensus. Selon lui, elle peut se définir comme : *« un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »*[36].

De plus, depuis la loi du 2 janvier 2002[37] rénovant l'action sociale et médico-sociale, on parle dorénavant de Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en *Addictologie* (CSAPA) regroupant, progressivement et au fil des décrets, les anciens Centres Spécialisés de Soins aux *Toxicomanes* (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en *Alcoologie* (CCAA). Il apparaît que les mécanismes dans chaque addiction sont souvent très similaires et imbriqués. Par ailleurs, il y a régulièrement une pluralité d'addictions pour une même personne, par exemple la cocaïne avec le cannabis, l'héroïne avec la cocaïne, ou encore l'alcool avec les médicaments et les jeux d'argent et de hasard. C'est pourquoi l'accompagnement peut se penser dans une globalité, même si certaines subtilités restent présentes et nécessitent des formations spécifiques. D'autre part, l'addictologie permet également d'atténuer les connotations négatives présentes derrière des termes tels que toxicomane ou alcoolique. On pourra donc parler de personnes consommatrices, de personnes

36 Morel, A., Couteron, J.-P. & Fouilland, P. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie.* Paris : Dunod, p. 68.
37 Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale.

présentant des conduites de dépendance ou addictives, de personnes aux prises avec les addictions, etc. L'objectif est évidemment de redonner leur part d'humanité et de dignité aux consommateurs, qui sont avant toute chose des personnes comme les autres.

L'alcoolisme fait donc partie intégrante des addictions liées à la consommation de substances psychoactives mais aussi partie intégrante de l'addictologie. J. Maisondieu précise : « *Le concept d'addiction a l'intérêt de permettre des rapprochements et donc de provoquer des décloisonnements entre des spécialistes qui jusque-là intervenaient en ordre passablement dispersé auprès des consommateurs utilisant une ou plusieurs des multiples substances psychoactives disponibles sur le marché, que ce soit de façon licite ou illicite, et en difficulté ou susceptibles de l'être précisément du fait des "conséquences négatives" de leur consommation* »[38]. Pendant de nombreuses décennies l'alcoolisme a été défini séparément des autres consommations. Aujourd'hui, il semble que le rapprochement par le biais du terme « addiction » donne une lecture plus précise des phénomènes à l'œuvre dans les parcours de vie des consommateurs. À plus forte raison dans le cas des polyconsommations qui recouvrent des pratiques très présentes actuellement.

Par ailleurs, tout le monde peut s'accorder assez facilement à dire ce que soutient J. Maisondieu : « *L'alcool dans son usage festif, le seul dont on parle, apporte un souffle de liberté joyeuse dans la banalité de l'existence. Pendant un temps plus ou moins prolongé, l'ébriété permet d'échapper aux contraintes, de rêver sans se préoccuper des limites et de communier dans la complicité d'une insubordination relativement contrôlée. C'est ce qui, au-delà de la qualité de leur saveur, fait l'attrait des boissons alcoolisées* »[39]. Il nous semble que le consensus social sur l'alcool et l'éducation des jeunes générations transmettent cette dimension. C'est en tout cas une réalité en France, le pays de la gastronomie, du vin et de la convivialité. Peut-être pourrait-on s'arrêter sur ce point spécifique un instant. Dans quelle mesure cela devrait-il être différent pour d'autres produits tels que la cocaïne ou l'héroïne ?

Nous pensons que c'est souvent une erreur de trop différencier la dangerosité de ces produits, à l'exception de certains opioïdes[40] purement synthétiques comme le fentanyl par exemple.

Un produit qui présente une toxicité et une dangerosité importante en cas d'usage hors cadre thérapeutique. Il est généralement présenté comme étant 50 fois plus puissant que l'héroïne (semi-synthétique) et 100 fois plus que la morphine (issue directement de l'opium).

L'expérience clinique et la recherche montrent en effet que l'abus des substances dont il est question dans cette thèse (héroïne, cocaïne, alcool, médicaments) aboutissent souvent à des résultats

38 Maisondieu, J. (2014 [1992]). *Les alcooléens*. Montrouge : Bayard, p. 22.
39 *Ibid,* p. 50.
40 Dérivés d'opiacés eux-mêmes dérivés de l'opium extrait du pavot somnifère.

similaires.

Si la dépendance physique existe dans la consommation d'alcool et celle d'héroïne, c'est bien le syndrome de sevrage alcoolique (par arrêt brutal ou diminution drastique de la consommation) qui peut provoquer delirium tremens, hallucinations et arrêt respiratoire. Autrement dit la mort. Ce qui n'est pas le cas dans le syndrome de sevrage aux opiacés par exemple. Par ailleurs, pour parler d'un tout autre cas, si les effets psychologiques et sociaux de la dépendance au tabac semblent moins délétères que ceux attribués à la cocaïne ou à l'héroïne, la prévalence du nombre de décès rapportés au nombre de fumeurs invite à reconsidérer la comparaison. Ainsi, la représentation sociale pèse également sur les distinctions relatives à la dangerosité de certaines conduites addictives.

Quand J. Maisondieu dit à propos des personnes alcooliques : « *s'ils n'osent pas se montrer en plein jour, sachons tamiser les lumières en adoucissant la dureté du regard que nous portons sur eux* »[41], nous pensons que cela est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de consommateurs d'héroïne ou de cocaïne. Il est encore difficile, aujourd'hui, d'admettre la possibilité de consommations qui soient simplement récréatives, festives et donc régulées dans le cas de ces produits. Et pourtant les exemples foisonnent. Il est donc essentiel de déconstruire certaines représentations afin d'aborder plus finement le sujet des addictions. D'autant plus lorsqu'on veut imaginer de nouvelles pistes d'accompagnement davantage centrées sur la réduction des risques ou sur l'usage régulé.

Il est à noter que la culture française relative à l'alcool, véhiculée de génération en génération permet, pour la plupart des personnes, d'en consommer sans se rendre malade. Dès lors, il convient de s'interroger sur la place des registres culturel et socio-éducatif en addictologie. Si l'apprentissage culturel et social de la consommation d'alcool par la « bonne consommation » et le « bon vivre » joue un rôle de régulateur partiel des excès ; un apprentissage du « bien ou du mieux consommer », malgré son caractère normalisant, peut sans doute également offrir des perspectives préventives d'adoucissement de la valeur addictogène des consommations de substances illicites.

Ainsi, l'addictologie recoupe les addictions évoquées, et bien d'autres encore, comme celles aux jeux d'argent et de hasard par exemple, en faisant des points de convergence un levier de la réflexion. Elle permet de prendre en compte l'entièreté des situations et évite partiellement la construction d'échelles de gravité entre les addictions et, par la même, la différenciation sociale.

41 *Ibid,* p. 211.

II.2. Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) et rapport à la norme

L'objet de cette étape est de mettre en valeur la révolution qu'a connue l'addictologie dans les années 1990 avec l'arrivée de la Réduction des Risques et des Dommages (RdR ou RdRD) qui s'incarne notamment dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Cette révolution a permis d'abaisser les seuils d'exigence en matière d'accès aux soins[42], de faire exister la demande de reconnaissance d'usagers toujours actifs et ainsi d'ouvrir à la pratique de « l'aller vers ». Cette approche est résolument pragmatique et essaye de contourner l'écueil parfois moraliste de certaines normes sociales et sanitaires. Elle a amené un nouveau regard humaniste sur les consommateurs en revisitant les normes sociales de santé publique, de bien-être et de liberté. Nous serons particulièrement attentifs à la sociologie de la déviance et aux concepts de norme, normativité et normalisation pour travailler les aspects les plus théoriques de cette partie.

II.2.1. De la Réduction des Risques

Cette approche, venant en partie des usagers eux-mêmes, se développe dans les années 1990 et vise la mise en place de meilleures conditions sanitaires de consommation de substances psychoactives pour les personnes concernées. Officialisée en 1995 par la circulaire DGS/DS n°37, la politique de réduction des risques représente l'ensemble des mesures mises en œuvre pour prévenir les contaminations par le virus du SIDA et les hépatites, mais également pour prévenir les problèmes et complications sanitaires découlant de l'usage et de la recherche de drogues. La partie la plus visible de cette politique de RdRD est l'accès facilité à du matériel de consommation stérile (seringues, pipes, etc.). Cette démarche lancée par les pouvoirs publics est donc venue répondre à une demande des usagers face notamment à l'épidémie du SIDA. En effet, elle s'est appuyée sur le militantisme et la volonté de ces derniers d'améliorer leur état de santé et de prévenir des éventuelles complications : maladies transmissibles, abcès, overdoses, etc.

Par ailleurs, il est important de signaler qu'en addictologie, de nombreuses avancées thérapeutiques proviennent en partie du militantisme des acteurs eux-mêmes (de la part des usagers : avec par exemple les groupes de pairs-aidants ou la réduction des risques ; et de la part des professionnels :

42 Créant une distinction entre le « haut seuil d'exigence », plus souvent afférant aux CSAPA, et le « bas seuil d'exigence », plus souvent afférent aux CAARUD.

avec notamment la nouvelle utilisation du baclofène[43] (dès 2014) présentant des potentialités en termes de réduction de l'appétence nocive à l'alcool). Aussi, il est intéressant de pointer l'impact de ces acteurs dans les décisions gouvernementales politiques, sociales et sanitaires[44]. Autrement dit, l'histoire nous enseigne que les lignes politiques en matière d'addictologie sont transformables au prix néanmoins d'un combat souvent acharné, nécessitant de nombreuses années de débat mais aussi des expérimentations à la marge, parfois à contre-courant des demandes institutionnelles et souvent à la limite du cadre légal, positionnant ainsi les acteurs (usagers et professionnels) dans des situations très délicates. Il s'agit en réalité de reconnaître l'expertise des acteurs sur les situations qu'ils vivent au quotidien et dont ils connaissent mieux que quiconque les tenants et aboutissants. Ainsi, les cadres institutionnels doivent pouvoir favoriser le développement du pouvoir d'agir de ces derniers. Toutefois, comme le souligne M. Bailleul, le militantisme des acteurs sociaux pour faire valoir des pratiques innovantes, mais à contre-courant, peut se payer du prix d'un affaiblissement de l'aspect éducatif de ces dernières. En effet, si elles ne sont au départ pas référencées et guère sécurisées, ces pratiques demandent un investissement personnel important et chronophage et positionnent les acteurs dans la nécessité de se cacher et/ou de se justifier en permanence, pouvant ainsi amoindrir la visée éducative réelle du travail d'accompagnement[45].

De plus, pour en revenir à la RdRD, il s'agit d'une nouvelle philosophie d'accompagnement représentée par tout un courant de pensée qui promeut une nouvelle manière d'envisager les consommateurs et leurs consommations. L'objectif vise à ôter le voile posé sur les consommations dans le processus d'accompagnement dans le but, tout d'abord, de travailler avec ces dernières en créant du lien et de l'échange autour des modes et pratiques de consommation, mais aussi, de tendre vers un mieux-être des individus accompagnés. Les consommations ne sont alors plus répréhensibles et on considère le consommateur comme principal expert de sa situation. Le professionnel doit donc placer son action à l'endroit même où la personne se trouve et ce, même si elle fait le choix de poursuivre intensivement ses consommations. Cette approche humaniste se positionne à l'interface entre bienveillance et non-jugement inconditionnel.

43 Myorelaxant initialement utilisé dans le traitement de certains troubles neurologiques et testé sur lui-même par le Docteur Olivier Ameisen au début des années 2000, alors dépendant à l'alcool.

44 Nous pourrions également évoquer la découverte du LSD (et en partie de la psilocybine extraite des champignons hallucinogènes) par le chimiste suisse Albert Hofmann dans les années 1940 et 1950, expérimenté sur lui-même en premier lieu et présentant déjà à l'époque un potentiel thérapeutique à investiguer (Hofmann, 1979). Nous reviendrons sur les substances psychédéliques au cours de cette recherche.

45 Bailleul, M. (2018). Travail éducatif et perceptions plurielles de la santé en centre social. L'exemple d'une structure implantée dans le quartier de Lille-Sud. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 225-235). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, p. 234-235.

A. Coppel, sociologue et spécialiste de la RdRD, retranscrit de manière percutante – dans la préface d'un ouvrage proposé par A. Fradet retraçant l'histoire de la naissance des CAARUD de nuit avec hébergement – une partie de cette approche : « *Bien sûr, il existe depuis longtemps des "hébergements pour toxicomanes", mais les toxicomanes doivent être sevrés pour y accéder ; autrement dit, ils doivent être guéris pour être aidés. C'est évidemment absurde : ceux qui ont le plus besoin d'hébergement sont précisément ceux qui se droguent et non pas ceux qui sont guéris, mais cette évidence-là était masquée par une autre évidence : héberger des toxicomanes sans exiger au préalable un sevrage, c'est héberger des drogués qui se droguent* »[46]. Ce propos renvoie parfaitement à la distinction entre le haut seuil d'exigence et le bas seuil d'exigence.

Dans une perspective plus globale : *« La RdR vise à redonner aux usagers la responsabilité de leur conduite, les compétences pour la modifier et la capacité pour en diminuer les dommages sur leur santé et leur vie sociale (ANITEA, 2008) ».*[47] Elle tente de réaliser un équilibre entre « soin » et « prévention ». À ce titre, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme étant **:** « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »*[48]. L'objectif du professionnel n'est donc plus d'accompagner vers l'abstinence ou la « guérison » mais bien d'atténuer la souffrance, ou plutôt d'accompagner vers un mieux-être en prenant pleinement en compte la complexe réalité des personnes qu'il accompagne. Il doit alors considérer l'usager comme expert de sa situation et lui reconnaître sa capacité à être sujet, même au cœur de sa conduite addictive. La norme est ici complètement déconstruite.

Dans la partie suivante, nous tenterons de montrer dans quelles circonstances la norme se construit et d'identifier les enjeux qui l'entourent afin de mettre en perspective les diktats qu'elle impose parfois. Cette réflexion nous permettra ensuite de construire peu à peu une proposition éthique d'accompagnement relative aux personnes consommatrices de substances psychoactives.

46 Fradet, A. (2004). *Chez moi, on ne crache pas par terre*. Paris : L'Esprit frappeur, p. 8-9.
47 Morel, A. & al. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie, op. cit.,* p. 400. (Définition élaborée par l'ANITEA en 2008 : Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie).
48 Organisation Mondiale de la Santé (1948). *Constitution* [en ligne]. https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution (page consultée le 04 novembre 2019).

II.2.2. Un rapport à la norme revisité

Pour débattre de la norme et des normes, nous proposons de faire un détour par la sociologie de la déviance, largement affiliée à l'École de Chicago, afin de rendre compte de certains mécanismes aliénants d'exclusion et de stigmatisation dans le champ de la vie sociale et notamment des addictions.

D'un point de vue statistique, est déviant celui qui s'écarte trop de la moyenne. D'un point de vue sociologique, la déviance peut se définir par le défaut d'obéissance aux normes du groupe. Toutefois, des ambiguïtés persistent. Une société peut regrouper plusieurs groupes et chaque individu peut appartenir à différents de ces derniers. De plus, chacun de ces groupes possède ses propres normes qui sont plus ou moins compatibles avec les autres. L'incompatibilité n'empêche d'ailleurs pas l'état de fait. En effet, un individu peut appartenir à deux groupes a priori incompatibles.

La déviance se définit par la norme, qui elle-même peut être définie soit par la loi, soit par les groupes de manière plus informelle (morale, mœurs, etc.). Ce concept, complexe mais néanmoins tout à fait éclairant, vient souligner la manière dont les sociétés construisent « les exclus » (« outsiders ») au regard des relations entre individus et entre groupes. Comme l'explique H. Becker, l'approche interactionniste de la déviance clarifie les phénomènes étudiés et en même temps les rend plus complexes[49]. Un phénomène social ne peut être appréhendé de manière trop étroite, comme c'est souvent le cas dans la construction d'une stigmatisation. Il nécessite au contraire un élargissement de la réflexion et la prise en compte de tous les acteurs impliqués de près ou de loin. C'est cet effort qui rend complexe l'appréhension des phénomènes sociaux mais qui permet leur étude minutieuse. D'autre part, le concept de déviance permet d'atténuer l'étiquette de la délinquance au profit des individus et de la complexité des systèmes dans lesquels ils se trouvent impliqués. L'étude poussée d'un phénomène social ne peut pas toujours faire l'économie de la complexité comme le souligne H. Becker dans sa postface pour l'édition française : « *cette approche sociologique banale* (la déviance au sens de H. Becker) *conduisit à un changement important dans l'analyse de la délinquance. Au lieu d'essayer de trouver pourquoi des personnes agissent "mal", on considéra l'ensemble complexe des activités au cours desquelles des gens définissent certaines actions comme "mauvaises", d'autres les commettent, d'autres enfin réagissent à ces actes (réels ou supposés). De telles analyses montraient à l'évidence que la "délinquance" ne constitue pas une catégorie homogène, mais reflète plutôt les intérêts professionnels des gens qui la définissent et*

49 Becker, H.S. (1985 [1963]). *Outsiders*. Paris : Métailié, p. 231.

trouvent des "délinquants" »[50].

Le caractère déviant d'un acte peut donc être appréhendé par l'interaction des individus et des groupes au regard des normes de chacun. Ce qui veut dire que la consommation de substances psychoactives peut apparaître comme déviante et donc « hors normes » vis-à-vis d'un groupe mais pas d'un autre. Et à l'inverse, les non-consommateurs peuvent apparaître comme déviants ou « étrangers » du point de vue de ceux qui consomment (c'est ici le double sens du terme « outsider » employé par. H. Becker). L'auteur précise : « *Un individu peut estimer en effet qu'il est jugé selon des normes qu'il n'a pas contribué à élaborer et qu'il n'accepte pas, mais qui lui sont imposées de force par des "étrangers"* »[51]. Cette approche justifie une éthique revisitée de l'addictologie et de la dichotomie entre le bien et le mal. Pour H. Becker, la déviance : « *n'est pas une propriété simple, présente dans certains types de comportements et absente dans d'autres, mais le produit d'un processus qui implique la réponse des autres individus à ces conduites. Le même comportement peut constituer une transgression des normes s'il est commis à un moment précis ou par une personne déterminée, mais non s'il est commis à un autre moment ou par une autre personne ; certaines normes – mais pas toutes – sont transgressées impunément. Bref le caractère déviant, ou non, d'un acte donné dépend en partie de la nature de l'acte (c'est-à-dire de ce qu'il transgresse ou non une norme) et en partie de ce que les autres en font* »[52]. De plus, A. Ogien rappelle la proposition que défendent M. Foucault, R. Castel et J. Donzelot : « *La déviance n'existe pas hors des pratiques de contrôle social qui la définissent et la répriment. De ce point de vue, l'anormalité d'une conduite est le produit des institutions qui ont reçu le mandat de les traiter, pas une attitude blâmable qui serait l'effet de causes sociales répertoriés et mesurables* »[53]. Ces définitions constituent un socle essentiel pour qui souhaite penser l'addictologie et l'accompagnement. Pour A. Ogien, l'idée est moins de dire que tout est acceptable ou que rien n'est inacceptable en société, que de comprendre la manière dont se construit un concept ou une catégorie afin d'observer les pouvoirs qui s'exercent. Il ajoute d'ailleurs que ce sont le plus souvent les individus issus des classes sociales les moins aisées qui sont associés à l'une ou l'autre déviance[54]. Cet aspect est évocateur de la dualité marxiste dominants/dominés.

50 *Ibid,* p. 239.
51 *Ibid*, p. 39-40.
52 *Ibid*, p. 37.
53 Ogien, A. (1995). *Sociologie de la déviance.* Paris : Armand Colin, p. 69.
54 *Ibid,* p. 70.

D'autre part, force est de constater qu'à mesure de continuellement définir certains comportements comme déviants ils s'en trouvent souvent renforcés, isolant par la même ceux que H. Becker appelle les « transgresseurs » (celles et ceux qui présentent le comportement déviant). Toutefois, la volonté d'un groupe de transgresseurs est parfois de ne pas être associé aux autres groupes, aux « étrangers » qui ne partagent pas la même culture, la même identité ni le même ordre normatif. À ce titre, pour H. Becker, la déviance fait toujours l'objet de ce qu'il nomme une action collective. Action collective qui elle-même est déterminée par un groupe social spécifique et donc par des interactions élaborées. A. Ogien soutient l'idée suivante : « *Tenir que la toxicomanie est un mode de vie réclamant un engagement délibéré de la part de celui qui y participe contredit l'idée selon laquelle le drogué est cet être possédé par son produit, forcément désocialisé, vivant dans les marges, commis à l'illégalité et au crime pour assurer, à tout prix, son besoin irrépressible en produits toxiques avant de sombrer, inéluctablement, dans la déchéance* »[55]. Cette orientation, que nous soutenons dans ce travail doctoral, vise à rendre au consommateur sa dignité d'être humain, de personne responsable et la potentialité d'une forme de rationalité et d'ajustement de son comportement au sein d'un groupe social et d'un contexte spécifique. Elle remet également en question le paradigme abstinentiel encore très présent dans l'accompagnement actuel.

D'ailleurs, A. Ogien rappelle différentes études sociologiques[56] montrant :

Tout d'abord, que le produit n'a pas le pouvoir de contraindre, à lui seul, la conduite individuelle en agissant directement sur le cerveau par des procédés chimiques[57]. En effet, les interactions sociales, l'apprentissage ainsi que le sens de la conduite, c'est-à-dire les effets recherchés, jouent un rôle essentiel dans l'apparition de la dépendance. M. Kokoreff précise : « *On sait aussi que le produit ne fait pas le danger mais que la prise de risque dépend fortement du contexte d'usage* »[58].

Ensuite, que la consommation ne manifeste pas nécessairement une fuite devant la réalité. À la fin des années 1950, H. Finestone a montré comment, à Chicago, certains consommateurs d'héroïne et membres d'une « bande » décrivaient un contenu positif de leur engagement dans la délinquance et la substance psychoactive[59]. A. Ogien précise à ce propos : « *le rejet de l'existence trop policée des gens "normaux", la primauté accordée au désir de "s'éclater", l'importance*

55 *Ibid,* p. 141.
56 *Ibid,* p. 142-146.
57 Lindesmith, A. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago : Aldine ;
Becker, H.S. (1985). *Outsiders, op. cit.*
58 Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? Usages, trafics et politiques publiques.* Paris : Payot & Rivages, p. 249.
59 Finestone, H. (1957). Cats, Kicks and Color. *Social Problems, 5(1),* 3-13.

exclusive de la musique et de l'apparence vestimentaire, etc. »[60]. En d'autres termes, l'émancipation assumée plutôt que la fuite ou l'aliénation.

Et enfin, que la consommation excessive ne fait pas totalement perdre à l'individu concerné le contrôle de sa volonté et la responsabilité de ses actes. D'une part, N. Zinberg s'appuie sur les nombreux exemples historiques d'arrêt massif, immédiat et spontané, d'un usage abusif de l'une ou l'autre substance psychoactive (chez les soldats engagés dans des conflits à l'étranger par exemple)[61]. Le contexte joue un rôle fondamental tout comme le type de substance, en fonction de l'étiquette sociale qu'elle porte dans un contexte donné. En effet, selon ses pratiques de consommation et le produit qu'il consomme, l'usager doit élaborer certaines stratégies sociales (socialement apprises) pour poursuivre son comportement. On ne fume généralement pas du cannabis comme on s'injecte de l'héroïne. La continuité d'une consommation spécifique dépend donc aussi de l'environnement social. D'autre part, B. Hanson et son équipe, à travers une étude menée dans quatre grandes villes américaines, pointent le projecteur sur les consommateurs d'héroïne maîtrisant leurs consommations et vivant une vie « normale » : assurant par exemple un travail et une vie de famille. Ce sont des consommateurs pouvant adapter le flux de leurs consommations à l'offre et à leurs ressources. Ils ne sont pas nécessairement connus des services sanitaires et pas non plus de la justice. Cette population est estimée à 300 ou 400 000 personnes, habitant notamment les « ghettos noirs », au moment de l'enquête[62]. Bien qu'ils seraient, sans doute, en état de manque physique en arrêtant de consommer, on observe ici que la consommation d'héroïne ne déresponsabilise pas forcément les personnes qui s'y adonnent.

M. Kokoreff précise à ce sujet que : « *les années 1990 ont été marquées par la mise au jour de pratiques de consommation relativement diversifiées et de mécanismes d'autorégulation* »[63]. Ainsi, l'insertion sociale et professionnelle de certains consommateurs démontre la capacité d'accommodement et d'ajustement de ces derniers à l'égard des normes dominantes[64], autrement dit à l'égard de la réalité sociale, tout en dissimulant et en produisant une nouvelle réalité sociale[65], et ce malgré les représentations qui irriguent la culture dominante proposant principalement comme

60 Ogien, A. (1995). *Sociologie de la déviance, op. cit.,* p. 142.
61 Zinberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven : Yale University Press.
62 Hanson, B., Beschner, G., Walters, J. & Bovelle, E. (1985). *Life with Heroin : Voices from the Inner City.* Lexington : Lexington Books.
63 Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 43.
64 Decorte, T. (2002). Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales. Étude ethnographique sur des consommateurs de cocaïne et de crack à Anvers (Belgique). In C. Faugeron & M. Kokoreff (dir.). *Société avec drogues. Enjeux et limites* (p. 35-62). Ramonville-Saint-Agne : Érès ;
Fontaine, A. (2002). *Usages de drogues et vie professionnelle*. Paris : OFDT.
65 Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité. In C. Faugeron & M. Kokoreff (dir.). *Société avec drogues. Enjeux et limites* (p. 63-77). Ramonville-Saint-Agne : Érès.

figure de la consommation celle du « junkie » courant à sa perte sociale et vitale.

M. Caiata Zufferey identifie deux profils de consommateurs intégrés tentant d'ajuster la ligne biographique de l'usage (de cocaïne ou d'héroïne) aux autres lignes biographiques (travail, famille, loisirs, etc.)[66] : « *D'une part, on retrouve le toxico-dépendant intégré par le produit, être anxieux et souffrant, continuellement soumis au risque de mal-intégration – pour utiliser une expression de Marc-Henry Soulet (1999) – et dans la nécessité d'utiliser des béquilles chimiques pour pouvoir s'adapter à une réalité difficile et rester inséré dans le système social ; d'autre part, se dessine le consommateur intégrant le produit, être conquérant, sujet dans cette modernité où être sujet signifie produire son sens personnel en maîtrisant l'hétérogénéité des logiques d'action (Dubet, 1994), inventer sa propre normalité et tracer personnellement les chemins à parcourir* »[67]. Néanmoins, selon M. Caiata : « *le consommateur intégré est souvent une figure ambiguë qui oscille entre l'aliénation et l'appropriation, entre le sens imposé par la drogue et le sens élaboré de la drogue, entre l'adaptation à la réalité et la production de la réalité* »[68].

Par ailleurs, ces formes d'usage sont à mettre en lien avec le contexte de la modernité avancée. M. Caiata rappelle l'effet induit par la crise de l'État-providence qui a obligé les individus à assumer certains aspects de la vie sociale initialement dévolus aux institutions. De plus, elle constate un phénomène de relativisation des valeurs et des normes collectives ainsi qu'une perte de sens qui l'amènent à penser, avec A. Ehrenberg[69], que l'individu est appelé à devenir entrepreneur de lui-même, à détenir en lui-même les conditions de sa réalisation personnelle et sociale. Elle ajoute : « *Le toxico-dépendant intégré et le consommateur intégrant s'enracinent dans ce contexte socioculturel et ils semblent constituer les deux visages simultanés de l'individu moderne. Ils expriment en effet deux façons de répondre à une même injonction appelant à assumer la responsabilité de sa propre construction personnelle et sociale et à s'autogouverner en ne se référant qu'à soi-même. Finalement, il s'agit de deux figures qui radicalisent et expriment les tensions et les paradoxes de la liberté moderne, qui est à la fois source d'aliénation, puisqu'elle abandonne la personne à son indétermination, et de création, car elle permet une meilleure expression de l'individualité* »[70].

En outre, le criminologue T. Decorte, a montré, via une étude ethnographique sur trois ans,

66 En effet, l'auteur fait état de tensions entre ces différentes lignes biographiques : 1° une tension d'ordre technique : adéquation complexe de la consommation et de ses enjeux avec la réalité de la vie sociale « ordinaire » ; 2° une tension d'ordre symbolique : contradiction normative entre la consommation et les valeurs de la culture dominante.

67 *Ibid*, p. 75.

68 *Ibid*, p. 76.

69 Ehrenberg, A. (1991). *Le Culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy.

70 Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité, *op. cit.*, p. 77.

comment certains usagers de cocaïne et de crack développaient des mécanismes d'autorégulation à Anvers en Belgique[71]. Reprenant tout d'abord l'idée de contrôle informel mais aussi d'apprentissage social en trois étapes que l'on retrouve chez H. Becker (maîtriser la technicité de l'acte de consommer, distinguer les effets des consommations et apprendre à en jouir) ; et reprenant ensuite les travaux de N. Zinberg démontrant l'importance des rituels et prescriptions sociales dans le contrôle des consommations (à qui on achète, fréquences des consommations, quantités consommées, avec qui, qualité du produit, mélanges à éviter, vigilances par rapport aux effets souhaités et non souhaités, définition des limites et observation de ceux qui les dépassent), T. Decorte met en exergue l'existence d'usagers (cachés) trouvant un équilibre dans leurs consommations de cocaïne et de crack. En effet, la plupart des cent onze usagers interrogés décrivent des consommations relativement régulées, tout en ne masquant pas certains déséquilibres temporaires. Si l'échantillon interrogé représente volontairement des personnes issues du monde de la nuit, plutôt éloignées du soin, relativement insérées et ne présentant pas une dépendance sévère, il n'en reste pas moins que l'enquête démontre l'idée selon laquelle la consommation de substances illicites ne mène pas nécessairement à la déchéance et que le destin n'est pas exclusivement dicté par la pharmacologie des drogues.

À ce propos, M. Kokoreff précise : « *En dépit de leurs consommations et du stigmate qu'elles constituent, ces personnes* (insérées socialement) *se considèrent comme "normales" et "respectables". Elles développent certes des stratégies individuelles qui visent à neutraliser les effets négatifs de la prise de produits. Mais elles ne ressentent pas la nécessité d'une prise en charge* »[72]. Une visée prophylactique amènerait toutefois à élaborer de nouvelles modalités d'accompagnement dites avancées. C'est le principe de l'aller vers. En effet, comme le souligne T. Decorte, ce sont aussi la désapprobation sociale, la stigmatisation, la mauvaise information et l'interdit posé par la loi qui éloignent certains publics du soin, les forcent à se cacher parfois et limitent ainsi les dynamiques de régulation qui restent le plus souvent officieuses.

Ainsi, il existe des profils multiples chez les consommateurs. Par ailleurs, ces derniers peuvent être considérés à la fois comme déviants et comme non déviants en fonction des sphères sociales où ils évoluent. À ce titre, ils sont aussi être des producteurs actifs du réel. De surcroît, la sociologie de la déviance montre qu'il existe des mobilités entre les groupes. Ainsi, un retour à la norme est également envisageable : que ce soit par le biais d'une volonté propre ou de la pression sociale, par

71 Decorte, T. (2002). Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales, *op. cit.*
72 Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 43-44.

envie de ne plus être différent, ou encore de ne plus se soumettre à certains rites et codes.

Même si elle permet une forme d'équilibre, la norme contribue à stigmatiser certains groupes. Cependant, elle n'est pas figée dans le temps. Ce qui était déviant à une époque peut ne plus l'être aujourd'hui et le redevenir dans le futur, et ce même lorsque la norme s'appuie sur la loi (qui elle-même peut évoluer). De plus, des stratégies d'ajustement entre différentes lignes biographiques, a priori en tension, sont également possibles. C'est pour cela que la norme est, et doit rester, critiquable. A. Ogien rappelle que : « *l'idée que nous nous faisons de la normalité n'est pas assez stable pour nous permettre de nous prononcer de façon arrêtée sur la conformité d'un acte* »[73]. Cette perspective sous-entend la possibilité de pouvoir prétendre à un meilleur traitement des personnes jugées déviantes.

Selon H. Becker, il y a une question de pouvoir politique et économique derrière chaque norme et donc une volonté de certains – les « entrepreneurs de morale » selon son expression – d'imposer leurs schémas de pensée aux autres. Pour l'auteur, le processus conduisant à faire respecter une norme se construit par le biais de trois facteurs. Premièrement, il faut qu'une personne (l'entrepreneur de morale) punisse le transgresseur. Deuxièmement, il faut rendre publique l'infraction, qui ne pourra alors plus être négligée, afin d'attirer l'attention des autres (l'opinion publique). Troisièmement, il faut que l'entrepreneur de morale trouve, par cette publicité, un intérêt personnel (qui peut être commun à plusieurs personnes, c'est-à-dire à un groupe d'entrepreneurs de morale)[74]. Réunis, ces trois facteurs favorisent alors l'application des normes. D'autre part, quand ils sont mêlés à des enjeux étatiques, qu'ils soient politiques et/ou économiques, la norme se fait respecter d'autant plus facilement. Comme le rapporte H. Becker, les États-Unis en ont montré plusieurs exemples dans les années 1930 avec la construction d'un cadre législatif punitif en ce qui concerne la consommation de cannabis et d'alcool notamment, dans lequel le bien-être des personnes n'était pas nécessairement l'enjeu premier[75]. Sous l'impulsion des enjeux personnels de certains fonctionnaires et par le biais de techniques d'influence voire d'une forme de manipulation dans la publicité et la communication une nouvelle norme s'est imposée aux États-Unis contribuant à créer de nouvelles catégories de déviants (délinquants) : par exemple les fumeurs de cannabis dans ces mêmes années. D'après H. Becker, dans les groupes simples, cette imposition se fait tacitement alors qu'elle nécessite des manœuvres et des négociations de type politique dans les structures complexes. Sans cela la norme ne s'impose pas. Pour nuancer ce propos, il est important

73 Ogien, A. (1995). *Sociologie de la déviance, op. cit.,* p. 209.
74 Becker, H.S. (1985). *Outsiders*, *op. cit.,* p. 145-146.
75 *Ibid*, p. 158-169.

de rappeler que les « croisades morales », comme les appelle H. Becker, visent également des causes humanitaires au-delà de l'imposition d'une morale. Cependant, si elle est parfois plus nette, cette volonté humanitaire reste bien souvent contestable. Il existe une différence entre la prohibition de l'alcool et l'abolition de l'esclavage. D'un côté on prive d'une liberté malgré certains objectifs d'amélioration de la vie des personnes, de l'autre on cherche à recouvrer une liberté fondamentale.

Ce qui est intéressant c'est de constater que chaque norme et chaque processus visant à la faire respecter évolue dans le temps. Autrement dit, les acteurs impliqués ont un certain pouvoir d'agir dans l'enrayement de ces processus. L'addictologie, à l'instar de la RdR, devrait alors être le fer de lance d'un changement de regard sur les personnes consommatrices en véhiculant davantage une approche renouvelée de la consommation et des personnes qui s'adonnent aux substances psychoactives.

II.2.3. Entre normalisation sociale et normativité vitale

Nous nous proposons maintenant de réfléchir la RdR ainsi que la norme par le prisme des travaux de G. Canguilhem également repris de manière très didactique par G. Le Blanc. Ces travaux de médecine et de philosophie constituent pour notre recherche une nouvelle manière de distinguer ce qui est imposition arbitraire et ce qui est le fruit de mécanismes vitaux (organiques ou non) essentiels à la survie et au vivre-ensemble. Nous verrons, a contrario de nos premières discussions, une nouvelle manière d'appréhender la norme en lui rendant justice à travers une lecture subtile des phénomènes vitaux et sociaux. Les deux types de phénomènes sont à dissocier. Toutefois, les analyses de G. Canguilhem sur le vital lui auront permis d'étudier plus finement le social. Cette analyse nous permettra d'étayer davantage encore notre regard sur la RdR et la manière dont elle redistribue les cartes du normal, du tolérable, du nécessaire ou encore du vital.

Selon G. Canguilhem, repris par G. Le Blanc, la norme est le résultat qui vient attribuer : « *une valeur à quelque Objet, Événement ou Acte dans leur rapport à quelque fin implicite ou explicite* »[76]. La norme intervient donc en second lieu. G. Le Blanc précise : « *De ce point de vue, la vie est d'abord anormale car c'est l'absence d'une normalité suffisante qui appelle l'exigence d'une normalisation future* »[77]. En effet, G. Canguilhem démontre, contre toute logique grammaticale, que

76 Le Blanc, G. (2015 [1998]). *Canguilhem et les normes*. Paris : Presses universitaires de France, p. 18.
77 *Ibid,* p. 18.

l'anormal (le donné) et son « a » privatif, en principe seconds, sont existentiellement premiers. Le normal (le visé) apparaît donc comme une réponse, par la norme, au désordre engendré par le donné. En ce sens, nous pourrions soutenir que ce qui va de soi n'est pas toujours le normal et donc que le normal est en réalité l'anormal dans la mesure où il nécessite une action spécifique de transformation. En effet, le visé (le normal), dans cette perspective, n'est pas naturel et donc anormal. G. Canguilhem spécifie : « *Normer, normaliser, c'est imposer une exigence à une existence, à un donné, dont la variété, la disparate s'offrent, au regard de l'exigence, comme un indéterminé hostile plus encore qu'étranger* »[78]. À la suite de ces propos, G. Le Blanc complète : « *Référée à la vie, la primauté de l'anormal, suscitant la conscience d'un manque, réclame l'exigence d'une correction. La norme devient un principe de correction, de rectification ou d'assimilation du donné archaïque* »[79]. Tout comme la philosophie, la norme aurait pour objectif de donner un sens à la vie et aux événements. Le normal n'est donc pas le « naturellement existant », il est le « jugé bon ou meilleur ».

Nous pourrions toutefois nous demander si la correction du donné archaïque est toujours nécessaire et surtout à qui elle profite réellement. Nous avons déjà discuté cette perspective avec les travaux de H. Becker et nous l'aborderons ultérieurement à propos des travaux de P. Bourdieu concernant la violence symbolique.

Pour G. Canguilhem repris par G. Le Blanc, la norme est l'expression de : « *valeurs qui déterminent un champ de réalité* »[80]. Nous pourrions ajouter qu'il existe d'ailleurs autant de champs de réalité que de personnes pour les bâtir. Pour autant, l'exigence souhaitée qui est exprimée par une subjectivité, en d'autres termes par un jugement issu de valeurs spécifiques, permet de lutter contre l'hostilité présente au sein de l'expérience humaine et contre les dérèglements de la vie. Pour reprendre les propos de l'auteur, l'intention normative vise donc la médiation et l'universalisation selon un choix de valeurs.

II.2.3.1. De la normativité vitale

G. Le Blanc retranscrit explicitement ce que G. Canguilhem entend par normativité : « *La normativité est ce par quoi le vivant humain ou animal s'individualise. Le vivant cesse d'être*

78 Canguilhem, G. (2013 [1966]). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France, p. 227.
79 Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 19.
80 *Ibid*, p. 20.

compris comme un mécanisme. Il est désormais pensé comme une puissance. Les organismes développent leur puissance par leurs comportements particuliers. Ces comportements ne sont pas des réponses automatiques à un stimulus externe mais des manières singulières de se rapporter à un milieu extérieur. Tout vivant explore à sa manière le milieu extérieur. Chaque vivant manifeste alors une activité propre »[81]. Cette activité, que G. Canguilhem nomme normativité, se découpe elle-même en deux axes. D'une part, un axe reproducteur vecteur de la perpétuation de l'existence. Et d'autre part, un axe producteur et créateur qui permet de faire face aux nouvelles menaces par l'invention de réponses inédites. En ce sens, la normativité renvoie à l'évolution et donc aux travaux de J.-B. de Lamarck et de C. Darwin (entre reproduction, adaptation et création).

La normativité biologique, organique ou vitale représente donc une action d'appropriation, par le vivant, du milieu dans lequel il évolue. Aussi, le vivant contribue à la constitution de son milieu dans le but de favoriser son propre développement. Le milieu représente en quelque sorte l'œuvre du vivant. L'action n'est pas seulement une réponse mécanique aux contraintes du milieu mais bien l'expression d'une puissance vitale. G. Le Blanc ajoute : « *La normativité désigne ce par quoi le vivant se lie au milieu, devenant sujet du milieu grâce aux choix de valeurs par lesquels il transforme un milieu en son œuvre. L'activité biologique du vivant est désignée par l'individualisation des valeurs qu'elle actualise. La normativité sous-entend ainsi la création de normes par lesquelles le vivant se maintient et s'individualise* »[82].

Par le biais de normes exprimant un système de valeurs propre, la normativité est le moyen par lequel la vie peut se maintenir, s'individualiser et se renouveler. Entre régulation et différenciation, la normativité lui permet de lutter contre ce qui lui est nuisible par des procédés de valorisation et de dévalorisation des éléments qui l'atteignent. « *Vivre c'est, même chez une amibe, préférer et exclure. Un tube digestif, des organes sexuels ce sont des normes du comportement d'un organisme* »[83]. G. Le Blanc précise : « *La normativité tout à la fois valorise la vie et individualise le vivant. Elle exprime une position individuelle à l'intérieur d'un milieu normé* »[84].

La normativité constitue donc le socle du normal. Elle permet : « *de préciser la distinction entre le normal et le pathologique. La normalité d'un organisme vient de sa normativité. La norme pour un*

81 *Ibid*, p. 52.
82 *Ibid*, p. 53.
83 Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.,* p. 112.
84 Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 56.

organisme, c'est sa capacité à changer de norme. En revanche, le pathologique se signale par la réduction d'un organisme à une norme unique »[85].

Pour G. Canguilhem, c'est la vie qui détermine le normal et le pathologique. La maladie ne constitue alors qu'un point de vue sur la vie. En effet, l'anomalie et le normal ne peuvent être réduits aux seules dimensions statistiques/objectives anatomique et biomédicale. L'anormal se caractérise par un sentiment individuel sur le vivant. L'anomalie existe parce qu'elle est perçue comme anomalie au sein d'un système de valeurs, d'un milieu de vie (autrement dit d'un groupe ou d'une société qui exerce également son influence). Comme le souligne G. Canguilhem : « *Pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée* »[86]. À l'inverse, si l'anomalie organique n'entrave pas le système de valeurs individuel et donc la qualité de vie perçue elle se dissout dans la vie. Il précise : « *C'est l'appréciation des patients et des idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle "maladie". […] Être malade, c'est être nuisible, ou indésirable, ou socialement dévalué* »[87]. Ainsi, les auteurs rappellent que l'anormal n'est pas forcément le pathologique mais que le pathologique est toujours l'anormal. Dans le même ordre d'idées : « *redevenir normal, pour un homme dont l'avenir est presque toujours imaginé à partir de l'expérience passée, c'est reprendre une activité interrompue, ou du moins une activité jugée équivalente d'après les goûts individuels ou les valeurs sociales du milieu* »[88]. En ce sens, les normes dites « normales » se caractérisent par leur normativité au sein d'un milieu de vie spécifique alors que les normes dites « pathologiques » se caractérisent par un affaiblissement de l'état antérieur et donc par une incertitude plus prononcée sur le devenir.

Ainsi pour G. Canguilhem, la création de valeurs au sein même de l'organisme et de son milieu constitue une manière pour la vie de s'affirmer, c'est cela la normativité. Il soutient l'idée suivante : « *S'il existe des normes biologiques c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même* »[89]. En s'appuyant sur l'exemple de la nutrition, G. Le Blanc précise la manière dont la normativité s'exprime : « *L'acte simple de la nutrition suppose que l'organisme puisse être capable d'appétit, d'évaluation des possibilités, de choix qu'il parachève*

85 *Ibid,* p. 56.
86 Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.,* p. 113.
87 *Ibid,* p. 97.
88 *Ibid,* p. 95.
89 *Ibid,* p. 203.

dans un acte »[90]. Il ajoute : « *La normativité désigne la création du vivant par lui-même (normativité vitale), la création de soi par soi (normativité sociale)* »[91]. Pour G. Canguilhem, l'homme normal est donc un homme en capacité d'instituer de nouvelles normes (sociales et organiques), c'est-à-dire un « homme normatif ». G. Le Blanc écrit d'ailleurs : « *L'homme normatif est l'homme créateur de ses valeurs, vitales ou sociales. De ce point de vue, l'homme normal ne désigne pas l'homme de laboratoire réduit à une norme de fonctionnement unique, ni même l'homme moyen appréhendé à partir d'une objectivation externe, mais l'homme normatif "pour qui il est normal de faire craquer les normes et d'en instituer de nouvelles"* »[92]. G. Le Blanc réaffirme alors la proximité des travaux de G. Canguilhem avec ceux de F. Nietzsche relatifs à la volonté de puissance, entendue comme essence ou volonté puissante de vie[93]. F. Nietzsche distingue deux forces distinctes : d'une part, les forces réactives qui réduisent l'activité, elles se réfèrent notamment à l'adaptation de l'individu et de l'organisme ; d'autre part, les forces actives, qu'il préfère aux premières, assimilables au pouvoir de création de l'homme et de son organisme, elles se caractérisent par une puissance de vie accrue. Ainsi, on retrouve l'homme normatif de G. Canguilhem.

Il apparaît donc que les travaux de sciences sociales qui abondent en matière de déconstruction des normes se présentent comme les résultats d'actions bien plus normales et saines que celles consistant à les reproduire. À contre-courant de notre schéma de pensée, la recherche scientifique se distinguerait finalement par un caractère normatif et donc normal, au sens de G. Canguilhem, fort et affirmé.

Par ailleurs, G. Canguilhem insiste beaucoup sur la notion d'écart normatif. En effet, la normativité vitale, qui consiste à instituer de nouvelles normes, n'homogénéise pas nécessairement le vivant comme pourrait le laisser penser la notion de norme ; au contraire, elle individualise le vivant par les écarts qui émergent. En effet, la normativité vitale est propre à chacun. C'est peut-être une différence fondamentale entre normativité vitale et normativité sociale, qui elle tend a priori vers une plus grande homogénéité du groupe social. G. Le Blanc rapporte quelques exemples de ces écarts appuyant, à la suite de G. Canguilhem, la puissance vitale et physiologique de l'homme ainsi que sa capacité à se sublimer : « *Un changement de rythme du pouls de 50 à 150, une apnée de quinze minutes, une abolition de la contraction cardiaque, la maîtrise des fonctions physiologiques*

90 Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 58.
91 *Ibid*, p. 69.
92 *Ibid*, p. 70.
93 Nietzsche, F. (1995 [1935]). *La volonté de puissance, tome 1*. Paris : Gallimard.

par les yogis hindous explorent à leur manière l'inhabituel de la vie, le secret de la polysémie du vivant et surtout forgent l'expérience de l'être-en-vie à la lumière des écarts créateurs par lesquels la vie n'est jamais identique à elle-même, stable, mais toujours en devenir »[94]. Il ajoute : « *Le devenir de la vie est un advenir créateur. C'est dans ce processus simultané de devenir et de création que se constitue le creuset de l'individu biologique* »[95]. Par conséquent, même si à la suite de G. Canguilhem, qui reprend la définition du chirurgien et physiologiste R. Leriche, nous pouvons considérer que la santé : « *c'est la vie dans le silence des organes* »[96], la santé c'est aussi la vie dans l'agitation de la normativité : cette puissance de vie qui jamais ne s'éteint, qui jamais ne se tait totalement.

À ce sujet, l'épigénétique, discipline de la biologie, donne à voir les potentialités immenses de notre organisme. En effet, cette discipline démontre notre capacité de transformation. Si l'ADN ne peut être fondamentalement modifié, les gènes qui le composent peuvent réagir de différentes manières par ce que J. de Rosnay appelle la « symphonie du vivant » : « *Notre organisme fonctionne comme un grand orchestre. Le cœur, les poumons, le foie... Chacun doit "jouer sa partition" en harmonie avec tous les autres organes pour interpréter la symphonie du vivant. Notre symphonie personnelle du vivant. Comprendre l'importance de l'épigénétique, c'est se donner la chance de devenir chef d'orchestre de son propre corps !* »[97]. Il apparaît que selon le mode de vie, l'environnement, les habitudes alimentaires ou encore les activités, nous avons le pouvoir d'allumer certains gènes ou d'en éteindre d'autres. « *La révolution épigénétique nous apprend que les individus ne sont pas (totalement) "prédéterminés" par leurs gènes. Leur comportement et leur volonté d'agir peuvent aussi changer leur vie. […] À nous d'adapter nos modes de vie pour activer les gènes contribuant à nous protéger plus efficacement contre certaines maladies (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires) »*[98].

Cette perspective est totalement salvatrice notamment lorsqu'il s'agit d'accompagner des personnes présentant des conduites addictives. Trop souvent réduites au produit de leur histoire, à la fatalité de leur situation ; les personnes consommatrices auraient en eux-mêmes la possibilité de modifier l'expression de certains gènes, en partie « altérés » par les difficultés de la vie. Ainsi, l'espoir persiste également d'un point de vue organique. L'auteur précise que : « *l'épigénétique englobe des*

94 Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 70.
95 *Ibid*, p. 70-71.
96 Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.,* p. 67.
97 Rosnay (de), J. (2018). *La symphonie du vivant. Comment l'épigénétique va changer votre vie.* Paris : Les Liens qui Libèrent, p. 16-17.
98 *Ibid*, p. 19.

propriétés, un code "au-dessus du code", c'est-à-dire un métalogiciel biologique qui transforme profondément le rôle de la génétique classique en agissant sur l'ensemble des processus qui entraînent des modifications de l'expression des gènes sans altérer la séquence de l'ADN (ou le code génétique). Ces processus sont des événements naturels et essentiels au bon fonctionnement de l'organisme »[99].

II.2.3.2. De la normalisation sociale

Le détour par la normativité, notamment vitale, permet d'appréhender plus justement la norme en lui rendant son caractère humanisant et nécessaire. Pour G. Canguilhem, il est surtout question de reconsidérer l'organisme en observant la société et son influence (positive ou négative) plutôt que l'inverse. Non totalement transposable au versant social, ce détour apporte néanmoins des éléments de compréhension quant aux processus à l'œuvre dans la constitution d'une norme sociale. À ce propos, l'auteur défend l'idée selon laquelle : « *les phénomènes d'organisation sociale sont comme une mimique de l'organisation vitale, au sens où Aristote dit de l'art qu'il imite la nature. Imiter ici n'est pas copier mais tendre à retrouver le sens d'une production. L'organisation sociale est, avant tout, invention d'organes, organes de recherche et de réception d'informations, organes de calcul et même de décision* »[100].

Par ailleurs, et c'est l'objet de cette partie, G. Canguilhem opère une distinction fondamentale entre normativité et normalisation. G. Le Blanc précise cette distinction : « *En effet, autant la normativité s'enracine dans la vie, autant la normalisation vaut d'abord par son arbitraire social, par son absence de connexion avec la vie* »[101]. Cette normalisation, qui est caractéristique du fait social, constitue une manière pour G. Canguilhem de contrebalancer la normativité en intégrant à sa réflexion les enjeux (de pouvoir, de contexte, etc.) inhérents à nos sociétés. C'est avant tout dans cette perspective que tend à s'inscrire ce travail doctoral.

En ouvrant la possibilité d'une normativité sociale, on considère alors l'homme comme un sujet créateur de normes sociales nouvelles en fonction de ses besoins dans le but de faire de son milieu

99 *Ibid*, p. 31.
100Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.,* p. 242.
101Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 78.

un espace pensé par lui et pour lui. Il n'est alors plus soumis totalement aux contraintes de son milieu, il en devient aussi le créateur réflexif. Prolongeant les travaux de G. Friedmann[102], G. Canguilhem offre une grille de lecture précieuse en ce qui concerne l'activité humaine, notamment au sein du monde ouvrier : « *Le milieu ne peut imposer aucun mouvement à un organisme que si cet organisme se propose d'abord au milieu selon certaines orientations propres. Une réaction forcée c'est une réaction pathologique* »[103]. De leur côté, Y. Schwartz et L. Durrive mettent en avant le fait que : « *la norme exprime ce qu'une instance évalue comme devant être : selon le cas un idéal, une règle, un but, un modèle. Cette instance peut être extérieure à l'individu [normes imposées et plus ou moins assumées], comme elle peut être l'individu lui-même [normes instaurées dans l'activité], car chacun cherche à être producteur de ses propres normes, à l'origine des exigences qui le gouvernent* »[104]. C'est ce qu'exprimait G. Canguilhem rappelant que le milieu tenu comme normal par les hommes : « *serait celui qu'ils se seraient faits eux-mêmes, à eux-mêmes, pour eux-mêmes. Tout homme veut être sujet de ses normes* »[105].

À ce propos, les notions d'« usage de soi par soi » et donc d'« usage du corps-soi » révèlent la puissance normative que peut contenir l'activité humaine et donc les normes sociales. Y. Schwartz et L. Durrive précisent ces notions : « *Cela veut dire que je vais faire ponction en moi-même de mon intelligence, de ma mémoire, de mon corps* »[106]. Ces usages seraient constitutifs de l'activité de l'Homme en société. « *C'est la personne qui réinvente une certaine manière d'être, de vivre, de survivre, de survivre avec les autres* »[107]. Pour reprendre des termes utilisés en analyse de l'activité, l'usage de soi par les autres renvoie a contrario davantage au travail prescrit et atténue la dimension réflexive du sujet. Il nous semble que la norme sociale doit être appréhendée en tant que possibilité d'émancipation et d'appropriation du milieu et en même temps en tant qu'outil d'imposition arbitraire. Les deux axes cohabitent.

D'un côté, les travaux de G. Canguilhem visent à faire émerger un individu biologique en dépit des influences sociales ; de l'autre, ils visent à faire émerger un sujet social pouvant s'extraire des déterminants biologiques. « *Par individu biologique, il faut entendre une présence active à soi sous la forme d'un sens constamment disponible. […] Par sujet, il faut entendre, au contraire, une certaine absence à soi, sous la forme soucieuse et angoissante d'un sens momentanément*

102Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel.* Paris : Gallimard.
103Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail. *Cahiers Internationaux de Sociologie, 3,* 120-136, p. 128.
104Schwartz Y. & Durrive, L. (dir.). (2009). *L'Activité en Dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II).* Toulouse : Octarès, p. 258-259.
105Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail, *op. cit.,* p. 135.
106Schwartz Y. & Durrive, L. (dir.). (2009). *L'Activité en Dialogues*, *op. cit.,* p. 19.
107*Ibid*, p. 22.

indisponible (mais qui est en devenir, qui implique un labeur) »[108]. De plus, l'introduction de la normalisation sociale permet à G. Canguilhem de compléter son approche en montrant comment les phénomènes vitaux et sociaux subissent des influences extérieures. Autrement dit, comment la normalité (arbitraire) et non plus la normativité (« naturelle ») s'instille dans la vie des êtres humains. G. Le Blanc reprécise les propos de G. Canguilhem : « *Tandis que l'exigence de normes est interne à l'organisme, la normalisation à l'œuvre dans le social repose sur un choix et une décision extérieurs à l'objet normalisé* »[109]. Il ajoute : « *La norme cesse de valoir comme régulation interne et est désormais posée de manière prescriptive. Tandis que la norme traduit sur le plan vital la présence évidente d'un organisme, la norme sociale exprime au contraire que la société fait problème* »[110]. Le normal, au sens social, c'est : « *à la fois ce qui relève d'une affirmation d'existence (le normal statique) et d'une affirmation de valeur (le normal dynamique)* »[111]. Ainsi, G. Le Blanc distingue trois étapes constitutives de cette normalisation : 1° « l'intention normative » affirmant des valeurs ; 2° « la décision normatrice » qui institue les règles et modèles à suivre ; 3° « l'usage normalisateur » qui autorise la référence de l'objet à la norme. À ce titre, le conflit de normes dans la société est récurrent puisque ces dernières traduisent des valeurs avec lesquelles tout le monde n'est pas toujours en accord. En effet, certains défendent des approches singulières qui entrent en conflit avec d'autres. À l'inverse, d'un point de vue physiologique nous dit G. Canguilhem l'état normal : « *désigne à la fois l'état habituel des organes et leur état idéal* »[112].

En somme, les normes sociales relatives à la consommation de substances psychoactives subissent ce conflit de normes selon que l'on invoquera la santé publique ou la liberté personnelle par exemple. Il en va de même pour l'accompagnement en addictologie selon que l'on invoquera l'objectif de socialisation et d'intégration ou l'objectif d'émancipation sociale. G. Canguilhem écrit à ce sujet : « *C'est du bien social qu'on discute dans la société* (plus complexe à appréhender que le bien-être organique ou le normal organique)*, ce qui fait que les uns tiennent précisément pour le mal ce que d'autres recherchent comme devant être la santé !* »[113]. C'est aussi dans cette perspective que doit se penser l'accompagnement des personnes agissant à la marge des normes du bien-être social, sous peine de tous les réduire à des êtres inaptes à agir en tant qu'humains, en tant que sujets réflexifs capables de rationalité.

Cependant, la normalisation sociale cherche avant tout à corriger (parfois de manière maladroite) le

108Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.,* p. 88-89.
109*Ibid*, p. 81.
110*Ibid*, p. 81.
111*Ibid*, p. 82.
112Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.,* p. 101.
113*Ibid*, p. 248.

réel jugé hostile en réduisant les écarts par une mesure commune, en d'autres termes : « *une norme se propose comme un mode possible d'unification d'un divers, de résorption d'une différence, de règlement d'un différend* »[114]. Contrairement à la normativité vitale où la valeur est immanente à la norme ; la valeur préexiste à la normalisation sociale par une intention normative. La normalisation sociale est une mise en ordre d'un désordre, excluant alors d'autres formes pertinentes d'ordre. En outre, elle s'exprime parfois de la même manière sans tenir compte de la différence des contextes, occasionnant alors de forts désaccords. D'ailleurs, l'étymologie du mot norme renvoie au latin « norma » désignant l'équerre, c'est-à-dire : « *ce qui ne penche ni à droite ni à gauche, donc ce qui se tient dans un juste milieu, d'où deux sens dérivés : est normal ce qui est tel qu'il doit être : est normal, au sens le plus usuel du mot, ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée ou ce qui constitue soit la moyenne soit le module d'un caractère mesurable* »[115]. Par conséquent, une norme ou une règle est ce qui permet de « faire droit », de « dresser » et de « redresser ». Elle revêt donc aussi un sens « disciplinaire » même si, de manière générale, elle rationalise le réel social. « *Ce faisant, la normalisation vaut par son extériorité, son arbitraire et sa transcendance tandis que la normativité vitale se caractérise au contraire par l'intériorisation des valeurs, leur nécessité et leur immanence à la vie* »[116].

Chez G. Canguilhem, le problème de la normalisation se pose fondamentalement quand, nous semble-t-il, à défaut de proposer elle impose de manière trop brutale. Quand elle ne se soumet pas à l'épreuve de la contestation. Elle peut alors être vectrice d'aversion et de discrimination comme le démontre si bien l'auteur : « *Toute préférence d'un ordre possible s'accompagne, le plus souvent implicitement, de l'aversion de l'ordre inverse possible. Le différent du préférable, dans un domaine d'évaluation donné, n'est pas l'indifférent, mais le repoussant, ou plus exactement le repoussé, le détestable* »[117]. La normalisation est une nécessité mais qui elle-même nécessite de la souplesse.

Si la normalité sociale se rapporte à la société, la normativité sociale se rapporte quant à elle aux individus qui la composent. En effet, ces derniers possèdent en eux-mêmes un pouvoir réflexif, régulateur et créateur permettant de faire évoluer les normes, de les déconstruire, de les adapter aux nouveaux besoins et contextes, et même d'en créer de nouvelles. La société n'est aucunement figée et c'est l'individu qui, par son pouvoir de normativité, peut la dessiner et la redessiner sans fin dans les interstices du social. Si à certains moments il semble être le jouet d'une force sociale s'exerçant

114*Ibid,* p. 228.
115*Ibid,* p. 228.
116Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 86.
117Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.,* p. 228.

sur lui comme le démontrent P. Bourdieu et J.-C. Passeron[118], il détient également en lui-même un élan vital (tout comme la société par le biais des individus qui la composent), un pouvoir de normativité sociale qui ne demande qu'à s'exprimer.

G. Le Blanc précise : « *Il n'y a de sujet que parce qu'il y a, simultanément, assujettissement à des normes sédimentées et subjectivation de ces mêmes normes* »[119]. Ainsi, l'assujettissement précède le sujet potentiel. En cherchant à s'en émanciper, il devient dans l'après-coup un sujet « réel » favorisant d'une certaine manière le devenir sujet de la société. Le sujet social (si précieux) n'existe, ou plutôt n'a besoin d'exister, que parce que l'aliénation sociale (ou l'insatisfaction perpétuelle) qui menace son maintien et son développement est inhérente à son milieu de vie.

D'ailleurs, Y. Schwartz et L. Durrive mettent en lumière la présence systématique des normes antécédentes qui : « *se définissent par rapport à l'agir humain, à partir de deux caractéristiques : l'antériorité et l'anonymat. Cela signifie deux choses : d'abord, elles existent avant la vie collective qu'elles rendront possible ; ensuite, elles ne prennent pas en considération la singularité des personnes qui vont être en charge de l'agir. [...] Par conséquent, l'activité correspond à un essai toujours renouvelé par quelqu'un d'unique, de rejouer dans une configuration du présent des normes à la fois antérieures à l'agir et anonymes. Ainsi, en lui portant la contradiction à un certain degré, les normes antécédentes rendent possible l'activité humaine* »[120]. Le cadre de l'espace social qui est parfois imposé permettrait donc aux individus qui composent l'espace de se construire en étant mis à l'épreuve via les contraintes et les contradictions qui s'opèrent. Ils précisent par exemple que : « *pour travailler, l'être humain a besoin de normes antécédentes (manuels et notices techniques, règles gestionnaires, organisationnelles, prescriptions et consignes, procédures, etc.) qui, à la fois, le contraignent et lui permettent de développer une activité singulière par renormalisations successives* »[121]. C'est ici que les deux auteurs rejoignent parfaitement les travaux de G. Canguilhem en avançant la possibilité d'une renormalisation qui s'apparente fortement au concept de normativité. « *L'être humain, comme tout vivant, est exposé à des exigences ou normes, émises en continu et en quantité par le milieu dans lequel il se trouve. Pour exister en tant qu'être singulier, il va tenter en permanence de réinterpréter ces normes qu'on lui propose. Ce faisant, il essaie de configurer le milieu comme son milieu propre. C'est le processus de renormalisation qui est au cœur de l'activité. Pour partie, chacun parvient à transgresser certaines normes, à les tordre de façon à se les approprier. Pour partie, il les subit comme quelque chose qui s'impose de*

118Bourdieu, P. & Passeron J.-C. (1970). *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Les Éditions de Minuit.
119Le Blanc, G. (2015). *Canguilhem et les normes, op. cit.*, p. 91.
120Schwartz Y. & Durrive, L. (dir.). (2009). *L'Activité en Dialogues*, *op. cit.,* p. 258.
121*Ibid*, p. 258.

l'extérieur »[122]. Un milieu ne peut éthiquement pas être imposé, figé ni totalement pensé indépendamment des personnes qui le constituent. Le milieu (social) est, et doit être, l'œuvre complexe du vivant (social) qui le compose. À défaut, le milieu risque d'imploser. À la faveur des travaux de G. Canguilhem et de G. Friedmann sur le monde ouvrier, l'idéal du vivant social pourrait être de ne plus : « *se sentir objet dans un milieu de contrainte pour s'apercevoir sujet dans un milieu d'organisation* »[123].

À l'aune de toutes ces réflexions, il semble clair que le vital et le social entretiennent des liens très étroits qu'il s'agit néanmoins de manipuler avec précaution. Le sujet social, si tant est qu'il veuille se définir ainsi, dispose d'une puissance d'action sociale plus ou moins à sa portée. Il peut potentiellement se saisir des zones encore floues et mal définies et observer les espaces de négociation qui s'offrent à lui régulièrement.

Le sujet consommateur de substances psychoactives peut ainsi se rendre compte qu'il a fait usage de sa normativité sociale et du processus de renormalisation pour modifier les normes de son milieu et le rendre plus viable. En effet, le mise en place de la RdR tend à confirmer cette hypothèse. C'est pourquoi la lutte sociale et professionnelle en faveur du bien-être des consommateurs, en difficulté ou non, et en faveur d'un accompagnement moins dogmatique et plus individualisant doit se poursuivre. À la suite de G. Friedmann, G. Canguilhem soutient que : « *les réactions ouvrières à l'extension progressive de la rationalisation taylorienne, en révélant la résistance du travailleur aux "mesures qui lui sont imposées de dehors", doivent donc être comprises autant comme des réactions de défense biologique que comme des réactions de défense sociale et dans les deux cas comme des réactions de santé* »[124]. Que savons-nous aujourd'hui des normes qui seront les nôtres dans les années à venir ? Peu de choses, si ce n'est que nous pouvons agir dessus. Il nous appartient de comprendre dans quelle mesure nous sommes contraints par ces normes pour mieux se les approprier et s'en émanciper. À nous de contribuer à l'œuvre (sociale) de notre vie. « *Le propre du vivant c'est de se composer son milieu* »[125].

En ce sens, l'objet de cette partie nous conforte dans notre objectif de déconstruction des paradigmes de l'addictologie en particulier lorsqu'il s'agit du paradigme biomédical et abstinentiel à tendance dogmatique.

122*Ibid,* p. 259.
123Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail, *op. cit.,* p. 129.
124*Ibid,* p. 128-129.
125*Ibid,* p. 128.

CHAPITRE III. Les conduites addictives

Nous souhaitons, dans cette partie, revenir plus précisément sur l'addictologie en nous focalisant sur les produits qui font l'objet de son attention. En effet, nous avons tout d'abord précisé comment addiction à l'alcool et addiction à des produits illicites se rejoignaient, notamment pour ce qui est de l'accompagnement global. Toutefois, nous souhaitons les séparer à nouveau l'espace d'un instant pour mieux les spécifier. Le traitement de l'alcoolisme est relativement ancien et a fait l'objet de nombreuses controverses. Il a été le fer de lance de l'accompagnement des conduites addictives et mérite à ce propos un regard particulier.

De plus, le caractère illicite d'autres substances implique la prise en compte d'un cadre légal tout à fait singulier, que nous tâcherons d'expliciter, et qui contribue à la complexification du champ. Il convient également de préciser que les espaces sociaux et culturels dans lesquels tel ou tel produit se consomme peuvent diverger et que les effets sont eux aussi différents. Cependant, s'il est important de connaître ces différents univers et leurs spécificités, il n'est pas question de séparer les accompagnements de l'alcoolisme et de la toxicomanie, connotés, par ailleurs, négativement. Aussi, comme nous l'avons déjà vu, nous préférons utiliser les termes de conduite addictive ou de conduite de dépendance, qui évitent de confondre individu et comportement et permettent de regrouper les addictions. Le terme toxicomanie sera surtout utilisé afin de différencier le caractère illicite de ce qu'il désigne. Pour autant, ce sont bien la mutualisation des efforts et des connaissances, l'atténuation des stigmatisations et la possibilité d'accompagner les polyconsommateurs au sein d'un même lieu qui nous semblent devoir être privilégiées.

III.1. Alcoolisme, alcoologie et addictologie

Penser l'alcoolisme et l'alcoologie[126] nous semble être un passage incontournable pour penser plus largement l'addictologie. Le traitement de l'alcoolisme constitue, en effet, la porte d'entrée historique du traitement des addictions en occident. D'autre part, l'alcool reste populaire et omniprésent dans nos sociétés, bien plus que l'héroïne ou la cocaïne par exemple, ce qui en fait un sujet de santé publique d'envergure.

126Discipline créée à l'initiative de Pierre Fouquet en 1966 postulant la pluralité des facteurs étiologiques responsables de l'alcoolisme et nécessitant le développement d'une analyse multidisciplinaire (Niewiadomski, 2000, p. 26-27).

Après avoir contextualisé notre propos, nous emprunterons le chemin épineux du débat relatif au diagnostic de la maladie pour le déconstruire puis, nous aborderons l'approche des groupes d'auto-support néphalistes pour enfin, conclure et apporter quelques pistes de réflexion critiques.

III.1.1. Quelques bases théoriques

P. Fouquet, un des pères fondateurs de l'alcoologie en France, offre une définition succincte et percutante de ce qu'est l'alcoolisme. M. Legrand rappelle cette célèbre définition, proposée par P. Fouquet dès 1951, présentant la personne alcoolique comme ayant : « *perdu la liberté de s'abstenir de boire* »[127]. C. Niewiadomski[128], pour compléter cette définition, s'appuie sur l'approche de D. Barrucand proposant que l'on puisse parler d'alcoolisme ou de syndrome d'alcoolo-dépendance : « *quand il y a perte de la liberté de s'abstenir d'éthanol (avec ou sans complication médico-psycho-sociale de l'alcoolisation), ou quand il y a des complications médico-psycho-sociales de l'alcoolisation (avec ou sans alcoolodépendance)* »[129]. Ces définitions de l'alcoolisme peuvent s'étendre à toutes les toxicomanies et addictions : perdre la liberté de s'abstenir de consommer et/ou présence de complications médico-psycho-sociales liées à la consommation. Entre parenthèses, cela veut aussi dire que l'addiction peut ne pas contenir d'aliénation dans le sens d'une perte de liberté fondamentale : celle de s'abstenir.

Dans une autre perspective historique, J. Maisondieu soutient l'idée selon laquelle les mesures gouvernementales, relatives à l'alcool, prises au cours des dernières décennies et privilégiant la sobriété n'ont pas abouti à des résultats réellement probants. Que ce soit par le biais des messages de prévention ou encore par le biais de la hausse des prix, il apparaît que la proportion de personnes en difficulté avec l'alcool reste égale. En rappelant une étude de L. Com-Ruelle, P. Dourgnon et de leurs collaborateurs datant de 2008, J. Maisondieu précise : « *Comme d'après les estimations des spécialistes la proportion de personnes en difficulté avec l'alcool demeure stable à environ 10 % dans la population adulte depuis le début des années 1990 alors même que la consommation globale continuait à diminuer, il devient clair qu'on ne peut pas faire de cette diminution un indicateur crédible d'un recul significatif de l'alcoolisme* »[130]. Il ajoute : « *Compte tenu de tout ce qui a été entrepris depuis tant d'années pour le combattre en privilégiant la carte de la sobriété,*

127Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit*., p. 26.
128Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit.*
129Barrucand, D. (1988). *Alcoologie*. Riom : Riom Laboratoires - CERM, p. 164.
130Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 14-15.

comment ne pas aboutir à la conclusion qu'il y a une erreur dans la façon de se représenter et donc d'appréhender ce phénomène complexe ».[131] Comment accompagner, alors, les personnes les plus en difficulté avec l'alcool ? J. Maisondieu tente de nous faire comprendre que le comportement amenant une personne à boire de l'alcool de façon excessive, voire à se rendre malade, relève d'une complexité qui ne peut être traitée uniquement par un modèle médico-socio-économique restrictif. Nous pousserions plus loin en qualifiant ce modèle, relatif à l'alcool et aux consommations excessives, de culpabilisant.

Il apparaît nécessaire de faire un lien avec les structures de soins en addictologie, visant bien souvent une abstinence, ou en tout cas ne permettant pas toujours d'autres modèles de vie. Ces structures peuvent en effet présenter des limites thérapeutiques. Au regard du nombre important de rechutes après ou pendant les parcours de soins et de tous les modèles théoriques comportementaux de l'addiction rappelant les cercles répétitifs qui la composent (consommation ; réflexion ; soin ; reconsommation ; réflexion ; soin, etc.), il nous semble qu'un nouveau regard doit être porté sur la manière dont les structures de soins (sevrages en milieu hospitalier, centres thérapeutiques résidentiels (CTR), communautés thérapeutiques (CT), services d'appartements thérapeutiques (SAT), soins ambulatoires, etc.) accompagnent les consommateurs les plus en difficulté. À la lumière de ces éléments, nous ne pouvons plus nous satisfaire, en tant que professionnel, de certains modèles théoriques et sociaux trop souvent fatalistes et cloisonnants. En tout cas, nous pouvons nous permettre d'en imaginer d'autres sans dénier les apports des précédents, peut-être en nous dirigeant vers plus de linéarité et en cessant d'accepter la fatalité des cercles vicieux.

À différents égards, l'ambiguïté de la loi du 31 décembre 1970[132] - préconisant, d'un côté, des mesures sanitaires d'accompagnement et de lutte contre la toxicomanie puis de l'autre, réprimant le trafic et l'usage illicite de substances vénéneuses et autres drogues en France – transparaît dans les structures d'accompagnement. C'est alors un hiatus lourd de conséquences qui débute entre le Ministère de la santé et le Ministère de la justice. En effet, cette loi, qui est un fondement incontournable dans notre système français, met en évidence une contradiction importante. Selon cette loi, le consommateur est à la fois une personne nécessitant des soins et à la fois une personne commettant un délit. Les structures de soins, bien qu'elles tentent souvent de s'inscrire à la marge du cadre légal, ne peuvent s'en défaire totalement. Cet aspect paradoxal se matérialise par le fait que dans les structures d'accompagnement les personnes venant pour des problèmes d'addiction sont régulièrement exclues pour les mêmes raisons qui les ont amenées dans ces dernières : c'est-à-dire la consommation de substances psychoactives. Le hiatus transparaît également ici.

131*Ibid,* p. 15.
132Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970.

Comment, alors, libérer la parole ? On le sait, le principal outil du travail éducatif, ou en tout cas le plus puissant, est bel et bien le travail sur la parole. Le cadre de l'accompagnement via le cadre légal peut donc restreindre la libération de la parole des personnes accompagnées et ralentir le processus thérapeutique et éducatif.

III.1.2. L'alcoolisme : un diagnostic en forme de couperet

L'addiction est-elle une maladie ? Bon nombre de cliniciens, d'ouvrages et d'auteurs soutiennent que oui. Il nous semble que ces derniers, à travers différentes démonstrations cliniques et scientifiques, cherchent avant tout à déculpabiliser les consommateurs de substances psychoactives, intention thérapeutique certes louable, mais qui peut néanmoins contribuer à les déresponsabiliser. C'est en effet une démarche qui présente une certaine logique et qui a un effet (partiel) réel sur la stigmatisation. Toutefois, il apparaît, en ce sens, que c'est une maladie bien particulière. Pour J. Maisondieu : « *Il faudrait s'en convaincre : l'alcoolisme, tel qu'on en parle aujourd'hui, n'est pas une maladie comme les autres. Il n'est plus seulement le résultat pathologique d'une consommation excessive d'alcool, il inclut de fait également plus ou moins les conduites de consommation excessive qui aboutissent à ce résultat pathologique. Et ce "plus ou moins" lui donne des contours flous. Ce qui est très préjudiciable à une saisie correcte de ce qu'il est réellement. Certes, l'alcool peut rendre malade (les preuves abondent !), mais il n'entre pas à son insu dans le corps d'un individu pour y provoquer des dégâts, comme le fait un virus ou une bactérie. Il s'y introduit avec sa participation active* »[133]. C'est en effet la personne elle-même qui participe à l'entretien de cette pathologie en dépit des conséquences nocives qu'elle connaît généralement par ailleurs très bien. L'idée de J. Maisondieu est de comprendre les enjeux des consommations excessives et de ce qu'il qualifie de mépris pour soi et les autres, si intense, qu'il amène à une mise en danger de soi mais aussi des autres.

Nous montrerons plus tard, notamment à l'aide des travaux de M. Legrand, que toute action se compose de volontaire et d'involontaire. Ainsi, l'idée qui consisterait à penser qu'un être humain serait totalement impuissant face à certains de ses actes nous paraît critiquable. La dimension du choix n'est pas totalement soluble dans la consommation. À ce propos, C. Niewiadomski reprend et précise certains propos de J. Maisondieu. Ce dernier présente la notion de maladie alcoolique comme possibilité d'une stigmatisation atténuée mais, selon C. Niewiadomski, elle aboutit

133Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 18.

malheureusement à nier l'alcoolique en tant que sujet singulier en lui retirant sa capacité d'autodétermination[134]. C'est pourquoi, le modèle de la maladie, dans le cas des conduites de dépendance, nous semble trop réducteur. D'ailleurs, dans l'accompagnement médico-social on dit souvent, à juste titre, lorsqu'une personne nous remercie pour ce que l'on a fait pour elle, que ce n'est pas nous, mais bien elle et elle seule qui pouvait faire ce travail. C'est définitivement une maladie bien étrange et la « guérison », ou la stabilisation, le sont tout autant. Entre responsabilité de la « guérison » et absence de responsabilité dans l'apparition et l'évolution de la maladie, il y a de quoi se perdre dans un paradoxe. J. Maisondieu, lui-même, se demande si l'alcoolodépendance n'est pas davantage un jugement plutôt qu'un diagnostic réel. Ce jugement nous semble en effet présent dans le regard social, dans le regard des professionnels et dans le nôtre par la même occasion. Le travail éducatif nécessite de prendre du recul vis-à-vis de ses propres représentations afin de ne pas les faire porter aux personnes accompagnées.

J. Maisondieu décrit assez précisément la complexité ou l'impasse dans laquelle se retrouvent les consommateurs excessifs et la manière dont le regard du professionnel, de l'entourage ou de la société peut venir appuyer cela, voire l'entretenir. Il explique : « *Toute sa vie il a fui la honte, et c'est elle qu'il retrouve au bout de sa course, accrochée à un diagnostic en forme de jugement. Il a toujours eu peur de se faire mal voir, il a bu pour se faire accepter et il devient la cible de regards malveillants ou moqueurs. Il est sûr que, s'il admet de reconnaître qu'il est un alcoolique, tout le monde lui tournera définitivement le dos. Dans cette conjoncture, il boit de plus belle non seulement parce que sa honte redouble (et c'est la seule chose qu'il sait faire pour la soulager), mais parce que s'arrêter équivaudrait à un aveu. Pire, il se sentira obligé de prouver qu'il n'est pas dépendant. Non content de le nier, il défiera quiconque de le démontrer, ce qui lui donnera des raisons supplémentaires de boire. C'est dire que la question de la dépendance est loin d'être simple* »[135].

Pour P. Fouquet, l'addiction est une pathologie de la liberté, pour J. Maisondieu, c'est une pathologie de la honte. Difficile alors d'accepter ce couperet qui s'abat sur le consommateur excessif, voire plus qu'excessif, par le biais de la figure du malade. À ce propos, J. Maisondieu souligne la dichotomie souvent présente entre les consommateurs et les soignants, matérialisée par l'idée que les premiers peuvent légitimement avoir l'envie de se définir comme des personnes « normales » alors que les seconds ressentent la nécessité de les définir comme des personnes malades, sous peine d'invalider leur travail. L'auteur illustre cette dichotomie : « *Lorsque l'alcoolique dit qu'il peut s'arrêter de*

134Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit.*, p. 97.
135Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 485

boire s'il le veut, qu'il suffit de le lui demander, il se pose en sujet normal, normalement constitué et normalement raisonnable. L'institution soignante, elle, a besoin que l'alcoolique soit défini comme un malade pour pouvoir s'occuper de lui. Là se nouent les malentendus »[136]. Ces malentendus peuvent facilement être source d'incompréhensions et parfois de conflits. Lorsqu'il s'agit de problèmes purement organiques, la compréhension s'établit assez naturellement. Par contre, lorsqu'il s'agit de la dépendance psychique, des malentendus apparaissent plus facilement. J. Maisondieu précise : « *L'institution alcoolique se raccroche à la notion de dépendance avec la même énergie que celle que l'alcoolique déploie pour défendre sa normalité* »[137]. C'est également le cas dans l'accompagnement des toxicomanies. Le « défi à la bouteille » ou à la substance psychoactive trouve alors toute la place pour émerger. En effet, selon l'auteur, le consommateur est mis au défi : il doit boire et prouver qu'il peut s'arrêter. Il chute et rechute jusqu'à ce qu'il accepte enfin de s'avouer vaincu et de reconnaître sa dépendance. J. Maisondieu précise que le consommateur : « *s'arrête effectivement de boire, mais il n'y a pas guérison, il y a conversion* »[138]. C'est la dimension du sacré qui est amené ironiquement avec la notion de conversion. Il écrit : « *Pour avoir la vie sauve, mort à l'alcool ! Alléluia ! Le vice a perdu, la vertu médicale a triomphé. Avec la foi du converti, le néophyte fraîchement baptisé à l'eau prêche l'abstinence et, éventuellement, rejoint un mouvement de buveurs guéris pour ramener à la raison les buveurs... "impénitents"* »[139]. Comme souvent, la dimension religieuse et celle du sacré nous semblent trop radicales. Elles libèrent pour mieux emprisonner de nouveau. Pour J. Maisondieu, ce dogme de l'abstinence est tout à fait intéressant, en tant qu'outil, dans le bénévolat. Toutefois, chez les professionnels, cet outil lui semble inacceptable. La non-consommation ne doit pas être l'objectif ultime car selon ses propos : « *ce n'est pas le premier verre qui entraîne la rechute, c'est la rechute qui entraîne le premier verre* »[140]. À certains égards, nous pourrions critiquer l'approche de l'auteur à l'aide de l'offre de soins actuelle (CAARUD, CSAPA, médecins traitants, etc.) qui se diversifie. En effet, il semble décrire des modèles parfois révolus ou issus du bénévolat tout en inscrivant largement sa perspective d'action dans ce qui se fait aujourd'hui au sein des Centres Thérapeutiques Résidentiels, anciennement postcures. De notre point de vue, il pose les bases d'une réflexion très saine mais n'aboutissant pas à une action en adéquation avec cette dernière. Il y a encore trop souvent des similitudes entre les modèles les plus anciens de l'accompagnement qu'il critique et ce qui se fait aujourd'hui au sein des CTR. Bien trop souvent encore, le dogme de l'abstinence et la non-prise en compte d'une certaine partie de la réalité vécue par les personnes consommatrices se fait ressentir dans les

136*Ibid,* p. 495.
137*Ibid,* p. 496.
138*Ibid,* p. 497.
139*Ibid,* p. 497.
140*Ibid,* p. 497.

accompagnements proposés en addictologie et notamment dans les structures de type résidentiel. C. Niewiadomski soutient d'ailleurs que le traitement le plus répandu : « *réside toujours dans l'injonction à l'abstinence totale et définitive de toute boisson alcoolisée* »[141]. Le piège de l'abstinence et de la valorisation trop forte de cette dernière réside dans l'image que le consommateur abstinent aura de lui-même le jour où il consommera de nouveau, s'il consomme de nouveau. Ce qui reste souvent le cas. Ayant placé toute sa volonté et tous ses efforts dans le maintien de l'abstinence, la rechute apparaît comme potentiellement désastreuse.

Selon nous, il serait intéressant de détricoter les propositions de soins dans leurs fondements. Notre propos ne cherche pas à tout prix à donner tort ou à prouver qu'une approche est préférable à une autre. Il vise à déconstruire certains fonctionnements relatifs à l'accompagnement des conduites addictives, qui méritent, comme tous les fonctionnements éducatifs et institutionnels, une remise en question régulière. Cette dernière doit par ailleurs s'attacher à réfléchir les modèles et fondements théoriques de l'accompagnement plutôt qu'à évaluer les professionnels dans leur efficience au travail ou dans leur éthique éducative. Notre réflexion propose, non pas un jugement des acteurs qui s'investissent souvent par-delà leurs fonctions en démontrant une bienveillance à toute épreuve, mais une ouverture sur les questions de sens.

Nous optons pour une piste d'accompagnement venant tempérer ces relations ambiguës entre le consommateur et le produit, mais aussi entre le consommateur et les autres : ne plus dramatiser les comportements de dépendance, ne plus stigmatiser, ne plus enfermer. Ce qui ne veut pas dire rendre banal, mais plutôt rendre explicite, susceptible d'être mis en mots de manière fluide. Pour les professionnels, cette approche nécessite donc de ne pas venir juger ou sanctionner les consommations, même quand elles ont lieu au sein des structures. À ce propos, J. Maisondieu explicite son idée de l'accompagnement : « *Tout le travail du thérapeute, et dire qu'il est difficile est une litote, consiste à créer, par une neutralité vraiment authentique, un contexte tellement sécurisant que l'aveu de dépendance n'en soit plus un, qu'il devienne un simple constat sans connotation péjorative particulière. Cet expert en respect humain qu'est l'alcoolique n'est pas près de croire qu'il peut, sans le moindre risque de jugement, énoncer sa dépendance avec la tranquille assurance d'un malade qui déclare sans arrière-pensée qu'il a de la fièvre ou mal au ventre. Il ne suffit pas pour le praticien d'imaginer et de dire qu'il n'a aucun a priori concernant les alcooliques, parce que ce n'est pas vrai (il a les a priori de tout le monde et que les alcooliques eux-mêmes partagent). Il lui faut aller beaucoup plus loin. Non seulement suspendre son propre jugement par un travail personnel sur son propre contre-transfert, mais en plus amener le buveur à cesser de se*

141Niewiadomski, C. (2014). Maladie alcoolique et expérience biographique. *Le sujet dans la cité*, *5(2)*, 50-62, p. 51.

considérer comme un moins que rien, toujours en butte au mépris des autres »[142].

On ne consomme pas pour faire mal aux autres, on consomme avant tout pour soi-même. L'acte ne devrait donc pas générer autant de stigmates et de jugements. Comment croire à la neutralité bienveillante d'un professionnel quand le consommateur n'a eu de cesse d'entendre, dans son parcours de vie, que son comportement n'était pas bien, pas normal ou pas digne d'un être humain respectable ? Comment penser qu'il est digne de l'être quand on le ramène sans cesse à un processus pathologique alors même qu'il consomme de son propre chef ? De plus, il ne faut pas nous attendre à voir tous les consommateurs aller à contre-courant des discours des professionnels, puisqu'ils ont largement intériorisé l'idée que leurs comportements représentaient un non-sens et une faiblesse. Ce sont leurs actes qui parlent pour eux. En effet, bien souvent, pour ne pas dire presque tout le temps, les personnes accompagnées reconsomment dans le cadre de leur démarche de soins, et même après.

Ainsi, le professionnel doit d'abord déconstruire sa posture éducative avant de demander aux personnes qu'il accompagne si elles voudraient voir l'accompagnement en addictologie évoluer. L'initiative de certains consommateurs que l'on a pu observer dans le cadre de l'apparition de la RdRD dans les années 1990 semble plus délicate à réitérer dans le cadre d'une démarche de soins classique. Les représentations sociales de ce que devrait être le soin ou l'approche médicale sont bien installées et influencent significativement les personnes : il y a soin si on ne consomme plus, il y a soin s'il y a un malade, il y a un malade quand la responsabilité et la liberté se dissipent. C'est ici que le couperet s'abat. C'est pourquoi considérer les consommateurs (d'alcool ou d'autres produits) comme des malades revient, selon nous, à ne pas saisir l'entièreté des enjeux qui les traversent, à réduire leur singularité par la figure du malade comme les autres et ainsi à affaiblir la possibilité d'un processus émancipatoire si vital aux êtres humains. À ce titre, le terme « rétablissement », de l'anglais « recovery », apparaît de plus en plus dans la littérature scientifique contemporaine. Il marque une différence fondamentale de posture. L'objectif n'est donc plus uniquement de soigner une maladie ou de la stabiliser (voire même d'en guérir) mais plutôt d'accompagner, dans toutes les dimensions nécessaires de sa vie, de son histoire et de son parcours, une personne qui souffre vers un mieux-être (quel qu'il soit). Cette perspective rejoint le distinction proposée par G. Canguilhem entre le normal et le pathologique. La maladie est une perception personnelle sur sa propre vie. Cette perception reste néanmoins influencée par l'environnement. La réduction d'un individu à son statut de malade et donc à une norme unique peut contribuer à l'enfermer dans un fonctionnement pathologique. Ainsi, pour G. Canguilhem, l'enjeu se situe davantage dans la perspective d'un retour à un état normal antérieur. La consommation devient ici secondaire. Il ne s'agit plus de savoir si oui

142Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 489-490.

ou non la personne consomme encore, puisqu'elle consommait avant la dépendance, mais de savoir dans quelle mesure elle se saisit de sa normativité, dans quelle mesure elle reconstruit et transforme son milieu de vie selon ses propres catégories.

C. Niewiadomski identifie cinq ensembles de problèmes liés à l'utilisation du terme « maladie » (alcoolique). Nous en retiendrons ici trois que nous allons tenter de résumer (les deux autres font référence aux problèmes notamment identitaires que soulèvent le concept de maladie et qui enferment parfois les personnes dans leurs conduites addictives ainsi que dans les contextes qui s'y réfèrent, nous y reviendrons) :

1° Le concept de maladie associé à la dépendance occulte la perspective anthropologique des conduites de dépendance, laquelle suggère qu'elles sont universelles et pas nécessairement pathologiques. C'est ce que démontre également A. Memmi[143]. Nous y reviendrons dans une prochaine partie.

2° L'explication biomédicale des troubles ne favorise pas toujours le travail sur le sens singulier du rapport du sujet à son (ou ses) produit de consommation. Notre enquête portera notamment sur cette dimension essentielle.

3° L'intentionnalité du sujet se trouve peu sollicitée, ce qui dénie sa responsabilité. Pourtant, s'il n'est pas coupable, il est en partie responsable. C'est d'ailleurs cette responsabilité qui lui permettra de se projeter en tant que sujet dans une nouvelle trajectoire existentielle[144]. En ce sens, comme nous l'avons déjà évoqué, attribuer la réussite d'une démarche de soins aux efforts fournis par la personne accompagnée alors même qu'on la juge incapable de se maîtriser (car malade) est un non-sens.

À ce propos, J. Maisondieu soutient que : « *l'inacceptable d'une conduite volontaire manifestement inappropriée oblige les soignants à innocenter les buveurs en les créditant d'une dépendance qui en fait des malades irresponsables de ce qui leur arrive et qu'ils subissent plus qu'ils ne le cherchent* »[145]. Cette idée, proche de la définition de P. Fouquet, dénie l'espace de liberté des consommateurs mais également leur pouvoir d'agir.

D'une certaine manière, les professionnels alimentent parfois la dimension aliénante des situations par un discours biomédical déresponsabilisant. Ils poussent alors, sans le vouloir, les consommateurs à se tourner une nouvelle fois vers l'objet de dépendance. En effet, l'objectif pour le consommateur devient alors de (se) prouver qu'il n'est pas totalement aliéné à ses consommations. Face au couperet du diagnostic, c'est son dernier espace de liberté. Selon J. Maisondieu, il vient

143Memmi, A. (1979). *La Dépendance. Esquisse pour un portrait du dépendant.* Paris : Gallimard.
144Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 110-111.
145Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 516-517.

ainsi défier l'institution et les personnes qui l'accompagnent. Malheureusement, ce comportement ne fera que confirmer le diagnostic de départ des professionnels. Pourtant, même si le consommateur excessif peut être aliéné dans une certaine mesure à ses consommations, il ne le sera jamais totalement ou tout le temps. J. Maisondieu précise : « *Pas plus que le "je bois comme tout le monde", le "je peux m'arrêter quand je veux" n'est un mensonge. […] Il est possible qu'il se leurre en se croyant indépendant, mais il n'est pas exclu qu'il ait raison* »[146]. L'auteur fait le choix de la déculpabilisation plutôt que de la déresponsabilisation des personnes accompagnées. La nécessité est de s'extraire de la honte et du défi qui constituent le terreau fertile de l'aliénation et de la chronicité d'une dépendance handicapante. Si le regard social stigmatisant peut parfois mener à l'abstinence, il n'en reste pas moins critiquable d'un point de vue éthique et surtout très fragile d'un point de vue clinique.

Peut-être pouvons-nous nous tourner vers un objectif d'abstinence (si tel est l'objectif) éthiquement et philosophiquement plus proche de la réalité vécue par les personnes, centré sur les enjeux qui les traversent et moins sur le jugement social et les normes aliénantes de nos pays occidentaux. Une abstinence plus proche du plaisir de l'hédonisme ascétique – pour reprendre l'idée du philosophe M. Onfray décrivant le mode de vie d'Épicure ainsi que sa philosophie[147] – que d'une privation de liberté ou d'une obligation purement sociale rejetant une certaine part d'humanité. Une abstinence déconstruite, réfléchie, reconstruite dans l'expérience et plus proche d'un choix réellement personnel, éprouvé et conscientisé. Abstinence ne signifie pas indifférence au produit mais peut-être qu'aujourd'hui, c'est cet objectif d'indifférence, presque utopique, vers lequel nous devrions chercher à tendre.

III.1.3. L'exemple des « Alcooliques Anonymes »

Pour mieux saisir certains aspects de l'alcoolisme et la manière dont les représentations peuvent se construire il nous semble intéressant d'analyser le fonctionnement des groupes « Alcooliques Anonymes » et de l'association « AA »[148]. À ce propos, G. Bateson porte son regard sur cette association à l'aide d'une grille de lecture spécifique, celle de la cybernétique et de la théorie des systèmes. À savoir que tout système et toute mécanique comportant des événements et objets liés entre eux sont dotés de caractéristiques mentales. Selon lui l'esprit est immanent, il se trouve partout

146*Ibid,* p. 519.
147Onfray, M. (2006). *Les sagesses antiques. Contre-histoire de la philosophie.* Paris : Grasset & Fasquelle, p. 210.
148Alcooliques Anonymes.

et non uniquement dans le « soi ». Tout est relié et interdépendant, mais il ne peut y avoir un contrôle total d'une partie du système sur l'ensemble. Dans sa théorie, il associe l'homme et son environnement dans un ensemble entendu comme totalité.

G. Bateson rappelle les deux premières étapes des « AA » : « *1. Nous reconnaissons que nous sommes sans défense devant l'alcool et que nous ne pouvons plus gouverner nos vies. 2. Nous croyons que seul un Pouvoir plus grand que le nôtre peut nous rendre la santé* »[149]. En d'autres termes, tout se passe comme si le fait de s'en remettre à une puissance extérieure et supérieure permettrait de se retrouver soi-même et de tendre vers un possible gain de « liberté ».
Dans un contexte où les situations vécues par les personnes dépendantes deviennent inextricablement imprégnées d'effets paradoxaux liés aux consommations et à leurs effets, l'abandon partiel de soi permettrait de renouer avec le bien-être. L'association « AA » marque alors une véritable rupture avec le principe de volonté classiquement convoqué par l'entourage des personnes dépendantes. Les alcooliques seraient impuissants face à l'alcool. Cette perspective se retrouve en partie dans le concept de « volonté involontaire » développée par M. Legrand que nous définirons dans une partie consacrée à la liberté. Toute volonté contient de l'involontaire, du non-maîtrisable. À ce sujet, G. Bateson conclut : « *En somme, je dirai que la sobriété de l'alcoolique est caractérisée par une variante tout particulièrement catastrophique du dualisme cartésien : la division entre Esprit et Matière ou, en l'occurrence, entre volonté consciente ou "soi" (self) et le reste de la personnalité. Le coup de génie de Bill W.*[150] *fut de démolir la structuration de ce dualisme* »[151]. Selon G. Bateson, c'est ici un changement radical d'épistémologie, qu'il juge plus correcte. Esprit et Matière peuvent se confondre et échapper à notre contrôle. Autrement dit, c'est un changement d'interprétation du vécu mais aussi des prémisses qui en sont à l'origine. Comme l'explique M. Legrand, il est fondamental de prendre en compte les déterminismes, conscients et inconscients, qui nous traversent.

La cybernétique, développée par G. Bateson, montre qu'un système contient deux pôles, celui de l'activité et celui de la non-activité, ou plutôt de la « quiescence »[152]. De plus, que ce soit dans l'un ou l'autre cas, des informations essentielles circulent. G. Bateson montre que dans le système de la personne dépendante, ivresse et sobriété coexistent et représentent respectivement cette polarisation. Cela signifie que l'une ne va pas sans l'autre. Un système est une totalité. Ce qui voudrait dire que la

149Bateson, G. (1995 [1977]). *Vers une écologie de l'esprit, tome 1*. Paris : Seuil, p. 269. (Alcoholics Anonymous. (1938). New York : Works Publishing).
150Bill Wilson est l'un des fondateurs des « Alcooliques Anonymes » et lui-même alcoolodépendant.
151*Ibid,* p. 269-270.
152*Ibid*, p. 276.

sobriété ne peut exister sans l'ivresse. La complexité des conduites addictives se pose clairement ici à travers cette démonstration qui a l'allure d'un paradoxe. Toutefois, c'est peut-être notre accompagnement qui rend ces conduites paradoxales et non pas la situation en elle-même.

À partir du moment où je décide de me battre contre la bouteille, suis-je réellement en mesure de le faire ? La théorie des systèmes suppose que non puisque sobriété et ivresse coexistent. Le cadre contextuel restera le même et la personne alcoolique sera en réalité en défi permanent avec la bouteille. Elle cherchera donc à vérifier si effectivement elle est plus forte que la bouteille, ce qui l'amènera à consommer de nouveau. G. Bateson nomme cela la « fierté de l'alcoolique ». Selon lui, cette approche est erronée et conduit à l'échec. Il compare cela à une « bataille » qui serait suivi d'une période de « paix » et ainsi de suite. Autrement dit, la personne dépendante pense avoir acquis une certaine maîtrise d'elle-même lui permettant alors de s'autoriser une ou plusieurs nouvelles consommations.

D'autre part, ces comportements de défi peuvent sous-tendre l'idée selon laquelle les personnes en démarche de soins ne seraient pas tout à fait convaincues par leur choix d'abstinence, ou en tout cas qu'elles ne l'auraient pas intériorisé totalement. L'expérience de l'abstinence devient alors vaine. Néanmoins, il semble que pour intégrer une démarche de soins il est encore compliqué de faire un autre choix que celui de l'abstinence. C'est ici que l'accompagnement peut alimenter ce défi paradoxal. À ce sujet, nous l'avons déjà évoqué, J. Maisondieu décrit également le paradoxe du « défi à la bouteille » que l'on pourrait appeler, de manière plus générique, « défi au produit ou à la substance psychoactive ». Il le caractérise ainsi : « *Non content de ne pas vouloir dire sa dépendance et de tout faire pour saboter les efforts du thérapeute qui voudrait le voir reconnaître ce fait, l'alcoolique se croit obligé d'en rajouter. Il veut démontrer qu'il peut s'arrêter de boire, et pour cela il boit* »[153]. Les expériences de reconsommations font partie du processus de soins, c'est une réalité. Toutefois, doit-on réellement s'en satisfaire et ne pas y regarder de plus près ? Ces expériences ont un sens plus profond que nous devons saisir. Dans la perspective des deux auteurs, le consommateur d'alcool s'inscrit donc dans un combat, une lutte acharnée qui est perdue d'avance pour prouver aux autres et à lui-même qu'il n'est pas dépendant et qu'il est donc : indépendant. C'est pourquoi, lorsque le diagnostic tombe et qu'il est « étiqueté » alcoolique, il voit clairement apparaître une lecture et une version différente de son existence. Une version qui le renvoie à sa faiblesse face à l'alcool et à laquelle il ne veut pas nécessairement se soumettre. Faiblesse qui le renvoie potentiellement à l'idée qu'il est aussi moins fort que les autres membres de la société qui sont alors susceptibles de poser un regard stigmatisant sur lui. J. Maisondieu explicite : « *Être considéré comme un alcoolique, c'est donc être condamné à rejoindre un monde de pauvres types à*

153Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 490.

moitié malades, mous et peu estimables »[154]. Selon l'auteur, le problème atteint son paroxysme au moment de poser le diagnostic, certains diront que c'est une étape nécessaire pour faire le « deuil » du produit. Nous garderons une réserve à ce sujet. En effet, il nous semble que le principe d'acceptation n'est pas forcément essentiel, ni préconisé. Tout dépend du paradigme dans lequel on situe son action éducative ou médico-sociale. L'auteur précise : « *Quand on a un besoin vital de l'estime des autres et que pendant une bonne partie de son existence on a lutté pour éviter l'opprobre, l'idée de recevoir cette étiquette infamante est insupportable* »[155]. D'après J. Maisondieu, ce diagnostic, et notamment celui de la dépendance, alimente les consommations excessives. En effet, après le diagnostic, et d'autant plus s'il est justifié, le buveur ou le consommateur ne peut plus se contenter de dire qu'il peut s'arrêter quand il le veut, il doit le prouver. Prouver que le diagnostic est faux et qu'il est toujours libre de ses actions. J. Maisondieu ajoute : « *Ne pas boire du tout ne prouvant rien, prouver qu'on n'est pas dépendant implique de boire pour (se) montrer qu'on peut s'arrêter, car il faut qu'il y ait un commencement pour qu'il y ait une fin* »[156]. Ce défi quasi permanent dans lequel nous plongeons, la société ou les professionnels, les consommateurs excessifs d'alcool ou d'autres substances peut largement entretenir les cercles vicieux des consommations et venir les renforcer. Entre parenthèses, nous notons que la consommation modérée d'alcool n'entraîne généralement aucune étiquette pendant que la consommation modérée d'héroïne, pour ne parler que de ce produit, fait l'objet d'une catégorisation plus brutale amenant l'étiquette de toxicomane et/ou de dépendant presque immédiatement. C'est dire à quel point le défi engendré par cette étiquette est encore plus présent et intense chez les consommateurs d'héroïne.

Dans cette perspective, la maîtrise de soi est souvent imposée par l'entourage, nous dit G. Bateson, ce qui ramène encore au défi mais aussi à une forme de volition, largement remise en cause par M. Legrand. Tout n'est pas volonté. G. Bateson et l'école de Palo Alto, dont il est l'un des instigateurs, parlent d'ailleurs de structure en « double bind » des communications, ou d'« injonctions contradictoires » de la part de l'entourage. Ces injonctions contradictoires aboutissent parfois à des effets délétères qui sont difficiles à gérer, notamment dans le cas de personnes dépendantes déjà en délicatesse avec leurs propres contradictions. Ainsi pouvons-nous entendre : « maîtrise-toi », « arrête de consommer », alors même que les définitions de la dépendance et notamment du manque montrent que la consommation ne peut être pleinement contrôlable. Nous notons cependant que G. Bateson met de côté l'approche qui se déploie par le biais de la RdRD promouvant une possible gestion de son expérience. Plutôt que d'imposer un fonctionnement, mettons le curseur sur

154*Ibid,* p. 491.
155*Ibid,* p. 491-492.
156*Ibid,* p. 492.

l'expérience vécue en s'adaptant à celle-ci : « Tu ne peux ou ne veux pas arrêter de consommer, tu as le souhait de simplement modifier ta manière de vivre au quotidien mais tu ne sais pas comment faire pour te sentir mieux et moins enfermé ? Essayons de trouver un équilibre. Essayons de trouver ton seuil de confort ».

Pour G. Bateson, se mettre à nouveau à l'épreuve, et ce de manière répétée, permet surtout de se rendre compte que la gestion est impossible, ce qui rend alors le changement envisageable. Il utilise, à ce propos, l'expression « toucher le fond » pour mettre en lumière cette idée. C'est une approche spécifique de l'apprentissage qui, selon lui, est inhérente à l'être humain. D'après l'association « AA », la personne alcoolique doit se rendre compte que le système dont elle fait partie est défaillant. C'est bien l'expérience spirituelle qui réunira esprit et corps, lesquels sont en conflit dans le cas des conduites addictives. L'esprit souhaitant la consommation et le corps arrivant à ses limites. C'est ici une double contrainte (double bind). On voit alors clairement apparaître les contradictions et paradoxes qui scandent le parcours des personnes dépendantes et qui rendent le travail des professionnels particulièrement complexe. Entre parenthèses, nous notons que le concept de « contrecorps » de la toxicomanie, développé par D. Le Breton, dépeint le corps comme dernier recours d'appartenance à soi-même, comme dernier rempart face à une réalité sociale invivable. Un « contrecorps », par ailleurs inscrit dans un « contremonde »[157], qui vient bousculer l'approche proposée par G. Bateson et les « AA ». Nous y reviendrons par la suite.

G. Bateson décrit également différentes relations à l'alcool et en définit deux types :

« *Si, dans une relation binaire, A et B considèrent que leurs comportements sont similaires et liés de telle sorte qu'un renforcement du comportement de A stimule un renforcement du comportement de B et vice versa, alors la relation est "symétrique".*

Si, par contre, les comportements de A et B sont dissemblables, mais s'accordent mutuellement (comme, par exemple, voyeurisme et exhibitionnisme), et que leur rapport est tel qu'un renforcement du comportement de A stimule un renforcement du comportement "accordé" de B, la relation est alors "complémentaire" »[158].

La théorie des systèmes et la théologie des « AA » se positionnent en faveur d'une relation complémentaire pour se dégager du défi constant de la relation symétrique. Pour l'association « AA », il s'agit donc de s'abandonner à une force plus grande et d'accepter son impuissance face à l'alcool. Tout se passe comme si on cédait une part de sa liberté dans le but d'en retrouver une autre ou plutôt de recouvrer une partie de soi-même, profondément enfouie. Cette approche offre une

157Le Breton, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie. *Le sociographe, 39,* 55-64, p. 61.
158Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*, p. 281.

perspective intéressante mais critiquable. En effet, d'après l'auteur, la complémentarité peut se situer à la limite de la dépendance voire de la sujétion. Ce cheminement paraît alors questionnant si l'on considère la définition de la sujétion proposée par A. Memmi[159]. La sujétion exclurait le choix et le consentement. On pourrait alors suggérer que sans choix, point de réelle liberté. Par ailleurs, sortir d'une dépendance pour en accepter une nouvelle paraît également questionnant.

En outre, la théologie des « AA » et la cybernétique se rejoignent clairement sur la question du pouvoir supérieur, que la cybernétique nomme « système » ou plus précisément « système plus vaste ». Dans le cadre d'une recherche scientifique, la question religieuse apparaît comme relativement subversive. Toutefois, lorsque ce pouvoir se réfère à ce qui nous entoure, c'est-à-dire l'environnement naturel et le système global dans lequel chacun est plongé, nous nous y retrouvons davantage. Il s'agit donc d'accepter l'interdépendance qui sous-tend chaque système. D'une certaine manière, on ne peut pas lutter contre l'environnement naturel. Il faut savoir « rendre les armes » comme l'explique la théologie des « AA ». Il faut donc accepter cette complémentarité et surtout le fait de faire partie d'un ensemble. Toutefois, le parallèle est-il réellement justifiable pour ce qui est de la consommation de produits psychoactifs ? Cela reste encore à prouver. En tout cas, selon la cybernétique, un élément du système ne peut pas, quoiqu'il arrive, exercer un contrôle total sur un autre. Cela rend, à notre sens, les relations entre les éléments plus saines et offre des perspectives encourageantes d'action en addictologie.

La relation symétrique que l'on retrouve dans la « fierté de l'alcoolique » rend compte des limites de ce type de relations. En revanche, cela ne veut pas dire qu'elles soient totalement inintéressantes. En effet, même si une compétition s'installe, on peut considérer que l'égalité entre deux parties est plus importante dans une relation symétrique que dans une relation complémentaire. D'un autre côté, on ne peut objectivement pas être en compétition avec la nature, bien que certains aspects du modèle économique occidental moderne cherchent à prouver le contraire. Pourtant, à plusieurs égards, cet abandon de soi et cette relation frôlant la sujétion dans la complémentarité peuvent être critiqués dans le cas de l'accompagnement de personnes présentant des conduites addictives. Effectivement, cette approche peut entrer en contradiction avec une posture éducative centrée sur la personne.

Même si elles donnent toutes deux des éléments d'analyse intéressants, aucune de ces deux relations ne nous semble totalement applicable professionnellement. Peut-être que la relation à construire ou à déconstruire avec une substance psychoactive se situe davantage à la jonction de ces deux types de relations. La symétrie et la complémentarité peuvent aussi aller de pair. G. Bateson tranche : « *La variable à maximiser est une complémentarité dont la nature relève plutôt du "service" que de*

159Memmi, A. (1979). *La Dépendance, op. cit.*

la domination »[160]. Dans cette perspective, l'association « AA » peut représenter un outil d'auto-support intéressant parmi d'autres. Un outil qu'il faut appréhender avec précaution pour mieux l'intégrer à l'accompagnement professionnel.

En résumé, G. Bateson mais aussi J. Maisondieu montrent l'intérêt que peut représenter le fait de capituler pour mettre fin au défi. D'ailleurs, beaucoup d'observations cliniques révèlent l'impact positif de cette approche soutenue par l'association « AA ». Les personnes arrêtent souvent de consommer quand elles admettent qu'elles ne peuvent pas s'arrêter. Cependant, la phase d'abstinence s'avère fréquemment éphémère ou en tout cas toujours en tension identitaire avec le produit. Le défi a alors toute la place pour revenir au galop. De notre point de vue, nous pourrions adopter une toute autre perspective qui aurait pour objectif de pacifier et de détendre la relation avec le produit, de la rendre moins sulfureuse et subversive, de ne plus la décrire comme uniquement nocive et donc de dépassionner le sujet des addictions. Autrement dit, rompre avec le défi sans pour autant se soumettre ou capituler, se diriger vers l'écriture d'un traité de paix ou même parfois « d'alliance ». Cette approche constituerait une alternative qui abîmerait moins l'image que le consommateur a de lui-même tout en rompant avec le défi. C'est ici que la réduction des risques et notamment la gestion des consommations peuvent intervenir en tant qu'approches éducatives. Par un accompagnement plus précoce, elles évitent d'attendre que l'individu « touche le fond ». Elles évitent de l'enfermer dans le cycle du défi. À ce propos, nous avons déjà observé des cliniciens qui proposaient aux usagers de revenir les voir une fois qu'ils auraient fait le tour de la question, autrement dit une fois qu'ils auraient atteint le « fond du trou ».
La gestion des consommations doit cependant faire l'objet d'une réflexion approfondie et nécessite la mise en place d'un cadre d'accompagnement spécifique qui ne peut se satisfaire de demi-mesures et sur lequel nous reviendrons par la suite.

III.1.4. Mise en perspective critique

Ce travail de recherche vise une déconstruction des paradigmes éducatifs de l'addictologie dans le but de mieux cerner les enjeux les plus sensibles pour les rendre explicites et permettre, peut-être, de dénouer certaines situations d'accompagnement.

À ce titre, J. Maisondieu note un échec de la lutte contre l'alcoolisme au regard des objectifs escomptés et des nombreuses mesures entreprises politiquement, économiquement et socialement

160Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*, p. 295.

mais aussi théoriquement dans les élaborations de l'accompagnement. Selon lui, le sens de l'alcoolisme ainsi que la compréhension de l'apparition des conduites de dépendance liées à l'alcool ont longtemps été éludés. Cette élusion entraînerait une dualité conflictuelle entre consommateurs et professionnels. J. Maisondieu précise que les alcooliques : « *n'acceptent pas d'être vus comme les esclaves de leur produit et revendiquent leur maîtrise de sa consommation. Et c'est dans la mesure où les alcoologues récusent d'emblée ces affirmations que le combat contre l'alcoolisme n'obtient pas les résultats escomptés car les alcooliques n'admettent pas cette fin de non-recevoir opposée à leur point de vue* »[161]. Pour compléter, nous dirions que certains acceptent pleinement leur « statut » de dépendant à travers l'idée d'une volonté déboussolée, d'une liberté déréglée par les consommations alors que certains préfèrent ne pas se poser la question pour le moment ou encore préfèrent se tourner vers une approche alternative et n'auront pas la nécessité de se définir comme dépendants.

Néanmoins, il nous semble que cette idée d'acceptation de la dépendance, parfois forcée, sous couvert d'une bienveillance sincère, reste trop répandue dans l'accompagnement des conduites addictives. Comment accepter que l'on soit esclave ou aliéné alors que c'est possiblement un besoin de liberté qui a poussé à la consommation ? Comment accepter de perdre une part de son humanité et sa liberté de faire des choix ? Comment accepter que l'on ne puisse pas s'en sortir ? Puisque, d'un point de vue théorique, si dépendance il y a, cela veut dire que je ne peux pas m'empêcher de consommer. La partie est donc terminée... La définition de P. Fouquet en constitue un noyau central. Un noyau qui a un impact sur la vision que les consommateurs ont d'eux-mêmes, de leurs parcours et donc sur la manière, pour eux, d'appréhender le soin et les professionnels. Cette perspective d'acceptation est présente dans d'autres domaines du médico-social, le handicap par exemple. Comment faire accepter l'inacceptable ou l'injustice ? Et surtout pourquoi chercher absolument l'acceptation ? Quelles logiques théoriques justifient cela ? Certainement de nombreuses visant, par exemple, une adéquation avec la réalité sociale pour une action plus pertinente. Toutefois, d'autres approches peuvent, nous semble-t-il, se montrer tout aussi pertinentes dans le champ médico-social et notamment de l'addictologie, comme par exemple essayer de dépassionner le rapport aux consommations, de le rendre plus apaisé sans pour autant renoncer à sa liberté. C'est pourquoi nous sommes en décalage avec le concept de maladie dans le cas des conduites addictives. Selon J. Maisondieu, qui cible les médecins alcoologues, il y a trop souvent une réduction de l'acte de consommation excessif à un symptôme d'un processus pathologique. Il ajoute : « *Aussitôt elle* (la

161Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 26.

consommation) *cesse d'être le résultat d'un choix personnel, c'est-à-dire la manifestation d'une volition, ce qu'elle est pourtant et ce qu'elle demeure toujours quoi qu'ils* (les médecins) *en disent, même chez des patients présentant une authentique dépendance au produit, comme c'est souvent le cas si on en croit les statistiques* »[162]. J. Maisondieu rappelle également que les effets de l'alcool sur le cerveau, permettant d'être « autre que soi », sont indéniablement recherchés par les consommateurs. Selon lui, les personnes alcooliques : « *essayent inlassablement de le leur démontrer* (évoquant ici les alcoologues) *en répétant encore et encore qu'ils maîtrisent leur consommation. Mais jusqu'à présent c'est peine perdue. Personne ne les croit puisqu'ils sont alcooliques et que, tous les alcoologues vous le diront, c'est un signe d'alcoolisme que d'affirmer maîtriser sa consommation d'alcool contre toute évidence !* »[163]. Cette dualité pourrait corrompre la relation d'accompagnement et amener certaines personnes à renoncer à leurs soins plutôt que d'accepter de rendre les armes, comme le préconise l'association « Alcooliques Anonymes », et de céder aux thérapeutes leur qualité de sujet apte à faire des choix.

De plus, comme le rappelle J. Maisondieu, il est parfois difficile pour les consommateurs de substances psychoactives de s'exprimer librement. Tout d'abord, parce que les phénomènes qui les traversent, comme tout un chacun, ne sont pas toujours totalement conscientisés. Ensuite, parce qu'ils peuvent ne pas se sentir autorisés à exprimer leurs opinions ou encore parce qu'ils ont peur de ne pas être pris au sérieux. Enfin, parce que le sujet des addictions et des toxicomanies est particulièrement épineux. C'est pourquoi le rôle des professionnels est aussi de permettre cette liberté de parole même quand cette dernière va à l'encontre des paradigmes sanitaires et sociaux préexistants. Si la possibilité d'un discours différent n'est pas rendue possible, il ne verra jamais ou peu le jour. C'est tout le paradoxe d'une façon de penser et de vivre qui est alternative. Elle existe mais on ne l'entend pas assez. Comment être certain, alors, qu'elle existe ? Ce sont les actes et les situations concrètes qui la rendent régulièrement visible. C'est par exemple le cas dans les conduites addictives qui peuvent avoir pour objectif initial un mieux-être ou une forme d'émancipation. Le sens singulier de l'usage doit, dès lors, être interrogé.

Aussi, nous pensons que les consommateurs peuvent facilement être séduits par certains idéaux ou au contraire s'inscrire dans une marginalité excessive. Ils trouvent refuge où ils le peuvent, faute de pouvoir exprimer et mettre en action librement leurs envies, souhaits, projets, etc. Or, un acte ou un choix (qui n'en est pas un finalement) qui n'est pas librement conscientisé sera plus facilement susceptible de perdre de son intensité et de sa valeur. Ce peut être le cas de l'abstinence par

162*Ibid*, p. 27.
163*Ibid*, p. 29.

exemple, qui nous semble parfois être un choix par défaut ou ayant pour but de coller aux injonctions de la sphère socio-sanitaire ou pire encore, de coller aux attentes supposées et/ou réelles des professionnels.

III.2. Toxicomanie et addictologie

Nous nous proposons, dorénavant, d'aborder la dimension de la toxicomanie et de son illégalité. Après avoir exprimé certains effets paradoxaux du cadre légal proposé en France, aussi bien du point de vue de la consommation que de l'accompagnement, nous tenterons de donner un aperçu synthétique de l'univers de la toxicomanie dans l'objectif d'une démystification.

III.2.1. Un cadre légal paradoxal

Dans cette partie, nous souhaitons porter notre regard sur les lois et réglementations entourant le champ des addictions et des produits psychoactifs illicites[164]. Si la dépendance à l'alcool est empreinte de complexité, la dépendance à une ou plusieurs substances considérées comme illicites place la toxicomanie à un degré supérieur de complexité. En effet, le cadre paradoxal que pose la loi rend les accompagnements contradictoires et tend à culpabiliser encore davantage les usagers. Entre l'interdit posé par loi et la reconnaissance d'une nécessité thérapeutique, les usagers sont à la fois « délinquants » et « malades ». Il est par exemple délicat de travailler des accompagnements, hors logique abstinentielle, avec des substances considérées comme illicites. En outre, malgré les évolutions de la loi et du cadre d'application de la RdR, l'interdit posé par la loi rend le sujet des addictions toujours plus brûlant et contribue à mystifier et mythifier la consommation de substances psychoactives illicites ainsi que les usagers qui s'y adonnent, devenant alors des « toxicomanes repoussants et indignes de nos sociétés conventionnelles ».

Pour J.-M. Guffens, la toxicomanie recouvre : *« l'addiction à une ou plusieurs substances illégales »*[165]. Lorsqu'il y a addiction à plusieurs substances on peut ainsi parler de polytoxicomanie. C'est d'ailleurs un modèle de consommation que l'on retrouve souvent aujourd'hui contrairement à

164Pour nous aider dans la construction de cette partie nous nous référons principalement au site du gouvernement français https://www.legifrance.gouv.fr/ dans lequel l'ensemble des lois et décrets évoqués peuvent être retrouvés.

165Guffens, J.-M. (2003). *Cent questions sur les drogues, la toxicomanie et les hépatites virales associées.* Paris : Frison-Roche, p. 24.

plusieurs années en arrière où le cloisonnement était plus prégnant, certains produits étaient réservés à certaines catégories de personnes. L'héroïne pour les plus marginalisés (les Afro-Américains aux États-Unis par exemple) et la cocaïne pour l'« élite » (le milieu du show-business par exemple). De nos jours, tous les produits se sont « démocratisés » et notamment dans le secteur lillois qui adapte ses quantités et ses prix aux faibles budgets de certains acheteurs. Par ailleurs, l'alcool apparaît également dans les pratiques de consommations des personnes toxicomanes ou polytoxicomanes. Si nous préférons le concept de « personne présentant des conduites addictives » nous accordons au terme « toxicomane » sa capacité percutante, bien que stigmatisante, à rendre compte d'une addiction illégale. Aussi nous l'utiliserons avec parcimonie dans cette partie et uniquement pour faciliter la compréhension du lecteur.

III.2.1.1. Dans le champ du soin dit « conventionnel »

Dès 1970, correspondant à l'introduction du premier cadre légal significatif en France en matière d'addictions et de substances psychoactives, un paradoxe s'installe et reste encore aujourd'hui très présent. En effet, la loi de 1970[166] – relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie ainsi qu'à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses – se caractérise par un modèle prohibitionniste et plus précisément par une forte ambiguïté entre une volonté de soutien thérapeutique/sanitaire et la répression/pénalisation des comportements. M. Kokoreff notera à ce sujet : « *Si la drogue reste un tabou, la loi est son totem* »[167].

Effectivement, cette loi considère l'usager de drogues comme un individu à la fois malade et délinquant. Elle le considère comme un délinquant puisqu'elle incrimine l'usage simple et individuel et prévoit une peine d'emprisonnement ferme. Elle le considère comme un malade puisqu'elle rend possible une exemption de poursuites pénales pour les personnes « toxicomanes » dites simples usagers qui acceptent de se soumettre à une « cure de désintoxication » ou à une surveillance médicale. Elle est donc une tentative de compromis entre les sphères du judiciaire, du médical et du social. Toutefois, à la suite de A. Ehrenberg[168], M. Kokoreff souligne la : « *prédominance du pénal sur le sanitaire* »[169].

La loi de 1970 vient rompre avec les législations antérieures en se tournant davantage vers les difficultés des personnes tout en initiant les prémisses de : « *l'idéal normatif d'une société sans*

166Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970, publié dans le Journal Officiel du 3 janvier 1971.
167Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 8.
168Ehrenberg, A. (1995). *L'Individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy.
169Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 206.

drogue »[170]. Elle confirme un principe de prohibition et de criminalisation en interdisant tout usage de produits stupéfiants dans le même temps qu'elle confirme un principe d'abstinence auquel les consommateurs doivent être contraints, si besoin par le biais de l'injonction thérapeutique ou de l'obligation de soins. Ces principes contribuent ainsi à discriminer davantage les usagers de substances illicites par rapport aux usagers de substances licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes). De surcroît, la loi exige des médecins mais aussi des psychologues et des travailleurs sociaux qu'ils interviennent parfois contre la volonté des usagers, ce qui marque une rupture avec les principes volontaristes et éthiques nécessaires au bon déroulement d'un accompagnement thérapeutique.

Les dispositions sanitaires constituent l'article premier de la loi et prennent place dans le Code de la santé publique. Ces dispositions reprennent les mesures substitutives et alternatives à la répression de l'usage. Par ailleurs, la loi prévoit également la possibilité pour le consommateur de se présenter spontanément dans un lieu spécialisé dédié au soin en lui garantissant l'anonymat. Cet anonymat ne peut ainsi pas être levé en vue de poursuites judiciaires. De plus, la loi garantit la gratuité totale des soins et l'État finance pleinement les structures dédiées qui deviennent des espaces protégés pour les consommateurs et qui offrent la possibilité d'un soutien en cas de poursuites judiciaires.
Si, avec notre regard actuel nous pouvons aisément juger de la contradiction, confusion, tension – soulignées par M. Kokoreff – dans lesquelles cette loi plonge les consommateurs, les personnes qui les accompagnent et ceux qui les jugent, nous pouvons néanmoins lui concéder la volonté d'engager une première discussion avec les acteurs des mondes de la « drogue ». Cependant, les effets pervers de la prohibition sont patents. On le voit avec M. Kokoreff, lequel rappelle la délinquance qu'elle induit, les risques de toxicité accrue liés à la circulation de produits coupés car non contrôlés, la marginalisation et la stigmatisation de cette population qu'elle amplifie ou encore les obstacles qu'elle pose à la mise en place d'une politique cohérente de réduction des risques sanitaires et sociaux[171].

Sans entrer dans un examen exhaustif des différentes lois succédant la loi de 1970, nous souhaitons rendre compte d'éléments visant à enrichir les réflexions qui concernent ce travail doctoral. Ainsi, nous tâcherons de mettre en lumière les évolutions et paradoxes du cadre légal qui s'appuie encore aujourd'hui sur la loi de 1970.

170*Ibid*, p. 205.
171*Ibid*, p. 206-207.

Les années 1980 vont être marquées par une application plus coercitive de la loi dans le même temps qu'une croissance de la consommation. À la fin des années 1980 et au fil des années 1990 l'orientation répressive de la loi est rediscutée et atténuée au regard des autres contextes nationaux, des problèmes de santé publique telle que la propagation rapide du sida mais également au regard des faibles résultats quant à la baisse du nombre de consommateurs. Comme le rappelle M. Kokoreff, des autorités telle que la Mildt – actuelle Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) – reconnaissent à cette époque l'impossibilité d'une société sans drogue et la difficulté de concilier soins et répression[172]. Ainsi, un virage s'opère intégrant une politique de réduction des risques, avec l'arrivée par exemple des programmes d'échanges de seringues et de vente de matériel stérile à usage unique. Nous y reviendrons plus précisément dans la partie suivante. La justice se fait également plus magnanime, notamment à l'égard des individus dits « simples usagers ». Pourtant, les années 2000 sont marquées par un retour en force du répressif, souligne M. Kokoreff, avec par exemple la lutte accrue s'organisant contre les trafics illégaux dans les banlieues populaires et contre l'usage du cannabis en France ; marquant ainsi une volonté de la part de l'État[173] de : « *rétablir l'abstinence comme norme* »[174]. M. Kokoreff ajoute : « *Sous la décriminalisation de l'usage simple, il s'agit* (en réalité) *de punir réellement et rapidement tant les mineurs qui consomment régulièrement du cannabis ou de l'ecstasy que les usagers d'héroïne qui refusent les soins et la substitution* »[175]. À la fin des années 2000, La Mildt se montre également plus hostile à l'encontre de la politique de RdR. Elle rappelle fortement l'interdit de la loi et s'oppose à : « *la "banalisation" des drogues dans l'imaginaire collectif* »[176], souligne M. Kokoreff.

D'autre part, c'est avec la loi fondamentale du 2 janvier 2002[177], rénovant et réformant l'action sociale et médico-sociale, que l'on voit naître les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) regroupant, progressivement et au fil des décrets, les anciens Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007, inscrit dans le Code de la santé publique et relatif aux missions des CSAPA, permet de définir non seulement les missions mais aussi la marge de manœuvre des acteurs en addictologie. Ainsi, les CSAPA doivent assurer l'accompagnement des personnes, et de leur entourage, présentant soit une consommation à risque,

172*Ibid*, p. 210.
173Le Sénat parlera d'ailleurs de « l'autre cancer » à l'égard de la « drogue » dans un rapport de 2004.
174*Ibid*, p. 214.
175*Ibid*, p. 215.
176*Ibid*, p. 247.
177Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.

soit un usage nocif, soit une dépendance à une ou des substances psychoactives.
Cet accompagnement comprend et prévoit : l'accueil, l'information, la prévention, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, *la réduction des risques*, l'accompagnement pluridisciplinaire pour des addictions avec ou sans produit, le sevrage et enfin la prescription et le suivi des traitements médicamenteux et notamment des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Il est assuré par des centres qui proposent des prestations ambulatoires et/ou par des centres qui proposent des prestations en hébergement individuel ou collectif.
C'est avec la circulaire DGS/MC2 n°2008/79 du 28 février 2008, issue du Ministère de la Santé et de la Direction Générale de la Santé, que s'officialise définitivement la mise en place des CSAPA, accompagnés par des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie prévoyant les modalités de cette mise en place.

Ainsi, l'accompagnement se généralise à toutes les dimensions de la vie des individus et s'adapte aux différents profils rencontrés en offrant un panel, de plus en plus spécialisé dans le même temps que diversifié, de propositions thérapeutiques. Par ailleurs, la réduction des risques devient une mission commune qui doit être pensée en fonction du centre d'accueil. Néanmoins, parallèlement à ces dispositifs, une lutte acharnée se poursuit contre le trafic, les nuisances ainsi que les formes de délinquance qui accompagnent la consommation de substances illicites. D'ailleurs, le plan gouvernemental 2013-2017, émergeant du gouvernement de Jean-Marc Ayrault, de lutte contre les drogues et les conduites addictives marque à nouveau une dichotomie entre une volonté de s'adresser à tous les publics et de promouvoir une réduction des risques et des dommages encore plus adaptée, dans le même temps qu'un renforcement de la lutte contre les trafics et la délinquance associée aux consommations de substances psychoactives. Ainsi, ce plan gouvernemental place les personnes dépendantes à nouveau au centre d'un étau, s'ouvrant peu à peu d'un côté tout en se resserrant de l'autre. En effet, la volonté d'adoucissement des mœurs et la prise en compte de la singularité du vécu individuel s'accompagnent, ici, d'une lutte contre l'objet toxicomanogène, pourtant si cher au vécu individuel des consommateurs.
D'ailleurs, la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice prévoit la possibilité d'éteindre l'action publique en cas de consommation de produits illicites par le versement d'une amende forfaitaire de 200 euros minimum (généralisée sur tout le territoire français depuis le 1 septembre 2020). Si elle éteint l'action publique, l'amende forfaitaire contribue cependant une nouvelle fois à punir réellement et rapidement tous les usagers en laissant aux forces de police sur le terrain un plus grand pouvoir et la possibilité d'une évaluation subjective – tant au niveau du public interpellé que de la substance consommée – autrement dit, la possibilité d'une

différenciation de traitement.
Quand certains y trouvent une logique imparable visant les deux pôles du problème pour mieux le combattre : soin des uns et répression des autres ; d'autres y voient un paradoxe impactant les trajectoires de vie ainsi que le travail des intervenants spécialisés en addictologie : les uns sont aussi souvent les autres. C'est le cas, par exemple, de la campagne mondiale de plaidoyer « Support. Don't punish. », émanant de l'International Drug Policy Consortium et regroupant plus de 170 ONG, appelant à de meilleures politiques en matière de drogues et d'usages, fondées sur la santé et les droits humains, en militant donc pour l'accompagnement et contre la répression. Il reste complexe, voire schizophrénique, d'inventer de nouvelles pratiques sur le terrain, pourtant préconisées par la loi, quand l'interdit et la lutte antidrogue restent les fondements de cette dernière. Il en sera question dans la partie qui suit.

III.2.1.2. Dans le champ de la Réduction des Risques et Dommages

Par le biais d'un combat mené par certains élus, certaines associations et certains professionnels, le champ de la RdR a ouvert le spectre des outils proposés aux personnes consommatrices dans le but de proposer un contexte socio-sanitaire plus adapté aux personnes encore actives et prenant ainsi à bras-le-corps les problèmes de santé publique. Par ailleurs, il a instillé dans le champ de l'addictologie une nouvelle philosophie visant à s'adapter à la singularité des personnes plutôt qu'à leur imposer un cadre thérapeutique prédéfini. Ainsi, toute une partie des consommateurs alors mis à l'écart s'est retrouvée entendue, considérée et accueillie dans des centres spécialisés. Cette philosophie s'est propagée petit à petit à toute l'addictologie. La RdR est d'ailleurs devenue une mission centrale et obligatoire des CSAPA. Dès lors, les principes de réduction des risques et des dommages ne sont plus l'apanage des CAARUD et se répandent.

Toutefois, au même titre que l'addictologie qui s'exerce dans un contexte légal parfois paradoxal, la RdR semble à certains moments pris au piège des marges dans lesquelles elle s'exerce. Dès 1987, par le décret 87-328 du 13 mai 1987 à l'initiative de Michèle Barzach alors ministre de la santé, la mise en vente libre de seringues en pharmacie est autorisée sans obligation dorénavant de produire une pièce d'identité. Totalement officialisée en 1995 par la circulaire DGS/DS n°37 et marquant l'arrivée des traitements de substitution aux opiacés (TSO)[178], la politique de réduction des risques et des dommages se verra réévaluer au fil des années et des expériences du terrain clinique. En 2004,

178D'ailleurs mal acceptés au départ par certains intervenants spécialisés en raison de la traditionnelle logique biomédicale.

la loi n°2004-806 du 9 août relative à la politique de santé publique prévoit la définition du cadre de référence pour les activités de réduction des risques en se concentrant sur le risque infectieux. Elle permet la création des CAARUD[179] en rappelant l'objectif sanitaire et social de la RdR et en garantissant l'anonymat et la gratuité tout autant que l'implication de l'État dans le financement. Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 précise les missions des CAARUD, à savoir : l'accueil collectif ou individuel, l'information, l'accompagnement des usagers de drogues, le soutien dans l'accès aux soins et aux droits sociaux, la mise à disposition de matériel de consommation à moindre risque, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, la médiation sociale dans le secteur d'implantation et enfin la vieille en matière de drogues et de pratiques de consommation pour s'adapter à l'évolution des usages et produits et alimenter la recherche, la formation ou encore la prévention.

Néanmoins, c'est le décret n°2005-347 du 14 avril 2005, approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le code de santé publique, qui offre un panel vraiment détaillé des possibilités dans le champ de la RdR et qui reprécise la protection juridique contre les incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage dont bénéficie les acteurs (professionnels et usagers) au cours des interventions. Ce décret rappelle les deux missions centrales en matière de RdR. Tout d'abord, les interventions visant directement les consommateurs, puis celles visant l'inclusion de ces derniers dans les collectivités concernées par le biais d'une médiation au bénéfice des usagers et des habitants.
Sans en entrer dans le détail de toutes les actions, ce décret décrit précisément les objectifs et modalités d'intervention des professionnels ou bénévoles (si des usagers participent aux actions de RdR, ils s'interdisent de consommer pendant les interventions), la nature du matériel de RdR mis à disposition, les informations sur les risques liés à l'usage de drogues et sur le cadre juridique qui doivent être expliquées ou rappelées. Ainsi, les acteurs de la RdR peuvent utiliser les codes culturels et le langage des populations ciblés et peuvent décrire les effets recherchés par certaines pratiques mais ne peuvent pas présenter les produits psychoactifs sous un jour favorable. Si sur le papier cette injonction semble simple à comprendre, elle est plus difficile à respecter dans la pratique comme peut l'attester cette proposition : « Je vais t'accompagner dans ta pratique de consommation que tu ne souhaites pas arrêter, ce que j'accepte. Mais parallèlement je vais aussi aller dans le sens d'un rappel à loi et d'un discours réprouvant l'usage de drogues », ce qui contredit la première partie de cette proposition.
Le décret précise par ailleurs les conditions de diffusion des alertes sanitaires mais aussi les lieux

179Qui regroupent alors les boutiques, bus et programmes d'échange de seringues de l'époque.

d'intervention qui peuvent, au-delà des CAARUD (implantés dans des locaux dédiés ou des bus), s'étendre aux lieux publics, aux lieux festifs, aux ensembles d'habitation en concertation avec les habitants ou encore aux « squats ». Il certifie à nouveau la confidentialité des actions (anonymat) ainsi que la participation nécessaire des acteurs quant à la veille sanitaire en matière de pratiques et de toxicité des produits. Enfin, l'article 3 prévoit et invite les acteurs de la RdR à la créativité : « *Les équipes de réduction des risques peuvent participer à l'évaluation de nouveaux outils ou stratégies de prévention contribuant à améliorer la prévention et à l'adapter à l'évolution des usages, des substances consommées et de leurs associations ou de la population des consommateurs* »[180].

En 2016, les cartes sont rebattues. L'expertise du terrain et des autres contextes nationaux provoque un renouvellement des principes de RdR en France dans le but de les renforcer et de les développer davantage encore. Dès lors, avec la loi de modernisation de notre système de santé, on voit naître : l'expérimentation des Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR)[181] ; la mise en place des dépistages rapides pour les hépatites (déjà existants pour le VIH) aussi appelés TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) ; la prévention des overdoses via la naloxone[182] (pourtant déjà largement utilisé à l'hôpital mais aussi sur le terrain dans d'autres pays depuis plusieurs années) ; une consolidation et un élargissement de la définition de la RdRD ; et enfin, la mise en place de la RdR en milieu carcéral.
Par ailleurs, la réduction des risques et des dommages fait alors partie intégrante des réponses proposées en addictologie car elle apparaît maintenant dans les intitulés du code de la santé publique. Ainsi, la RdR devient un droit en matière de santé publique et devient une réponse théoriquement tout aussi légitime, pour les instances judiciaires, que la répression avec son lot de prohibition ou de soins obligés. De plus, l'intervenant agissant dans sa mission de RdRD bénéficie dorénavant d'une protection claire et similaire à celle dont bénéficie les forces de l'ordre et les douanes. Il n'est donc pas pénalement responsable.

De manière encore plus concrète, la mise en œuvre de l'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé permet dorénavant les actions visant à : « *promouvoir et superviser les*

180Légifrance (2005). *Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique* [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000259240&categorieLien=id (page consultée le 01 décembre 2019).

181Expérimentation, au départ de six années, validée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

182La naloxone est un antagoniste des morphinomimétiques sans effet agoniste, autrement dit un antidote aux opiacés. La naloxone antagonise leurs effets (dépression respiratoire, myosis, analgésie). Autrefois uniquement injectable, elle peut aujourd'hui être administrée très simplement par voie nasale à l'aide d'un spray.

comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I (psychoactives ou classées comme stupéfiants) *afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation* »[183]. Par ailleurs, les formations d'accompagnement sanitaire et éducatif à la consommation et notamment à l'injection se développent. Ainsi, le champ de la RdR s'élargit et offre des possibilités nouvelles aux acteurs de terrain leur permettant de déployer plus sereinement des pratiques alternatives, déjà existantes mais construites bien souvent à la marge ou en secret dans des espaces symboliques et éducatifs inconfortables. En outre, l'accompagnement plus direct, au chevet de l'usager pendant la pratique de consommation, offre des potentialités sanitaires, sociales, éducatives et formatives décisives. Ces nouvelles perspectives, encore à enrichir, permettent d'envisager un accompagnement construit dans une transparence accrue au plus près de la réalité des personnes accompagnées, évitant ainsi d'imposer certaines représentations du bien-être socialement apprises. L'objectif consiste encore et toujours à offrir la possibilité pour les consommateurs de faire un pas de côté en ce qui concerne leurs consommations et donc de tendre vers un mieux-être.

De plus, comme le préconise en 2018 la synthèse de la journée des adhérents de la Fédération Addiction[184] relative à la loi de santé et de RdRD de 2016 : « *les évolutions des usages nécessitent une adaptation constante des pratiques et des réponses sanitaires et sociales pour les publics en demande d'accompagnement. Il faut continuellement démontrer la nécessité de créer des réponses adaptées aux situations rencontrées et faire valoir cette expertise combinée à l'expertise scientifique* »[185].

D'ailleurs, l'histoire de l'addictologie montre que les évolutions humanistes, et militantes, de l'accompagnement se sont organisées dans des espaces de nécessité et de créativité en lien étroit avec la clinique médicale et éducative. Beaucoup d'actions de RdRD, aujourd'hui légales, se sont construites à la marge et aux frontières du cadre légal dans un premier temps. Par ailleurs, l'article 3 du décret de 2005, évoqué plus haut, présentant le référentiel national des actions de réduction des

183Légifrance (2016). *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id (page consultée le 30 novembre 2019).

184La Fédération Addiction est une fédération associative qui regroupe environ 80% des structures françaises spécialisées en addictologie. Elle défend les intérêts des structures et des usagers auprès des pouvoirs publics tout en déployant des formations et comités de réflexion tout au long de l'année.

185Fédération Addiction. (2018). *Où en est-on depuis l'adoption de la loi de santé en 2016 ? Synthèse de la journée des adhérents du vendredi 16 mars 2018* [en ligne]. https://www.federationaddiction.fr/accompagner-les-consommations-synthese-journee-adherents-16-mars-2018/synthese-ja-bat/ (page consultée le 01 décembre 2019), p. 7.

risques en direction des usagers de substances psychoactives invitait déjà à la créativité.

Si la loi de 2005 puis celle de 2016 invitent à l'innovation, à la créativité et à se centrer sur la singularité du vécu individuel, les professionnels se heurtent encore et toujours à l'interdit. En effet, l'interdit relatif à l'illégalité de certaines substances persiste et place les usagers mais aussi les professionnels dans un paradoxe : entre supervision des usages et illégalité des substances. Ce paradoxe invite donc à la créativité mais aussi à la prudence. La Fédération Addiction précise : « *L'ensemble des dispositifs, acteurs de la RDR et usagers subissent les ambivalences entre politique de santé et interdit pénal* »[186].

Aujourd'hui, les travailleurs sociaux, comme le rappelle la loi de 2016, bénéficie d'une protection affirmée équivalente à celles dont bénéficient les forces de l'ordre et les douanes. Néanmoins, l'employeur, lui, semble davantage exposé aux risques de non-respect des lois. Pour autant, la Fédération Addiction soutient qu'il n'existe pratiquement pas d'exemples de condamnation pénale d'une structure pour des actions de RdRD. Elle précise : « *Si, en respectant la loi, les établissements et leurs membres risquent déjà des poursuites, on ne voit pas bien quel risque supplémentaire ils pourraient prendre en étant innovants dans leur gestion et leur action. Finalement, les établissements sont incités à se concentrer sur les obligations qu'ils peuvent maîtriser, comme l'obligation générale de sécurité de l'employeur. Les établissements pourront faire la démonstration qu'un dispositif d'accompagnement des consommations est nécessaire car il permet d'assumer leurs obligations d'employeur* (puisque les consommateurs consomment, de toute manière, avec ou sans le consentement des professionnels, dans les structures d'addictologie) *et de protéger l'ensemble des parties prenantes, employeur, salariés et usagers. Dans toutes les hypothèses, ce dispositif réduira substantiellement le risque de responsabilité civile, en offrant en plus aux usagers un cadre de consommation favorable* »[187].

En effet, si des actions nouvelles de RdRD montrent déjà des effets positifs sur les parcours des personnes présentant des conduites de dépendance ainsi que sur leur environnement social et les acteurs qui le fonde, il est légitime de se demander pourquoi elles ne pourraient pas être davantage valorisées et déployées, sans se substituer à une Salle de Consommations à Moindre Risques (SCMR)[188] et surtout sans jamais inciter à la consommation.

186*Ibid,* p. 7.

187*Ibid,* p. 9.

188Selon l'article 43 de la loi de 2016 : « *Ces espaces sont destinées à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction des risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8 du même code* (code de la santé publique). *Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des*

Néanmoins, les contours flous de la « supervision » en CAARUD (et donc hors SCMR) ne contribuent pas à sécuriser les professionnels ainsi que les structures qui mesurent toujours le risque pénal. La Fédération Addiction reprécise que la « supervision » peut : « *s'exercer en retrait et à distance, dans une activité d'accompagnement éducatif, individuel, autour de la consommation de produits psychoactifs* »[189], mais sans participation active. Appuyée pourtant par des formations spécifiques, elle reste donc à distinguer de l'expérimentation des SCMR et se heurte toujours à l'interdit de la loi. Dès lors, si officieusement les professionnels de la RdR en CAARUD ou même en CSAPA accompagne déjà à la consommation depuis longtemps, la « supervision » n'offre qu'une avancée d'ordre symbolique en matière d'accompagnement de pratiques illicites. Elle sécurise davantage les professionnels mais toujours trop peu en l'absence de décrets d'application plus précis.

C'est surtout le résultat de l'expérimentation des deux SCMR[190] qui permettra peut-être d'offrir un cadre plus concret et pérenne aux professionnels de la RdR en France. De plus, il est important de signifier que cette loi de 2016 offre une très large latitude en matière d'accompagnement des conduites de dépendance liées à l'alcool en CAARUD et en CSAPA. En effet, n'étant pas soumis à l'interdit de la loi, l'alcool peut intégrer plus librement (et intègre déjà) des dispositifs d'accompagnement et de supervision où le professionnel et l'usager peuvent travailler en relation étroite avec la molécule d'éthanol au cours du processus thérapeutique.

Ces perspectives générales sont également soulignées par un autre organisme fédératif : la Fédération Française d'Addictologie (FFA), pourtant un peu moins engagée que la Fédération Addiction sur le plan des alternatives à l'abstinence en addictologie clinique. Cette dernière rappelle en 2016[191], au-delà de l'approche alternative du soin qu'apporte la RdR, qu'un regard nouveau est porté sur les addictions entraînant alors une rupture morale, idéologique et politique au sein de la société. Ainsi, cette rupture provoque un mouvement issu du terrain fondé sur l'absence d'exigence et l'inconditionnalité de l'accompagnement tout autant que sur la possibilité de faire librement ses

professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins ».

189Fédération Addiction. (2018). *Où en est-on depuis l'adoption de la loi de santé en 2016 ? Synthèse de la journée des adhérents du vendredi 16 mars 2018, op. cit.,* p. 7.

190Qui ont déjà démontré des impacts positifs dans d'autres pays (comme l'atteste par exemple le rapport sur les salles de consommation de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies – OEDT, en anglais EMCDDA – datant de 2004) : d'abord en Suisse, puis en Allemagne, en Hollande, en Espagne, au Canada, en Australie mais aussi au Luxembourg ou encore en Norvège. M. Kokoreff précise certains de ces impacts : « *réduction des overdoses, de la mortalité, des comportements à risques en matière de transmission des maladies infectieuses, des nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public* » (Kokoreff, 2010, p. 262).

191Dans un rapport soutenu par la Direction Générale de la Santé (DGS) ainsi que par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) faisant suite à la loi de modernisation de notre système de santé.

choix en valorisant le savoir des usagers et donc leur expertise. Si la perspective thérapeutique de l'abstinence ou de la substitution peut être assimilée au terme anglais « cure » qui signifie le traitement, la guérison ; la RdR peut quant à elle être assimilée au terme « care » signifiant prendre soin, se soucier. Dès lors, c'est une nouvelle population qui est ciblé dans le but de rompre avec son isolement et son exclusion tout en développant sa capacité d'agir dans le sens du concept anglo-saxon « d'empowerment »[192]. L'abstinence n'est d'ailleurs pas exclue, elle est simplement relativisée par une approche adaptative qui permet une alliance renouvelée entre les consommateurs et les intervenants[193].

Par ailleurs, la FFA pointe également la contradiction des lois entre criminalisation et soutien thérapeutique. Elle rappelle que la loi de 1970 interdit les produits dits stupéfiants et que le décret, aujourd'hui abrogé, n°72-200 du 13 mars 1972 interdisait les outils et les moyens de les consommer. Du point de vue de la santé publique, à l'instar du rapport Pelletier de 1978 (première évaluation de la loi de 1970) le problème de l'addiction et de la mortalité qu'elle engendre n'est que peu pris au sérieux. Ce sont les années sida qui entraîneront une prise de conscience générale aboutissant à une première RdR, sollicitée par les usagers eux-mêmes et matérialisé notamment par la vente libre de seringues en pharmacie à partir de 1987. Au fil du temps, la RdRD s'installe dans le code de la santé publique pour aboutir au nouveau cadre proposé par la loi de 2016 déjà évoquée. Elle devient, au-delà d'un moyen de contrecarrer le seul risque infectieux, une vraie possibilité reconnue de lutte contre les addictions. Toutefois, tout cela amène également la FFA à préciser qu'il existe : « *désormais un conflit criant des politiques publiques, entre d'un côté la reconnaissance des usages des substances addictives dans le code de la santé publique et de l'autre le maintien d'une criminalisation dans le code pénal* »[194].

De plus, cette fédération ajoute que : « *plusieurs rapports révèlent que les substances licites (alcool, tabac) ont des conséquences néfastes quantitatives et qualitatives sur la santé et l'équilibre des personnes, considérablement plus importantes que l'usage des drogues dites illicites (stupéfiants)* »[195]. Ainsi, avec la loi de 2016, l'arrivée de la RdR dans les domaines du licite qui l'excluaient auparavant et réciproquement, offre aujourd'hui des perspectives de santé publique incontournables et nécessaires qui doivent être valorisées.

192Défini par J.-Y. Trépos comme une : « *démarche visant à diminuer chez quelqu'un l'emprise externe d'une personne ou d'un produit, pour favoriser, à partir de critères qui ne sont pas définis a priori, l'émergence de la puissance d'être soi* » (2007, p. 16).

193Fédération Française d'Addictologie (2016). *Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives* [en ligne]. https://www.drogues.gouv.fr/actualites/audition-publique-reduction-risques-dommages-publication-rapport-dorientation (page consultée le 28 mai 2020), p. 3.

194*Ibid*, p. 4.

195*Ibid*, p. 4.

L'abstinence ne peut plus être un impératif de l'accompagnement. Dès lors, c'est à un public très élargi et éloigné des structures d'accompagnement que s'adresse cette pratique en réponse aux méfaits évidents des nombreuses conduites excessives d'alcool en France.
Néanmoins, ces nouvelles stratégies de RdR ont besoin d'une reconnaissance de la société, jugée par la FFA trop figée dans des représentations dépassées. Le problème étant que ces représentations sont alimentées par la loi, notamment dans le domaine de l'illicite, et stigmatisent ainsi toujours certains comportements provoquant tantôt des résistances à se tourner vers le soin, tantôt un affaiblissement de l'estime des personnes qui s'y adonnent.

Si cette nouvelle loi de 2016 permet encore une fois d'avancer dans le champ de la prise en compte de la singularité du vécu individuel, elle est teintée par la loi de 1970 toujours très active et alimentant un cadre légal paradoxal contrastant avec les résultats d'autres expériences internationales (ne serait-ce que sur le nombre de consommateurs) orientées vers la dépénalisation voire la légalisation de certains produits (Canada, États-Unis, Portugal, Danemark, Pays-Bas, Suisse, Espagne, Mexique, Colombie, etc.). Nous aborderons un peu plus précisément cette question à la fin du chapitre V.

Pour permettre une immersion plus grande dans l'univers de la toxicomanie, nous souhaitons dorénavant exposer quelques éléments participant d'une meilleure connaissance du public, des pratiques et des réalités vécues.

III.2.2. Un univers méconnu

Dans une certaine mesure, l'univers de la drogue s'est aujourd'hui popularisé. Effectivement, de nombreux reportages, séries ou films évoquent l'univers intriguant du commerce illégal international et de la consommation de drogues en traversant les vies de figures souvent présentées de manière biaisée, charismatiques parfois ou en proie à la déchéance. Même si quelques rares exceptions, accessibles au grand public, donnent à voir une réalité plus fine de l'univers de la drogue, il convient d'admettre la complexité d'un univers qui évolue le plus souvent à l'ombre des regards. Ainsi, nous souhaitons en préciser certains rouages, à l'appui de notre expérience professionnelle, afin d'amener les lecteurs à visualiser plus précisément le contexte dans lequel ce travail doctoral prend racine.

De quelles drogues parle-t-on ? Il en existe une multitude qui circule en France. Nous pourrions évoquer la question brûlante des nouveaux produits de synthèse (NPS) et autres cathinones qui circulent librement sur internet, ou encore du GHB, des amphétamines, de la MDMA et autres ecstasys synthétiques. Toutefois, ces produits se retrouvent davantage dans des milieux festifs et disposent d'un pouvoir addictogène certain mais moindre comparativement à la cocaïne ou encore à l'héroïne. Par ailleurs, ce sont ces deux produits illicites que l'on retrouve le plus souvent dans les situations les plus délicates, précaires et urgentes. Associées, parfois, à l'alcool et aux médicaments détournés de leur usage comme les anxiolytiques et autres benzodiazépines. Ces deux molécules, cocaïne (blanche) et héroïne (blanche ou brune mais le plus souvent brune en France), retiendront donc particulièrement notre attention.

Elles sont toutes deux issues d'une plante naturelle, la coca d'une part et le pavot d'autre part, qui est transformée pour constituer un produit semi-synthétique fortement psychoactif. Quand la cocaïne produit des effets de toute-puissance, d'invulnérabilité ou encore de désinhibition forte ; l'héroïne produit des effets de somnolence, de soulagement et de bien-être intense.
De surcroît, ces deux produits peuvent être consommés de toutes les manières possibles. Autrement dit, ils peuvent être injectés par voie intraveineuse (ou parfois par la technique du « plug anal » en enlevant l'aiguille de la seringue), inhalés ou encore prisés. L'inhalation est le mode de propagation des effets le plus rapide, suivi par l'injection, puis par l'action de priser (« sniffer »). Pour chaque consommation, nous pouvons identifier trois étapes qui diffèrent en intensité selon le mode de consommation : la montée des effets dans l'organisme et le cerveau, le plateau où les effets se stabilisent et enfin la descente des effets qui donne lieu souvent à un mal-être ou à un état dépressif. L'injection et l'inhalation entraînent habituellement les effets les plus intenses. Les usagers parlent souvent du « flash » que provoque notamment l'injection.

Pour ce qui est de l'héroïne (aussi appelée « rabla », « came » ou encore « héro »), la figure de l'injection est la plus connue. L'héroïne doit être mélangée et chauffée avec un agent acide pour modifier son potentiel hydrogène (pH) et ainsi être injectable. On retrouve ainsi l'image de la cuillère tordue et du vieux citron traînant, au mieux, dans un frigo. Aujourd'hui des cuillères spécifiques à usage unique et des doses d'acide citrique et ascorbique (moins dangereux pour les veines) sont conditionnées et distribuées par les CAARUD et certains CSAPA pour éviter les infections bactériennes et autres transmissions. Il en va de même pour les seringues et autres pipes, champs stériles, garrots, etc. L'injection se fait généralement dans les avant-bras, aiguille tournée vers le cœur. Cependant, le capital veineux de certains usagers les contraint à envisager d'autres

zones souvent plus dangereuses : les pieds, le cou, la poitrine, le sexe ou encore l'aine. La technicité de ce geste s'effectue pour certains dans des conditions très précaires, souvent à l'extérieur, entre deux voitures, dans un « squat » insalubre ou dans des ruelles qui disposent parfois de systèmes de lumière destinés à ne pas faciliter l'éclairage de la pratique de consommation.
Si la figure de l'injection de l'héroïne est la plus connue, elle peut tout à fait être prisée telle quelle mais aussi et surtout fumée. Cette dernière est en réalité une pratique extrêmement répandue qui prend racine dans les salons d'opium en Chine. On y déposait le produit sur une tige de bambou en le chauffant afin de créer une goutte qui circulait sur la tige laissant s'échapper une fumée et des vapeurs à inhaler. Ainsi, il convenait de poursuivre la goutte qui dessinait une longue traînée sur le bambou afin d'aspirer la fumée et les vapeurs qu'elle dégageait, donnant lieu à l'expression toujours usitée : « chasser le dragon ». Aujourd'hui, cette pratique s'effectue le plus souvent sur des feuilles d'aluminium pliées spécifiquement et plus épaisses (pour éviter de brûler le produit consommé) en utilisant un tube pour inhaler la fumée. On constate donc la technicité que requiert l'acte de consommer, à laquelle il faut ajouter une expertise sur les potentiels effets de surdosage et sur la qualité du produit mais aussi à laquelle il faut souvent ajouter une volonté de rester inaperçu, de ne pas faire de vagues en se cachant le plus possible des regards extérieurs. Les usagers (marginaux ou insérés) doivent s'adapter au dénigrement et à l'ostracisation qui accentuent d'autant plus la précarité de leur situation. Ils restent dans l'ombre puisque, à la différence des autres êtres humains, c'est la lumière qui les rend vulnérables et craintifs.

Pour ce qui est de la cocaïne (aussi appelée « C », « crack » ou encore « coke »), c'est l'action de priser qui est la plus populaire (le « sniff »). D'un point de vue technique elle est assez simple. On a par exemple l'image du consommateur dans les toilettes d'une boîte de nuit prisant la cocaïne sur sa carte bancaire. Cependant, l'injection de la cocaïne est également une pratique répandue chez les consommateurs, notamment chez ceux recherchant le fameux « flash ». Dans ce cas précis, la cocaïne ne doit pas être mélangée à de l'acide, ni même chauffée. Elle est déjà suffisamment acide pour être injectée mais nécessite cependant une dissolution de la poudre dans de l'eau, préférablement stérile et distribuée par les centres de soins.
Par ailleurs, l'inhalation de la cocaïne apparaît comme une pratique peu connue et paradoxalement très présente chez les consommateurs et dans les débats actuels portant sur les lieux de consommation « ouverts » dans les rues de Paris par exemple. Ce paradoxe vient du fait que peu de gens, y compris certains usagers, savent que ce qui est appelé « crack » n'est autre que de la cocaïne qui est dite basée et vendue telle quelle. Autrement dit, de la cocaïne dont on a modifié le pH en la mélangeant avec du bicarbonate ou de l'ammoniaque pour créer un caillou ou plus précisément une

galette. Cette dernière sera déposée ensuite sur la grille d'une pipe en verre ou d'une pipe artisanale pour ensuite être chauffée et permettre une inhalation de la fumée et des vapeurs. À Paris, elle est souvent déjà préparée (crack), participant d'ailleurs de la confusion entre cocaïne et crack. Pourtant ailleurs en France, où ce mode de consommation se répand depuis le milieu des années 2010, la cocaïne est plus souvent achetée directement en poudre et préparée ensuite par le consommateur ou la consommatrice pour pouvoir l'inhaler (on parle alors de cocaïne basée). L'explosion de la consommation de crack (ou de cocaïne basée), ces dernières années, constitue une des évolutions importantes des modes de consommation en France, notamment en CAARUD et chez les plus précaires[196]. Cette pratique est particulièrement addictogène. Les montées sont extrêmement rapides, les plateaux relativement courts et les descentes, particulièrement intenses, amènent à consommer de nouveau très rapidement. Par ailleurs, le rituel technique de la préparation, le goût, le bruit de la cocaïne chauffée qui craque et qui lui donne son surnom, participent du plaisir de la consommation et favorisent aussi l'addiction. Aussi, le crack souvent considéré comme un produit de seconde zone, mélange de substances inconnues, est en fait de la cocaïne qui reste le produit le plus cher sur le marché illégal mais aussi celui qui bénéficie de la « meilleure image » du point de vue du profil des consommateurs.

De quel public parle-t-on ? Il est question d'un public en réalité très varié. Bien que cela puisse surprendre, la consommation d'héroïne et notamment de cocaïne touche toutes les classes sociales et se retrouve, de manière « socialisée », dans l'univers de nombreux métiers à responsabilité ou à rendement intense par exemple. Néanmoins, il convient de souligner que le public que nous avons particulièrement accompagné, celui qui nous sollicite le plus régulièrement, est un public souvent plus précaire, ayant par exemple vécu en foyer ou à la rue, avec des histoires de vie personnelles et familiales chaotiques, avec parfois des passages en prison et souvent un capital social, culturel ou économique très pauvre. Un public souvent vulnérable, laissé à l'abandon, dès le départ, dans les rues des villes, près des gares et des commerces où la vie sociale bat pourtant son plein. Des personnes qui, chaque jour, se posent la question de savoir s'ils pourront manger, dormir ou se laver. Des personnes qui, chaque jour, bataillent afin de réunir l'argent nécessaire à leur consommation, par des moyens les positionnant souvent dans une situation d'indignité : comme la mendicité ou la prostitution non choisie (pour les femmes mais aussi pour les hommes). Des personnes qui pourtant, si on les écoute, souhaitent s'exprimer, donner leur avis sur leur situation ou des sujets de société, proposer des idées, raconter leur histoire ou raconter des histoires et tout simplement vivre dignement. Nous avons pu également constater, dans certains cas, une opposition

196OFDT. (2023). *La cocaïne, un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022).* Paris : OFDT.

face à l'incivilité ou à la violence qu'ils constataient dans la rue. Risquant parfois même leur vie pour des personnes, pourtant inconnues et éloignées de leur mode de vie, se faisant agresser. Alors même que la société les rejette fondamentalement, nous nous demandons encore comment ils peuvent seulement continuer, chaque jour, à dire merci, bonjour ou encore s'il vous plaît à celles et ceux qu'ils croisent au quotidien dans leur lieu de vie : la rue. Il est certain que le tableau dépeint ici est partial. En effet, la délinquance et la violence sont évidemment présentes dans cet univers mais comment faire autrement lorsqu'on a moins que rien et qu'on a l'impression d'être moins que rien. Il importe surtout, attesté par notre expérience clinique, d'éviter les catégorisations trop rapides d'un public varié qui se compose d'individus singuliers et de personnalités complexes.
Dans le même temps, nous avons aussi eu l'occasion de rencontrer de nombreuses personnes beaucoup plus insérées, voire même issues de classes sociales très favorisées et déconstruisant, dès lors, les clichés du « junkie » ou du « sans-abri toxicomane ». Il en sera question dans notre enquête doctorale, qui croisera les parcours de profils a priori très différents. Pour autant, des points communs apparaissent liés à la vulnérabilité, à la difficulté d'être au monde, au rejet de la société et à la marginalisation forcée.

La différence fait peur, c'est un fait. Depuis toujours l'Homme regarde le nouveau spectacle qui se présente à lui avec l'idée non pas de l'accueillir mais d'y faire face. L'Homme préhistorique, déjà, appréhendait les nouveaux animaux qu'il rencontrait en les comparant à ceux qu'il connaissait. Il construisait des catégorisations, entraînant des distorsions de la réalité, dans un souci défensif, afin de se protéger lui-même. Force est de constater que dix années passées auprès de ce public (peut-être pas méconnu mais mal connu du grand public), entre anecdotes incroyables, fous rires, projets multiples et attachement, représentent un remède efficace face à la peur qu'il suscitait également chez nous au départ. Si la souffrance répétée réduit certes peu à peu notre carapace d'imperméabilité émotionnelle et peut parfois nous fatiguer grandement, il n'en reste pas moins qu'en toute subjectivité, le rire, la joie et le désir demeurent la plupart du temps chez ces personnes de l'ombre.

Après avoir traversé très largement le champ de l'addictologie dans les parties précédentes, nous souhaitons maintenant inscrire plus précisément ce travail de recherche dans la discipline qui nous concerne : les sciences de l'éducation et de la formation. Nous tenterons de démontrer comment l'apport de cette discipline, notamment par la recherche biographique, peut permettre l'émergence d'effets de compréhension, de transformation existentielle et pourquoi pas même de transformation paradigmatique en addictologie.

CHAPITRE IV. Sciences de l'éducation et de la formation et addictologie clinique

Un objet de recherche tel que l'addiction ou l'addictologie peut s'inscrire dans une multitude d'approches disciplinaires compte tenu des réalités et dimensions qu'il traverse. Bien entendu l'approche biomédicale est centrale au regard des désordres biologiques qu'occasionnent la prise de substances psychoactives. Cette approche recoupe différentes dimensions telles que la nosologie, la sémiologie, l'épidémiologie, l'étiologie, etc. Au-delà de l'approche biomédicale, d'autres disciplines ont montré un potentiel heuristique décisif. Nous retrouvons par exemple la psychologie, la philosophie, la sociologie, plus récemment les neurosciences, et en l'occurrence, les sciences de l'éducation et de la formation.

En effet, les sciences de l'éducation se sont intéressées depuis quelques décennies à la question de l'addiction et de son accompagnement. La littérature scientifique fait notamment référence au champ de l'alcoologie dans une perspective très novatrice et ouvrant également de nouvelles pistes d'action pour les praticiens. On y retrouve le champ des histoires de vie mais aussi la clinique narrative et éducative et de manière plus générique la recherche biographique et les approches qui s'en réclament. Sa parenté avec la sociologie clinique est évidente et situe son développement dans une démarche humaniste, axée sur la construction de sens et le saisissement du vécu subjectif des individus.

En outre, inscrire notre objet de recherche dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation revient à adopter une posture complémentaire mais aussi spécifique puisqu'il interroge plus précisément toutes les dimensions éducatives et formatives qui sous-tendent l'accompagnement en addictologie, au cœur de notre propos.

Nous proposerons, en premier lieu, une exploration de la dimension éducative au sens large pour s'approcher petit à petit de la complexité et des dimensions formatives liées à l'addictologie. En second lieu, nous interrogerons l'aspect paradigmatique de l'accompagnement en questionnant la standardisation de l'approche biomédicale. Nous verrons que la recherche biographique permet d'interpréter la complexité des conduites addictives en redonnant à la subjectivité de l'expérience une place centrale.

IV.1. Travail éducatif et recherche biographique comme points d'appui à l'élucidation de la complexité

Il commence à être clair que l'addiction qui est un phénomène bio-psycho-social est aussi, par voie de conséquence, un phénomène très complexe. La compréhension fine de l'addiction reste extrêmement difficile à appréhender malgré toutes les données, recherches et connaissances actuellement disponibles. Par ailleurs, la modification du comportement addictif à long terme est un défi qui reste très difficile à relever.

Ainsi, sans prétendre pouvoir épuiser le sujet, bien au contraire, nous proposons une immersion dans cette complexité par le biais des sciences de l'éducation et de la formation qui pourront, nous l'espérons, participer à son élucidation.

IV.1.1. Le travail éducatif

Une partie des travaux de sciences de l'éducation vise à penser le travail éducatif dans les espaces où il se présente, notamment à l'école et dans l'action sociale en général (où il est d'ailleurs assumé plus volontairement par les acteurs qu'à l'école). Loin d'être totalement impossible comme le suggèrent S. Freud[197] et F. Imbert[198], nous envisageons la possibilité d'une action éducative à condition de la considérer comme opportunité de tendre vers un idéal sans pour autant toujours y parvenir et surtout pas de la manière initialement envisagée. C'est finalement le chemin parcouru qui constitue l'enjeu éducatif central.

Nous allons donc poser notre regard sur l'éducation et le travail éducatif, omniprésents dans notre travail doctoral et dans notre champ disciplinaire, afin d'éclairer notre propos sur les spécificités de l'accompagnement en addictologie.

IV.1.1.1 Quelques éléments de cadrage

Voici une première définition du travail éducatif proposée par T. Piot : « *Le travail éducatif vise à permettre la construction de sujets conscients et autonomes, à la fois héritiers critiques du passé et*

197Freud, S. (1939). Analyse terminée et analyse interminable. *Revue française de psychanalyse, tome XI, 1.*
198Imbert, F. (2000). *L'impossible métier de pédagogue*. Paris : ESF.

créateurs d'un avenir en mouvement »[199]. Il sous-entend alors un processus d'émancipation. T. Piot précise cependant le caractère polysémique du concept, par ailleurs saturé d'un point de vue idéologique, et ne s'imposant pas à tous de la même manière ou comme une évidence. Par ailleurs, l'auteur pointe l'influence néfaste du contexte de la seconde modernité (à partir des années 1960) sur le concept. En effet, il précise que ce contexte : « *a généré dans l'ensemble de la sphère de production de biens et de services marchands, l'émergence de normes de qualité et de critère d'efficience ainsi que la généralisation des redditions de compte pour évaluer de manière externe les performances – dont les performances éducatives* »[200]. Selon lui, le travail éducatif, ne peut être réduit, dans son essence et dans ses pratiques, à une logique purement objective et rationaliste. Enfermer le concept dans cette logique reviendrait à : « *oublier en chemin la nature même du travail éducatif, qui répugne à se limiter à une activité d'instruction dont les performances sont évaluables de manière assez rapide et quantitative* »[201]. De plus, C. Niewiadomski et P. Champy-Remoussenard rappellent l'approche de B. Charlot[202] proposant de considérer l'éducation comme relevant d'un « triple processus » nécessairement combiné et regroupant : processus d'humanisation, de socialisation et de singularisation[203].

T. Piot ajoute que le travail éducatif se déploie à différentes échelles. Tout d'abord, le niveau macro qui renvoie à l'échelle des civilisations et qui vise à transmettre dans l'espace culturel et social des valeurs, des institutions, des pratiques ou encore des connaissances qui évoluent au fil des générations et s'adaptent aux différents contextes en mouvement dans une acception darwinienne. Autrement dit, une sorte de sélection naturelle s'imposerait à la transmission éducative entre générations opérant ainsi une adaptation des civilisations en fonction de l'environnement, des ressources et des besoins. Ensuite, au niveau méso, le travail éducatif se réfère aux grandes institutions éducatives (famille, pairs, école, travail, associations) et renvoie synthétiquement à l'apprentissage du vivre-ensemble et au fait de se constituer en tant que société. C'est d'ailleurs un niveau qui fait de plus en plus l'objet de normes et d'évaluations externes de son efficacité. Enfin, au niveau micro, le travail éducatif relève notamment, selon l'auteur, d'interactions asymétriques entre

199Piot, T. (2018). Le travail éducatif : une évidence à repenser. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 9-13). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, p. 9.

200*Ibid,* p. 10.

201*Ibid,* p. 10.

202Charlot, B. (2008). La recherche en Éducation entre savoirs, politiques et pratiques : spécificité et défis d'un champ de savoir. *Recherches & Éducations, 1*, 155-174.

203Niewiadomski, C. & Champy-Remoussenard, P. (2018). Connaître, comprendre et appréhender le travail éducatif aujourd'hui. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 15-33). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, p. 17.

des sujets s'ajustant mutuellement à l'expérience de l'autre, ce qui permet le développement d'un apprentissage chez le sujet le moins expérimenté. Pour résumer et relier ces trois niveaux, T. Piot précise : « *Un invariant de tout travail éducatif est qu'il est une médiation potentiellement productrice de sens et de repères* »[204]. Il rappelle alors les propos de M. Tardif et de C. Lessard signalant que tout travail éducatif est un travail de construction de sens et donc également un travail symbolique[205]. Il est donc difficilement mesurable.

Par ailleurs, pour T. Piot le travail éducatif doit accepter la controverse. C'est-à-dire qu'il doit faire l'objet d'un débat ouvert parce qu'aucun travail éducatif : « *n'est jamais gravé dans le marbre, parce que tout ne se vaut pas en matière d'éducation quant aux fins et aux moyens, parce que le travail éducatif est vivant, à la fois structuré par des fondamentaux génériques et par des singularités propres à chaque sujet et à chaque situation éducative* »[206]. Néanmoins, il supporte effectivement difficilement l'évaluation. En effet, ses effets réels peuvent se concrétiser longtemps après l'initiation du travail. Son efficacité est donc peu visible à court terme contrairement à l'instruction pure où l'évaluation revêt une cohérence plus affirmée.

IV.1.1.2. Entre « travail éducatif », « travail d'éducation » et « travail d'imprégnation »

À la suite de S. Starck, nous souhaitons opérer une distinction entre « travail éducatif » et « travail d'éducation ». En effet, dans le champ médico-social le travail éducatif traduit, de manière trop générique, l'action ou l'activité des professionnels. Toutefois, d'un point de vue conceptuel il semble que cette acception présente des limites. Pour S. Starck, qui poursuit la réflexion de J. Marpeau[207], le travail éducatif ne peut alors plus désigner l'action des professionnels qui accompagnent puisqu'en réalité il concerne le travail réalisé par la personne accompagnée. C'est elle qui détient les ressources nécessaires à son existence et à son développement. S. Starck précise que cette nouvelle acception : « *semble particulièrement pertinente dans le sens où elle respecte le sens du qualificatif "éducatif" comme ce qui désigne l'effet réellement produit sur les sujets que l'on éduque* »[208].

204Piot, T. (2018). Le travail éducatif : une évidence à repenser, *op. cit.*, p. 10.
205Tardif, M. & Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien. Expérience, interactions humaines et dilemmes professionnels*. Bruxelles : De Boeck Université.
206Piot, T. (2018). Le travail éducatif : une évidence à repenser, *op. cit.*, p. 11.
207Marpeau, J. (2013). *Le processus de création dans le travail éducatif.* Toulouse : Érès.
208Starck, S. (2018). Réflexions sur le travail éducatif et ses usages. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 35-52). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, p. 41.

Autrement dit, il convient de distinguer l'éducatif dans son sens générique, c'est-à-dire tout ce qui est relatif à l'éducation, et l'éducatif dans son sens conceptuel et moins largement partagé qui se rapporte aux effets de l'action et non à l'action elle-même. En ce sens, le travail éducatif présente des contours plus affirmés qu'il n'y paraît. Il concerne le travail de la personne accompagnée et son développement personnel effectif. S. Starck ajoute : « *Pour un sujet, engager un travail éducatif, c'est élaborer des capacités, réaliser des possibles qui participent à la transformation du sujet lui-même* »[209]. C'est un processus que J. Marpeau, repris par S. Starck, propose de considérer comme une possibilité de création de soi en perpétuelle réactualisation. C'est l'émergence du sujet continuant à se développer tout au long de la vie qui caractérise l'effet éducatif.

En effet, le qualificatif « éducatif » associé par exemple à une action ou à un loisir dans le langage commun suppose la réussite des effets initialement escomptés. Or, seule une étude approfondie dans « l'après-coup » auprès des personnes engagées dans l'une ou l'autre activité dite éducative permettrait de valider ce : « *pari* (initial) *supposé réussi* »[210] d'avance. Pour S. Starck : « *les usages ordinaires ont ainsi tendance à confondre les intentions organisant les activités ayant l'éducation pour but et les processus réellement mis en œuvre par les sujets visés par l'action* »[211]. Pour l'auteur, cela revient, du point de vue de l'analyse de l'activité, à assimiler le travail réel au travail prescrit. C'est-à-dire assimiler l'activité réellement effectuée par les personnes visées, dans toutes ses dimensions visibles et cachées, à la tâche prescrite initialement par les personnes organisant l'action. Il importe donc de distinguer les intentions des « éducateurs » et la manière dont chaque individu se saisit des processus dans lesquels il se retrouve mobilisé.

Il revient alors aux personnes qui accompagnent de penser et de mettre en place le contexte ainsi que les conditions favorisant le travail éducatif, qui lui sera du ressort du sujet visé. En effet, pour advenir le sujet a besoin de l'appui de son environnement. C'est ici que S. Starck pose le concept de « travail d'éducation ». Il explique : « *Nous proposons donc de réserver le terme de "travail d'éducation" à l'ensemble des activités qui visent à peser sur la dynamique du travail éducatif* »[212]. Le travail d'éducation recouvre donc les moyens visant la mise en place du travail éducatif – envisagé en tant que fin ou finalité – et plus précisément de son appropriation par les sujets accompagnés, aboutissant alors à des effets éducatifs réels pour ces derniers. Il reprend d'ailleurs

209*Ibid*, p. 45.
210*Ibid*, p. 42.
211*Ibid,* p. 42.
212*Ibid,* p. 42.

une définition du travail éducatif à l'école proposée par M. Tardif et L. Levasseur correspondant en réalité au concept de travail d'éducation tel qu'il le conçoit : « *Par "travail éducatif"* (ou travail d'éducation)*, nous entendons ici l'ensemble des tâches et fonctions réalisées par la totalité des agents d'éducation – y compris bien sûr les enseignants – qui contribuent, selon diverses modalités et finalités, à la réalisation du processus actuel de scolarisation en interaction avec les élèves. […] Seuls nous intéressent les agents d'éducation qui interviennent, directement ou non, auprès des élèves ou du processus de scolarisation* »[213]. Cette définition est largement transposable à l'accompagnement socio-éducatif.

D'après S. Starck, qui poursuit encore la réflexion de J. Marpeau, le travail d'éducation est tout simplement un travail « d'accompagnement » où l'action consiste à cheminer avec la personne, à se positionner à son chevet (au sens clinique du terme) en partageant son évolution et en ne cherchant pas à diriger son orientation mais au contraire en lui reconnaissant son potentiel créateur dans la perspective d'une construction existentielle en devenir. Ainsi, le terme « accompagnement » (éducatif ou socio-éducatif, même si le qualificatif n'est pas totalement adapté), lui aussi omniprésent dans ce travail doctoral, s'inscrit pleinement dans cette optique et rend compte du travail des professionnels exerçant en addictologie.

Cela étant dit, S. Starck précise que les pratiques de conditionnement (ou reconditionnement) issues du behaviorisme et qu'il souhaite soutenir – très présentes d'ailleurs en addictologie (techniques de gestion des envies, de détournement de l'attention, de relaxation, etc.) – ne répondent pas pleinement aux définitions ci-dessus. Elles dévoilent au préalable un effet très spécifique visé par l'action. Ainsi, elles rendent compte d'un travail d'éducation à organiser mais ne visant pas un travail éducatif engageant pour le sujet. Il précise : « *Les effets visés auprès des individus peuvent aussi prendre appui non sur leurs capacités réflexives mais sur leur malléabilité face à la puissance d'actions récurrentes et/ou répétitives s'imposant à eux. Le travail d'éducation dans ses dimensions répétitives et récurrentes est alors associé non à un travail éducatif mais à ce que nous proposons d'appeler travail d'imprégnation* »[214]. À propos du travail d'imprégnation, il ajoute : « *Si le travail éducatif est de l'ordre d'un travail engagé par le sujet sur ses vécus, l'instituant en partie comme créateur de lui-même, le travail d'imprégnation est ici ce qui travaille le sujet par-devers lui, en deçà de son intentionnalité, de sa réflexivité et qui le façonne durablement* »[215]. La proposition de S.

213Tardif, M. & Levasseur, L. (2010). *La division du travail éducatif. Une perspective nord-américaine*. Paris : Presses universitaires de France, p. 2.
214Starck, S. (2018). Réflexions sur le travail éducatif et ses usages, *op. cit.,* p. 49.
215*Ibid*, p. 49.

Starck consiste à soutenir l'idée selon laquelle le travail d'éducation ne s'inscrit pas nécessairement dans le paradigme de l'accompagnement explicité plus haut et ne vise pas toujours le développement d'un travail éducatif. C'est d'ailleurs aussi par ce levier précis qu'il peut concerner légitimement toutes les instances et tous les acteurs ayant une visée éducative explicite ou non.

Pour nuancer encore ces propos, il nous semble tout de même important de notifier que les techniques de conditionnement en addictologie[216] intègrent la possibilité d'un travail éducatif du sujet dans la mesure où en effet le sujet est adulte, il s'est inscrit librement dans la démarche de soins et sait d'ailleurs plus ou moins ce qu'il va y trouver, il connaît déjà certaines techniques utilisées et surtout peut les réfléchir avec les professionnels, se les approprier et en créer de nouvelles. Même dans le comportementalisme le sujet peut être envisagé en tant qu'être humain créateur de soi et réflexif, c'est d'ailleurs le projet du comportementalisme (ou behaviorisme) cognitif. Nous y reviendrons brièvement plus tard.

Néanmoins, il convient de prendre garde à ne pas s'orienter vers un façonnement trop prononcé de l'individu présentant des conduites addictives en fonction de représentations préalables qui excluraient la capacité réflexive du sujet. Ainsi, il est important de ne pas confondre les actions éducatives qui répondent à un objectif (plus ou moins rigide) préalable et celles visant un travail éducatif plus large appartenant à la personne accompagnée (même si les deux peuvent être nécessaires selon les profils). Dans le premier cas, l'objectif d'insertion sociale dans une société normée en matière de consommations de substances ambitionnent, dans une certaine mesure, un travail d'imprégnation du sujet (à force de venir tous les matins aux ateliers professionnels, nous supposons que la personne accueillie pourra un jour intégrer un travail ordinaire dans l'espace social et se détacher de ses consommations). Pour notre part, nous considérons le second cas comme relevant davantage d'une potentialité émancipatrice. Il est cependant parfois plus réaliste et aussi plus simple de se tourner vers un travail d'imprégnation, qui n'empêche d'ailleurs pas systématiquement l'émergence d'effets éducatifs. En ce sens, S. Starck nous invite à nous montrer vigilant quant à une forme de moralisation de ce qui relèverait ou ne relèverait pas d'une visée éducative pure et noble. Les professionnels font aussi souvent ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont comme moyens et selon les profils rencontrés.

Enfin, S. Starck propose de discuter le terme de « travail ». En effet, et nous le rejoignons

216Aussi parce qu'elles ne constituent pas la seule approche.

également sur ce point, ce terme renvoie implicitement à l'idée de la professionnalisation, du labeur, d'une activité organisée institutionnellement, rémunérée et regroupant des objectifs précis. Il écarte alors certaines dimensions éducatives nécessaires à l'accompagnement socio-éducatif approfondi, notamment en addictologie : celle du « travail » des familles avec les personnes accompagnées mais aussi des pairs dans le cadre des collectifs qui s'organisent dans de nombreuses structures d'accompagnement. De plus, il est intéressant de rappeler la forte mobilisation des usagers de substances psychoactives militant depuis plusieurs années pour de meilleures conditions sanitaires ainsi que pour un accompagnement plus diversifié et adapté à la réalité vécue. En outre, les groupes d'auto-support[217] (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, etc.) ainsi que les sites internet, forums et revues spécialisées d'auto-support (PsychoACTIF ou ASUD[218] par exemple) représentent des potentialités de soutien, de partage d'expériences, voire même d'expertises profitables au processus éducatif déployé par les consommateurs de substances psychoactives.

Le travail d'éducation dans l'action sociale ne concerne donc pas uniquement les professionnels de l'accompagnement, il est organisé par de multiples sphères sociales ayant, en toile de fond, une visée éducative explicite ou non. Il est ainsi à entendre : « *comme* (tout) *ce qui participe à engager le travail éducatif, à mettre les sujets au travail de création d'eux-mêmes* »[219]. Si c'est bien le peintre qui réalise son œuvre, rien n'est cependant possible sans le concours d'un environnement mettant à sa disposition un pinceau, des couleurs et bien évidemment des idées.

Entre travail d'éducation, travail éducatif et travail d'imprégnation nous disposons ici de nouvelles grilles de lecture permettant sans doute d'appréhender plus finement la diversité des accompagnements en addictologie. Tout d'abord, en identifiant mieux ce qui se fait déjà, tout en délimitant plus justement les contours du travail dit éducatif et ensuite, en rediscutant les principes de l'accompagnement dans une perspective créatrice et humaniste nécessaire à la prise en compte de la singularité des parcours rencontrés. À ce propos, la recherche biographique pourrait s'avérer décisive.

IV.1.2. La recherche biographique

217Constitués de membres présentant les mêmes comportements ou les mêmes difficultés.
218Auto-Support des Usagers de Drogues.
219*Ibid,* p. 45.

Par-delà le concept de travail éducatif, nous souhaitons porter notre regard sur la recherche biographique afin de balayer plus largement certaines notions omniprésentes en sciences de l'éducation et de la formation, lesquelles présentes des potentialités heuristiques et méthodologiques permettant d'étayer notre propos. Nous pensons notamment à l'éducation des adultes, à la formation de soi et à l'andragogie mais aussi au processus complexe de subjectivation.

Dans la mesure où elle postule la possibilité d'une production de connaissances par le saisissement de l'expérience et des réalités subjectives et singulières des individus, la recherche biographique représente une manière qualitative de faire de la recherche en éducation. Elle utilise certaines approches et certains supports biographiques tels que : le récit de vie, l'entretien biographique, le dessin de la ligne de vie, de la trajectoire socio-idéologique, de la généalogie, le recours à l'organidrame, etc. Elle nécessite donc une clinique spécifique ainsi que la convocation de cadres conceptuels variés offrant une grille de lecture multipolaire.

Nous souhaitons maintenant définir les dimensions cliniques dans lesquelles nous inscrivons notre recherche en addictologie, ancrée sur le terrain éducatif, afin d'en dégager certaines dimensions réflexives, formatives et épistémologiques.

IV.1.2.1. La modernité avancée

Au croisement d'une clinique centrée sur le paradigme du biographique comme manière de faire de la recherche, nous retrouvons notamment le champ de la sociologie clinique développé par V. de Gaulejac et le champ de la clinique narrative et éducative développé par C. Niewiadomski.

Posons, tout d'abord, que la période dans laquelle ces champs se développent (à dessein) est celle que C. Niewiadomski nomme « modernité avancée ». Elle intervient à la suite des révolutions industrielles et plutôt au milieu de la deuxième moitié du 20ème siècle avec l'avènement de la mondialisation, des nouvelles technologies, des économies néo-libérales, de l'individualisation et l'effritement des sociétés traditionnelles. L'auteur distingue au sein de cette modernité avancée : « postmodernité » et « hypermodernité ».

Ainsi, il décrit la postmodernité comme : « *un processus historico-social traversé par la conjonction de multiples phénomènes : effritement des grands récits de légitimation, (religieux et*

sociopolitiques en particulier), désinstitutionnalisation de la famille, fragilisation de la société salariale, dislocation progressive des systèmes sociaux sous la poussée des modèles économiques néolibéraux, développement de l'individualisme, désaffection pour le politique, perception temporelle modifiée par le sentiment "d'accélération du temps", amplification de la mobilité sociale... »[220]. L'auteur ajoute que l'hypermodernité, quant à elle, est marquée par : « *l'exacerbation de ces phénomènes et l'assujettissement de l'individu à ce que l'on pourrait appeler une "civilisation de l'excès". Soumis à des injonctions paradoxales toujours plus nombreuses, profondément indécis dans son rapport aux autres et à lui-même, perpétuellement à l'écoute d'un "soi incertain", l'individu se doit désormais de conquérir son identité dans un contexte mouvant et fluide alors que son existence se trouve de moins en moins prédéfinie par ce qui l'a précédé* »[221].

De surcroît, V. de Gaulejac précise : « *Avant, le sujet s'incarnait dans la tradition, dans l'héritage, dans la continuité généalogique. Aujourd'hui, il s'incarne dans l'invention de soi-même, dans la flexibilité et la mobilité. La référence à un Sujet Majuscule décidé à changer la société se perd au profit d'une multiplicité de sujets minuscules et singuliers qui, faute de pouvoir ordonner le monde, cherchent à construire le sens de leur propre existence* »[222]. Effectivement, quand : « *la société industrielle fixait les individus dans des cadres sociaux (la classe, le sexe, le métier, la profession, l'habitat) et des normes de comportement qui définissaient les contours d'identités stables et reconnues* »[223] ; la « société liquide »[224], symptomatique de la modernité avancée, déploie, quant à elle, un nombre si important de points de repères en flottaison et donc en mouvement perpétuel qu'il devient presque impossible de se fixer et de se trouver soi-même. En effet, et comme le souligne V. de Gaulejac, il n'est pas aisé de « se trouver » quand il s'agit de faire face : « *à la consommation de masse, à la société de marché, à la rationalité instrumentale, au productivisme économique et aux éclatements de la vie sociale* »[225].

Conséquemment, l'instabilité socio-économique permanente et la déresponsabilisation institutionnelle condamnent l'individu à détenir en lui-même les conditions de sa réalisation et donc à se construire comme sujet mais : « *condamné à être mobile, flexible, adaptable, l'individu devient flottant, instable, à la limite insaisissable. […] Il flotte au gré des modes et des courants de la société liquide* »[226]. L'individu peine ainsi à se poser dans l'instant, ce temps au demeurant anodin et pourtant essentiel à la prise de distance, à la réflexivité, à la compréhension de soi dans le monde et

220Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 51.
221*Ibid*, p. 51.
222Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.,* p. 130.
223*Ibid*, p. 137.
224Bauman, Z. (2006). *La vie liquide*. Arles : Rouergue.
225Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.,* p. 132.
226*Ibid*, p. 141.

à la construction de soi comme sujet émancipé. Pour autant, comme le précise V. de Gaulejac : « *des rigidités existent vécues par certains comme des refuges sécurisants face aux changements permanents, des bouées de sauvetage pour ceux qui n'ont pas appris à nager dans le monde liquide, des éléments de terre ferme au milieu d'un océan qui fait peur* »[227]. Des rigidités qui peuvent d'ailleurs apparaître comme une forme de résistance face à la vie liquide mais qui sont pour d'autres : « *perçues comme des résistances aux changements, des archaïsmes obsolètes, des obstacles sur lesquels viennent buter inexorablement les individus emportés par les courants porteurs de liquidité globalisée* »[228].

De cette manière, la modernité avancée offre l'illusion de l'émancipation, de la liberté et de l'autonomie pour tous alors même qu'elles dépendent toujours de nombreux facteurs socio-historiques, économiques et culturels. Ainsi, le travail de la sociologie clinique et plus généralement de la recherche biographique invite à prendre de la distance avec l'illusion de l'individu entrepreneur de lui-même, libre mais aussi cause de son action[229]. Il invite à explorer les surdéterminations sociales et culturelles qui jalonnent inégalement les parcours des individus qui échouent, par conséquent, à répondre pleinement aux injonctions contradictoires et idéologiques de la modernité avancée.

Ainsi, au sein de cette dernière, l'individu est sommé « d'accomplir sa destinée », d'être la meilleure version de lui-même, une version 2.0 pourrait-on dire, où la réalisation de soi par soi intervient paradoxalement comme une injonction. L'individu contemporain réfléchit en permanence sa place et son « être au monde », il doit savoir plus que jamais s'adapter, être autonome et faire des choix au sein d'une modernité pourtant contrainte ; ce qui constitue, comme le soutient C. Niewiadomski, une forme de liberté dans le même temps qu'un lourd fardeau vecteur d'épuisement, de stress et d'anxiété. L'auteur fait donc un état d'un malaise psychique d'origine sociale, propre à l'individu contemporain.

C. Delory-Momberger indique que : « *la figure du manager des années 1990, que Luc Boltanski et Eve Chiapello (1999) caractérisaient par son aptitude à donner des réponses personnelles au changement et à trouver en lui-même les ressources de son employabilité, s'est en quelque sorte démocratisée pour devenir une norme générale d'existence* »[230]. Pour l'auteur : « *la modernité*

227*Ibid*, p. 140.
228*Ibid*, p. 140.
229Ehrenberg, A. (1991). *Le Culte de la performance, op. cit.* ;
Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité, *op. cit.*
230Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique, op. cit.*, p. 20.

avancée voit l'émergence et le développement de l'autoréalisation individuelle comme institution centrale du nouveau rapport qu'elle installe entre l'individu et le social. À ce titre, la réalisation individuelle devient l'objet d'un impératif social, d'une sommation institutionnelle tout aussi forts que l'étaient les prescriptions sociales traditionnelles »[231]. Les individus d'aujourd'hui, soumis au « management de soi », doivent faire preuve d'adaptation, peser fortement sur leur vie professionnelle et sociale et chercher en eux-mêmes les causes de leurs problèmes et de leurs échecs. Elle défend l'idée selon laquelle : « *l'exigence d'autoréalisation et de responsabilisation s'est renversée en une exigence instrumentalisée et institutionnalisée, elle est devenue un idéal de comportement et une norme d'existence propres à augmenter l'efficacité des acteurs sociaux et à assurer leur adaptation aux exigences de la production et du marché* »[232].

Dès lors, l'individu contemporain est soumis, au-delà même de la condition humaine, aux exigences de ce que C. Delory-Momberger appelle la « condition biographique ». Cette dernière : « *désigne ainsi un renversement du rapport historique entre l'individu et le social, dans lequel les conséquences sur les existences individuelles des contraintes sociales et économiques et des dépendances institutionnelles sont perçues comme relevant d'une responsabilité individuelle et d'un "destin personnel". […] Dès lors, chacun est renvoyé à la construction réflexive de sa propre existence, à sa biographie, – entendue ici non pas comme le cours réel, effectif de la vie, mais comme la représentation construite que s'en font les acteurs –, et à sa capacité de biographisation des environnements sociaux* »[233]. Autrement dit, à sa capacité de se replacer, par son récit, au cœur d'une situation dont il devient responsable. Une situation pourtant sociale et donc collective qu'il ne pourra jamais complètement maîtriser. « *C'est dans cette figure d'un sujet capable de faire monde en lui-même* (de le relier) *que prend effet la condition biographique* »[234]. Elle rajoute que : « *le propre de la condition biographique est de faire du récit de soi, en même temps qu'une forme de la construction et de l'expression individuelle, un objet social, produit d'une pratique codifiée répondant à une demande biographique institutionnalisée* »[235]. C'est par exemple le cas dans l'obtention de certains minima sociaux ou autres aides. « *Devenu public et institutionnalisé, le récit de soi entre dans un système contractuel où il acquiert un statut de contrepartie et de monnaie d'échange : donne-moi ton récit et je te donnerai de la formation, des stages, une allocation d'aide à l'insertion, un emploi-jeune, une reconnaissance de niveau ou de diplôme, etc.* »[236]. Ce récit est cependant « manipulé » par celui qui le raconte, face à un employeur ou à agent de l'état (lui-même

231*Ibid*, p. 21.
232*Ibid*, p. 21.
233*Ibid,* p. 22-23.
234*Ibid.* p. 114.
235*Ibid*, p. 24.
236*Ibid,* p. 44.

soumis aux exigences comptables des politiques publiques et sociales), pour s'adapter aux exigences et contraintes extérieures et devient, de ce fait, en partie caduc. Manipulé, par ailleurs, plus ou moins bien selon les ressources et capacités des personnes. Cette perspective induit donc de nouvelles inégalités qui relèvent ici de ce que C. Delory-Momberger nomme le « capital biographique ».

C'est dans ce contexte précis que la recherche biographique prend tout son sens dans la mesure où elle contribue au saisissement de la singularité du vécu subjectif. Le saisissement de l'expérience individuelle semble être une clef interprétative de la modernité avancée. La recherche biographique offre une nouvelle manière de penser le monde social, une nouvelle grille permettant d'actualiser la recherche en sciences sociales aux réalités contemporaines. Cette manière qualitative de faire de la recherche invite les individus à raconter ce qu'ils vivent au sein des milieux sociaux dans lesquels ils évoluent afin de comprendre, de l'intérieur, les complexités du monde social liquide et fragmenté. La démarche peut sembler perpétuer le modèle individualiste de la modernité avancée ; cependant, elle invite les participants à ralentir le rythme pour observer les paradoxes et les surdéterminations du monde contemporain. Elle est, en elle-même, une manière de se construire et de se former. Elle joue partiellement mais consciemment le jeu de la modernité avancée pour mieux la saisir, la comprendre, la décrire, la déconstruire et potentiellement s'en émanciper.

En conclusion, nous pouvons soutenir que cette « vie liquide » est particulièrement handicapante dans le champ de l'exclusion et de l'addiction où les individus sont, plus qu'ailleurs, esseulés et perdus. Ils font face à l'angoisse, la précarité, la honte, la culpabilité, l'injustice et la solitude. Toutefois, la marée de la vie liquide apporte parfois la voile permettant de prendre le large. Dans cette part importante de la réalisation de soi laissée à l'individu, dans l'instabilité, le changement et la multiplicité des repères ; c'est aussi la mobilité qui se dessine, le champ des possibles qui s'ouvre et, comme nous l'avons déjà vu avec M. Caiata, la réalité qui peut être transformée et produite par l'individu. Accompagner l'autre à devenir sujet et à se repérer devient, dès lors, un enjeu incontournable de l'addictologie. Toutefois, c'est la manière d'y parvenir qui doit être réfléchie pour éviter l'écueil de l'injonction contradictoire et de l'individualisme qui se retrouvent dans l'idéologie de la modernité avancée.

Dans cette perspective, la sociologie clinique et la clinique narrative semblent proposer des logiques qui sous-tendent la construction de soi dans le même temps que la déconstruction des forces

extérieures qui agissent sur les individus. V. de Gaulejac précise à ce sujet : « *Entre l'illusion déterministe qui tend à réduire l'être de l'homme à ses composantes génétiques, neurobiologiques et sociologiques, et l'illusion libérale qui postule que chaque homme peut maîtriser son destin s'il en a la volonté, la condition humaine est inscrite dans un double mouvement par lequel l'individu est à la fois produit et producteur de son histoire* »[237]. Il ajoute : « *Si l'individu ne peut changer l'histoire, dans la mesure où ce qui s'est passé n'est pas modifiable, il peut modifier la façon dont cette histoire est agissante en lui. C'est dans ce travail que le sujet peut advenir* »[238]. V. de Gaulejac évoque ainsi : « *l'advènement du sujet (Herreros, 2008), plutôt que son avènement, pour rendre compte du processus par lequel il se construit lui-même à partir d'un déjà là. L'homme ne peut être considéré seulement comme un agent en proie aux déterminations sociales, comme un acteur plus ou moins stratégique, comme un individu réagissant à des interactions permanentes. Il est capable d'intervenir sur ce qui le détermine. Il contribue à la production d'une société dont il est par ailleurs le produit. Certes, l'étude de la fabrication sociale des individus reste l'un des objets privilégiés de la sociologie. Mais le sujet n'est pas inerte quant à l'agencement des différents éléments qui contribuent à sa constitution* »[239]. Pour ce faire, l'individu peut partager son histoire avec un praticien du champ mais aussi avec des pairs au sein d'un groupe pour socialiser son récit, nouer des liens à travers son histoire personnelle et les résonances qu'elle entraîne et s'enrichir des histoires et des analyses des autres. La clinique narrative et la sociologie clinique cherchent à saisir le singulier mais n'évacuent aucunement le collectif sur lequel elles prennent souvent appui dans les différents dispositifs qu'elles déploient.

IV.1.2.2. Sociologie clinique et clinique narrative

Du point de vue du sens commun, la clinique s'apparente le plus souvent à des disciplines telles que la médecine, la psychiatrie ou la psychologie dans la mesure où elle renvoie à un héritage grec, celui du terme « kliniké » signifiant : « *au chevet du malade alité* »[240].

Partant de ce principe, elle ne peut qu'inclure le champ de l'accompagnement des travailleurs sociaux et notamment le champ du travail éducatif développé par les éducateurs qui, plus que quiconque, sont des acteurs « du chevet » et du quotidien[241]. Jour après jour, ils fondent leur travail

237Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit*., p. 196.
238*Ibid*, p. 197.
239*Ibid*, p. 13.
240*Ibid*, p. 204.
241Rouzel, J. (2004). *Le quotidien en éducation spécialisée*. Paris : Dunod.

sur le développement d'une relation éducative, chère à Gaberan[242], s'appuyant sur une connaissance fine des individus qu'ils accompagnent à travers l'exploration, par l'observation et la parole[243], « des corridors du quotidien » dans lesquels se dévoilent et se dessinent les parcours de vie des personnes accompagnées[244]. Des professionnels qui donnent sens à l'ordinaire du quotidien en s'y impliquant professionnellement et parfois même personnellement.

Pourtant, si la dimension thérapeutique ne constitue, a priori, pas un enjeu central pour les chercheurs en sciences de l'éducation et de la formation, la clinique constitue bel et bien une porte d'entrée pour certains d'entre-eux. Notamment pour ceux qui souhaitent rendre compte de la complexité de certains phénomènes sociaux nécessitant l'exploration de la singularité du vécu subjectif. Comme le souligne S. Ponnou : « *l'intérêt de la démarche clinique consiste en effet à construire un savoir propre à chaque situation. Elle repose sur un impossible : celui de recouvrir la singularité du cas par un modèle théorique donné, fût-il hérité de la psychanalyse... Ce qui n'implique pas de méconnaître les modèles théoriques à l'œuvre, mais de faire preuve de créativité : non pas se référer au savoir existant, mais faire le pari du savoir qu'il reste à inventer* »[245]. Toutefois, si la dimension thérapeutique n'est pas un objectif, elle n'en reste pas moins sous-tendue dans la mesure où le chercheur en sciences sociales, par la métaphore du « cairn », vise l'émergence de connaissances actualisées permettant de se repérer et facilitant l'émergence de dynamiques réflexives de la part des sociétés et des individus auxquels il s'intéresse. Dans cette perspective, la recherche peut déboucher sur une forme d'émancipation participant au mieux-être des individus. D'autant plus lorsqu'il s'agit d'explorer les récits et histoires de vie des acteurs. La clinique recouvre donc : « *les pratiques d'intervenants et de chercheurs qui s'affrontent à la complexité des interactions entre le sujet et un environnement en perpétuelle mutation* »[246].

Nous rejoignons, ainsi, les propos de C. Niewiadomski qui cherche à rapprocher les approches biographiques comme manière de faire de la recherche des pratiques biographiques comme modalité d'accompagnement : « *Une pratique de recherche, centré sur l'intérêt que manifeste le chercheur pour un aspect de la vie du narrateur, peut également favoriser un processus de conscientisation émancipatrice pour le sujet, alors qu'une pratique visant explicitement à promouvoir ce type de changement peut également s'inscrire dans un processus de recherche* »[247].

242Gaberan, P. (2003). *La relation éducative. Un outil professionnel pour un projet humaniste*. Toulouse : Érès.
243Rouzel, J. (2005). *La parole éducative*. Paris : Dunod.
244Fustier, P. (2008). *Les corridors du quotidien.* Paris : Dunod.
245Ponnou, S. (2020). Clinique, psychanalyse et travail social : enjeux de pratique et de formation. In S. Ponnou & C. Niewiadomski (dir.). *Pratiques d'orientation clinique en travail social* (p. 117-143). Paris : L'Harmattan, p. 139.
246Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 125.
247*Ibid,* p. 73.

Comme il le rappelle, cette perspective rejoint d'ailleurs historiquement les préoccupations de l'École de Chicago du début du 20ème siècle. Un courant qui a initié les premières grandes études sociologiques et qualitatives centrées sur les récits de vie des individus (avec notamment W. Thomas & F. Znaniecki[248]) et non éloignées d'une visée émancipatrice des populations. Nous enracinons d'ailleurs nos travaux dans la lignée de cette École, aussi bien par le choix méthodologique du biographique que par l'objet de recherche en lui-même, à savoir l'addiction et plus généralement la grande précarité et l'exclusion.

En outre, notre position de praticien-chercheur semble également rejoindre l'affiliation de ce travail doctoral. Néanmoins, il est toujours très complexe de mêler pratique d'accompagnement et pratique de recherche, et peut-être encore plus lorsqu'il s'agit de convoquer le paradigme du biographique. La recherche biographique en fait d'ailleurs un objet de recherche épistémologique central. Apprendre à dépassionner son sujet pour le rendre plus objectif et passionnant, comme le suggère G. Bachelard à travers la « rupture épistémologique »[249], reste un apprentissage extrêmement complexe. Ainsi, nous tentons, petit à petit, à travers les lectures et les rencontres scientifiques de tendre vers cette objectivation sans, toutefois, jamais y parvenir totalement, et peut-être même sans vouloir y accéder pleinement. Car, si la passion venait à disparaître, il nous serait certainement difficile de nous engager dans un travail aussi conséquent et impliquant qu'une thèse de doctorat en sciences sociales. De surcroît en addictologie, où la prégnance d'une souffrance (sociale et humaine) est indiscutable.

Ainsi, le courant de la sociologie clinique : « *s'appuie sur la démarche clinique pour appréhender les phénomènes sociaux, ce qui constitue une modalité particulière de faire de la recherche et de l'intervention […] qui conduit à se mettre à l'écoute du vécu, à considérer que l'exploration de la subjectivité, consciente et inconsciente, est nécessaire à la connaissance des phénomènes sociaux, que le chercheur est impliqué dans ses objets de recherche, que la sociologie a pour objet l'exploration de la dimension existentielle des rapports sociaux* »[250]. V. de Gaulejac précise : « *Il convient de comprendre les faits sociaux à la fois de l'extérieur, comme des phénomènes qui structurent l'existence sociale des hommes, la déterminent, la conditionnent, et en même temps de l'intérieur, dans la mesure où ils sont agissants "en soi". […] Le social et le psychisme se nourrissent l'un de l'autre en permanence de façon indissociable. Nous avons le plus souvent affaire*

248Thomas, W. & Znaniecki, F. (1998 [1918-1920]). *Le paysan polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant.* Paris : Nathan.

249Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin.

250Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit*., p. 203.

à des phénomènes sociopsychiques »[251].

La sociologie clinique rapproche ainsi « l'être de l'homme » de « l'être de la société » en cherchant à démêler les nœuds liés à l'entrelacement des déterminismes sociaux et des déterminismes psychiques responsables de la complexité des phénomènes vécus dans « l'ici et maintenant » de la trajectoire des individus. Elle s'intéresse particulièrement à l'impact des facteurs économiques, historiques, sociologiques, idéologiques, culturels, familiaux et psychologiques sur les trajectoires de vie des individus. La sociologie clinique invite donc à rapprocher le récit de vie du contexte socio-historique dans lequel il s'est déroulé pour en dégager de nouvelles pistes de réflexion. V. de Gaulejac ajoute que : « *la démarche clinique est conçue pour favoriser l'empathie, la compréhension mutuelle, la co-construction des hypothèses, la confrontation des savoirs théoriques, pratiques et expérientiels. Le cadre qui l'accompagne doit favoriser l'implication et la distanciation, l'analyse objective et l'expression subjective. Aller au plus près du vécu des acteurs conduit à remettre en question les frontières entre psychologie et sociologie, extériorité et intériorité, objectivité et subjectivité, réalité et représentation* »[252]. La sociologie clinique constitue ainsi « une science de l'homme en société » partant de l'hypothèse forte : « *selon laquelle l'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet* »[253].

À la suite de C. Niewiadomski, nous pouvons considérer que la sociologie clinique ne se réclame donc pas d'une approche thérapeutique mais plutôt du cadre de ce qu'il appelle la clinique narrative et éducative participant, dans certains cas, à l'apparition « d'effets d'allégement du symptôme ».

En outre, la clinique narrative introduit une rupture avec la clinique biomédicale. Et plus précisément avec la méthode anatomoclinique qui l'accompagne. « *Celle-ci a pour objet d'identifier les modifications pathologiques de l'organisme à l'aide des symptômes observés sur le vivant alors que les objectifs poursuivis s'organisent classiquement autour des catégories du diagnostic, du pronostic et du traitement* »[254]. Pour l'auteur, elle implique une logique de « prise en charge » dans la mesure où la subjectivité de la personne est peu sollicitée. L'intérêt est porté sur ce que la personne a, plutôt que sur ce qu'elle est (ou sur ce qu'elle a à dire de ce qu'elle a)[255]. La clinique

251*Ibid*, p. 203.
252*Ibid*, p. 204.
253*Ibid,* p. 205.
254Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 129.
255Du même coup, l'auteur introduit une rupture avec le modèle cognitivo-comportemental qui s'attache également à éliminer le symptôme observé, qui aura été décelé à l'aide de protocoles d'évaluation objectivables, plutôt qu'à élucider l'énigme liée aux conflits inconscients du sujet. La réflexivité y est peu sollicitée car elle est jugée peu objectivable. Les stratégies thérapeutiques sont pragmatiques mais n'épuisent pas les conflits existentiels qui animent le sujet.

biomédicale se fonde donc sur une clinique de l'observation pendant que la clinique narrative : « *fonde résolument son propos et son activité sur une clinique de l'écoute et sur la mise en œuvre d'une approche compréhensive des conduites humaines dans laquelle praticiens et chercheurs s'appuient préférentiellement sur le recueil de données biographiques et sur l'analyse approfondie de cas individuels, voire de groupes* »[256]. Si la première cherche l'objectivation du sujet, au risque de son effacement partiel, la seconde cherche justement la subjectivation de ce dernier pour atteindre sa complexité. « *L'intention clinique comme écoute et prise en compte de la singularité irréductible du sujet pris dans l'ensemble de ses déterminations croise ici la médiation narrative du récit en tant que lieu de réflexivité et vecteur possible de mise en mouvement du sujet* »[257].

La clinique narrative émane de l'héritage d'une clinique psychanalytique, réflexive, non-directive et centrée sur la personne. De plus, elle requiert, à l'instar de la sociologie clinique, la convocation de courants théoriques multiples (sociologie, anthropologie sociale, ethnométhodologie, sciences de l'éducation, psychosociologie, psychanalyse, histoire, philosophie, etc.). Elle vise : « *à articuler la compréhension de la réalité subjective du sujet et de la réalité objective des faits sociaux* »[258]. Dès lors, elle permet une co-construction de sens suffisamment large, plurielle et étayée pour produire des effets heuristiques variés et ainsi conserver la dimension énigmatique et donc formative de la vie. L'énigme stimule et permet le doute, la remise en question, la curiosité, l'ouverture et surtout le désir. Elle offre la possibilité d'un élan vital. Plutôt que l'effacement d'un symptôme, la démarche vise donc la formation du sujet, dans le sens d'une relecture du « soi biographique » pour en permettre une réappropriation et une actualisation. Elle nécessite également, pour le praticien, un travail personnel et réflexif visant une meilleure prise en compte de sa propre implication transférentielle et contre-transférentielle. La clinique narrative et éducative s'intéresse à la complexité des phénomènes sociaux et en permet l'exploration. Les questions de sens y sont d'ailleurs omniprésentes. Elle part du principe selon lequel certaines situations de souffrance psychique : « *trouvent leurs racines dans des situations sociales réelles qui influencent en retour le psychisme des individus sans qu'il soit pour autant légitime de référer aux catégories classiques de la psychopathologie* »[259].

En ce sens, le sujet de cette thèse entretient un lien de proximité avec cette clinique spécifique dans la mesure où il vient interroger la pertinence d'une pathologisation excessive de l'addiction : qui pourrait pourtant (hypothétiquement) prendre racine dans un ensemble de phénomènes sociaux et

256Niewiadomski, C. (2017). Clinique narrative, sociologie clinique et psychothérapies. In V. de Gaulejac & C. Coquelle (dir.). *La part de social en nous. Sociologie clinique et psychothérapies* (p. 61-78). Toulouse : Érès, p. 75.
257*Ibid*, p. 75.
258Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 130.
259*Ibid*, p. 129.

existentiels. Ainsi, le traitement médical de l'addiction présenterait l'inconvénient de la standardisation des stratégies proposées, visant le plus souvent l'abstinence, ainsi que l'inconvénient de la réduction de ce qui fait problème chez le sujet à ce que l'on peut observer, quantifier et objectiver. La prise en compte des surdéterminations socio-historiques et des conflits existentiels qui habitent le sujet pourrait transformer la logique dominante du soin en addictologie. Si les médecins sont déjà, et depuis longtemps, épaulés par d'autres types de professionnels issus des champs du travail social, de la psychologie ou du paramédical, il n'en reste pas moins que la logique du traitement standardisé de la pathologie reste la norme. Pourtant, l'addiction prend racine dans un contexte socio-historique qui ne peut pas être évacué. Au contraire, il doit être investigué dans une perspective d'accompagnement singulier plutôt que de traitement standardisé. Par-delà la psychothérapie et la logique de la maladie, les travailleurs sociaux pourraient d'ailleurs être en bonne posture pour s'emparer d'une clinique soucieuse des déterminismes sociaux et culturels qui influencent le vécu des usagers qu'ils accompagnent. L'important ne serait plus de savoir comment aboutir à l'abstinence pour traiter la maladie, mais bien d'analyser conjointement : la complexité biographique de l'individu accompagné et la manière dont la substance intervient dans son parcours. Tout ceci pour le préserver d'un effacement de sa singularité et d'un usage nocif de la substance. Toutefois, la grande complexité de l'addiction réside dans le fait qu'elle ne se situe pas uniquement à l'interface du social et du psychologique. En effet, la dimension biologique se trouve tout autant convoquée.

Convoquer la question du sens du recours à l'une ou l'autre substance psychoactive invite, dès lors, à interroger les ressources biographiques des uns et des autres pour avancer sur le chemin énigmatique de la vie. « *Le sujet se construit dans le mouvement qu'il effectue pour advenir, dans un dégagement par rapport à son assujettissement initial. Vouloir être sujet, c'est avant tout comprendre en quoi il est originairement assujetti* »[260]. Étymologiquement, le terme « sujet » renvoie d'ailleurs au départ, par ses racines latines (« subjectus » : « mettre sous »), aux notions d'assujettissement et de soumission. V. de Gaulejac précise que : « *c'est au XIXe siècle que le terme va acquérir sa consistance philosophique en désignant l'être pensant, considéré comme le siège de la connaissance, par opposition à "objet" (cf. le subjekt de Kant). Le terme "sujet" implique dans un premier temps une conscience rationnelle puis, dans les sciences humaines, une quête de mise en conscience face à l'inconscient* »[261]. Autrement dit, une quête de liberté face aux déterminismes psychiques et/ou sociaux. Dans cette lignée, C. Niewiadomski évoque une : « *dialectique de*

260Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*, p. 26.
261*Ibid*, p. 116-117.

l'émergence du sujet »[262], entre assujettissement et autonomie. Conséquemment, nous pouvons d'ores et déjà poser l'hypothèse, que nous développerons plus tard, selon laquelle la substance n'intervient pas nécessairement comme un effacement du sujet mais plutôt comme une tentative de réaffirmation du sujet au sein des aliénations vécues. Pour ainsi dire : « *le petit d'homme est d'emblée assujetti au désir de l'autre, à celui de ses parents, et aux normes du système social dans lequel il vit. Double dépendance, sociale et psychique, qui opère par l'influence de multiples déterminations* »[263]. Et triple dépendance, donc, chez le sujet présentant une conduite addictive. Ce dernier est plus que jamais aux prises avec Éros et Thanatos, entre pulsion de vie et pulsion de mort.

Par ailleurs, au sein du couple assujettissement-émancipation ou aliénation-émancipation en addictologie, c'est bien le processus de subjectivation (du devenir sujet) qui est en jeu. « *La subjectivation s'exprime dans une quête de l'individu pour affirmer son autonomie face à l'emprise de la société. Dans la perspective marxiste, la subjectivation s'exprime par une mobilisation collective […] pour renverser l'ordre capitaliste et construire une nouvelle société* »[264]. Le processus de subjectivation en addictologie vise donc à s'extirper de l'aliénation causée par le produit mais aussi de l'aliénation causée par l'environnement social. Il constitue une ouverture privilégiée, et pourquoi pas collective, sur les dimensions émancipatrices de l'existence.

En outre, le processus de subjectivation est renforcé par le recours aux approches biographiques qui deviennent, dès lors, des médiations face aux contradictions qui traversent les individus entre différentes figures du sujet (proposées par V. de Gaulejac) : notamment le « sujet réflexif » qui pense, le « sujet du désir » qui cherche à appréhender son inconscient et le « sujet socio-historique » qui cherche à dépasser les déterminations sociales. Dans ce processus l'individu est invité à devenir « Sujet » par une réconciliation entre ces différentes figures. Il doit se demander, pour paraphraser V. de Gaulejac (lui-même paraphrasant J.-P. Sartre), ce qu'il a fait et ce qu'il veut faire de ce qu'on a fait de lui[265]. Nous reviendrons sur cette notion de subjectivation dans le chapitre VI consacré à l'émancipation et à l'aliénation.

Nous souhaitons dorénavant distinguer brièvement la terminologie employée pour plus de clarté même si la recherche scientifique, dans ce domaine, n'épuise pas encore le débat sémantique et épistémologique. Ainsi, nous n'en proposerons qu'un regard restreint et certainement à discuter.

262Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 88.
263Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*, p. 117.
264*Ibid*, p. 44-45.
265*Ibid*, p. 196-197.

IV.1.2.3. Vocabulaire de la recherche biographique

De manière pyramidale, nous souhaitons commencer avec la recherche biographique. Elle convoque le paradigme du biographique, et donc l'expérience subjective des individus, pour produire de la connaissance scientifique au sein de divers domaines des sciences humaines et sociales. Elle s'appuie sur différentes approches biographiques (issues de la littérature, de l'histoire, de la sociologie, des sciences de l'éducation, etc.) qui peuvent s'appliquer aussi bien au champ de la recherche scientifique qu'au champ de l'accompagnement. Dès lors, la recherche biographique va privilégier certaines approches, en tant que médiations biographiques et narratives, dans le but de favoriser la production de récits de vie à des fins de recherche.

La sociologie clinique constitue l'une des approches biographiques pouvant s'appliquer à la recherche. Elle représente un courant de la sociologie dans une perspective scientifique mais aussi une manière de faire de la clinique dans une perspective pratique. Dans cet ordre d'idées, elle est étroitement liée au cadre de la clinique narrative et éducative qui explore les dimensions singulières du vécu subjectif par la narration dans le champ de l'éducation et de la formation. Sociologie clinique et clinique narrative peuvent donc effectivement être entendues comme manières de faire de la recherche et comme manières d'accompagner. Il existe une intrication, des passerelles, des allers et retours entre la clinique qu'elles appliquent et les dispositifs de recherche qu'elles développent, entre la clinique « pure » et la clinique comme manière de faire de la recherche en sciences sociales.

Enfin, au bas de la pyramide, en tant que socle, sociologie clinique et clinique narrative invitent donc à produire un récit de vie individuel ou collectif qui sera socialisé au sein d'un groupe et/ou partagé avec le chercheur. C'est dans ce second temps que le récit de vie peut devenir histoire de vie et produire des effets heuristiques. Nous rejoignons ainsi la position prise par A. Lainé[266] puis par C. Niewiadomski qui considèrent que : « *l'histoire de vie se constitue à partir d'un récit de vie dont la cohérence est assurée par le choix d'un certain nombre de faits centraux qui font sens pour le narrateur. Puis dans un second sens, un travail d'analyse, de réflexion et d'échange aboutit à la construction d'une "totalité intelligible", l'histoire de vie proprement dite* »[267]. L'auteur précise : « *Le sujet, via le travail d'énonciation de son histoire, va commencer à opérer des choix et des hiérarchisations qui vont orienter le cours de son récit selon des critères d'analyse qui restent, au moins dans un premier temps, fortement implicites. Ce n'est que dans un second temps que le récit*

266Lainé, A. (1998). *Faire de sa vie une histoire*. Paris : Desclée de Brouwer.
267Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 78.

pourra devenir histoire, et ce à la faveur d'un travail de réflexion et d'analyse pouvant prendre par ailleurs de nombreuses formes. Ce travail s'attachera tout à la fois à la question de la cohérence interne des faits rapportés par le sujet et sur leurs liens éventuels, mais s'emploiera également à la mise en relation de ce vécu subjectif avec des données issues du contexte sociohistorique et politique contemporain de ces événements »[268].

Cette démarche s'inspire du modèle dialectique de co-investissement, proposé par G. Pineau dès le début des années 1990 et repris par C. Niewiadomski, comme manière de travailler un matériau biographique où : « *le sens qui est susceptible de suivre le travail d'interprétation de l'énoncé s'élabore dans une dynamique relationnelle créée entre le narrateur et le narrataire. Le sens produit n'est pas ici réductible à la conscience qu'en ont l'un ou l'autre des protagonistes. Chacun, du fait de sa position particulière, en possède une partie, et c'est un travail de "l'entre-deux" de la relation qui permettra l'émergence de sens »*[269]. Pour ce faire, les acteurs impliqués sont invités à proposer des analyses et réflexions sous forme d'hypothèses en convoquant des courants théoriques et des grilles d'analyse qui leurs sont propres. Si le narrateur doit faire l'effort de se distancier de son histoire pour permettre des effets d'analyse et de compréhension, le ou les narrataires doivent, quant à eux, s'efforcer de s'approcher de cette histoire en dépassant leurs cadres conceptuels[270].

Comme le rappelle C. Niewiadomski, les praticiens se réclamant de cette approche dialectique (notamment dans le champ des histoires de vie en formation) identifient au moins trois grandes fonctions qui répondent à son utilisation : « *agir, comprendre et s'émanciper* »[271]. Pour G. Pineau et J.-L. Le Grand, l'émancipation : « *déborde l'émancipation politique au sens strict pour rejoindre la libération relative qu'opère la prise de conscience réflexive et critique des déterminants existentiels par leur expression. Cette auto-expression semble une condition nécessaire – même si elle n'est pas suffisante – d'émancipation. […] L'enjeu majeur est peut-être moins l'histoire en tant que produit fini que la possibilité d'expression permettant sa construction, c'est-à-dire un accès à l'historicité* »[272]. Accéder à son historicité consiste à : « *faire jaillir une source, une genèse personnelle de sens temporel* »[273] et donc à singulariser sa vie au sein d'un contexte socio-historique plus large.

Les auteurs ajoutent : « *Avant d'être une discipline académique, un corpus de connaissance, une*

268*Ibid*, p. 78.
269Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 226.
270Pineau, G. & Le Grand, J.-L. (2013 [1993]). *Les histoires de vie*. Paris : Presses universitaires de France, p. 99-100.
271Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 79.
272Pineau, G. & Le Grand, J.-L. (2013). *Les histoires de vie*, *op. cit*., p. 74.
273*Ibid*, p. 75.

chronologie ou même un récit distrayant, l'histoire, étymologiquement, est une recherche, une construction, un "tissage" de sens à partir de faits temporels »[274]. C'est cette recherche de l'historicité qui fonde l'histoire de vie et qui place l'individu dans une position de sujet face à son histoire. Ainsi, le sujet tente de se réapproprier son histoire – qu'il ne pourra, de toutes manières, jamais changer – par de nouvelles constructions de sens dans le but d'advenir à lui-même, de s'émanciper de certains déterminismes, de s'épanouir, de s'inscrire plus sereinement dans le présent et de se projeter dans l'avenir.

Si l'individu ne peut changer son histoire, il peut cependant changer le regard qu'il porte dessus et ainsi devenir sujet. « *L'individu, caractérisé par une forte hétéronomie, use d'un discours fondamentalement marqué par l'ordre social auquel il se réfère. Le sujet, quant à lui, fait preuve d'une autonomie plus grande en ce sens que son discours et sa conduite apparaissent susceptibles non de refléter le monde, mais de le transformer* »[275].

Dans la partie suivante, nous tenterons d'identifier plus précisément les enjeux formatifs de la recherche biographique en éducation afin d'appuyer la pertinence des sciences de l'éducation et de la formation dans l'accompagnement d'adultes présentant des conduites de dépendance.

IV.1.2.4. Formation de soi et construction de sens : pour une clinique du travail social

La recherche biographique permet de promouvoir la production de connaissances scientifiques permettant d'appréhender plus finement les enjeux d'expériences de vie complexes. Par ailleurs, elle permet une dimension d'auto et de co-formation pour celles et ceux qui y participent dans la mesure où la place du praticien n'est pas celle du « soignant supposé savoir » mais celle du chercheur soutenant la recherche de sens et la formation de soi. C'est le co-investissement dialectique qui permet à l'usager de passer d'une position de malade – par définition comme les autres, qui échoue donc à se singulariser – à une position d'individu, et bientôt de sujet, en quête de sens singulier. En outre, la présence de la figure universitaire et scientifique dans l'approche autorise l'exploration de nouvelles pistes. L'usager devient un acteur et choisit la direction de sens qu'il souhaite emprunter.

274*Ibid,* p. 75.
275Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 87.

La mise en place de ce genre de dispositif, que l'on pourrait qualifier d'andragogique, s'articule autour d'un renversement des positions liées à la hiérarchisation habituelle de la détention du savoir dans l'accompagnement biomédical et thérapeutique des adultes en addictologie. Ce renversement est rendu possible par la circulation de la parole, par l'écoute et par la mise en commun des savoirs. C. Niewiadomski précise : « *La personne accompagnée devient alors source de savoir pour un accompagnateur éventuellement conduit à s'interroger de façon inhabituelle, acceptant une éventuelle rupture avec ses représentations personnelles et professionnelles* »[276]. C'est un dispositif qui permet non seulement à l'accompagnateur de travailler sur sa propre posture mais surtout de se rapprocher d'une nouvelle réalité, celle vécue par la personne accompagnée, tout en lui laissant la liberté de son cheminement. L'auteur reprend les propos de J.-M. Labelle qui soutient l'idée selon laquelle : « *toute situation andragogique d'enseignement est en définitive une situation de séminaire de recherche où il ne s'agit pas d'enseigner quelque chose, mais d'apprendre aux adultes à chercher quelque chose. […] En cheminant avec le groupe, l'andragogue, dans une métalecture de ce qui s'enseigne, peut dégager le fil de ce qui s'apprend. Là s'apprécie son adresse* »[277].

L'andragogie offre une vision renouvelée de l'accompagnement, elle implique fortement les acteurs et essaye de les faire exister en tant que sujets singuliers capables de se positionner aussi bien sur ce qui leur arrive que sur le cadre de l'accompagnement proposé. C. Niewiadomski ajoute que : « *c'est donc par le témoignage de la capacité de l'accompagnateur à métacommuniquer à partir des difficultés que pose l'accompagnement que son discours pourra alors acquérir une crédibilité plus forte auprès des personnes accompagnées et qu'il pourra peut-être alors contribuer plus efficacement à la construction de leur autonomie* »[278].

Le travail éducatif ou plutôt formatif ne se fait plus en forçant le processus de changement par la délivrance d'une expertise mais en construisant un cadre d'accompagnement critiquable et actualisable permettant aux personnes de rechercher par elles-mêmes et ainsi appréhender les contradictions auxquelles elles sont confrontées. Cela suppose que le professionnel adopte une posture basse, réflexive et ouverte tout en ne déniant pas son professionnalisme et sa technicité éducative ni encore moins la nécessité, à un moment donné, de sa présence.

À ce sujet, la clinique narrative et éducative appliquée au champ de l'addiction rejoint parfaitement

276Niewiadomski, C. (2003). *Accompagner des praticiens de la formation confrontés aux paradoxes de l'accompagnement*, *op. cit*.
277Labelle, J.-M. (1996). *La réciprocité éducative*. Paris : Presses universitaires de France, p. 284 et 291.
278Niewiadomski, C. (2003). *Accompagner des praticiens de la formation confrontés aux paradoxes de l'accompagnement*, *op. cit*.

ces considérations andragogiques et formatives. L'intention clinique est appuyée par l'écoute d'un récit et : « *l'emploi du terme "éducation" réfère très explicitement ici à l'une des deux racines latines du mot. En effet, étymologiquement, le mot latin educatio découle du verbe educare (nourrir, avoir soin de, élever...). Mais, educatio découle également du verbe educere (faire sortir de, conduire, mettre en marche)* »[279]. C'est donc à la seconde définition qu'il se réfère dans ce cas-ci. De la sorte, l'usage de la clinique narrative et éducative vise particulièrement l'éducation des adultes et notamment l'accompagnement dans le domaine de la santé, de la formation des adultes et de l'éducation spécialisée. Elle peut être sollicitée comme manière de faire de la recherche mais aussi : « *comme modalité d'accompagnement visant à promouvoir un processus de changement et d'émancipation* »[280]. Elle vise donc la formation de l'individu vers une position de sujet.

Pour C. Niewiadomski, le terme de formation, qu'il préfère à celui d'éducation[281], renvoie : « *à la quête d'un sens subjectif à venir, où le soignant ne sait pas* »[282]. La formation se centre : « *sur une perspective existentielle mettant l'accent sur les propriétés émergentes d'un sujet envisagé comme une totalité complexe en interaction constante avec son environnement* »[283]. Autrement dit, la distinction se situe entre d'un côté, le développement d'une « entité » déjà formée (l'éducation) et de l'autre, la constitution d'une nouvelle « entité » (la formation). Il propose : « *d'envisager la formation comme un processus vital destiné à rassembler et à mettre en sens des éléments dispersés en vue de l'émergence d'une forme* »[284].

L'idée d'un processus formatif en addictologie, qui serait plutôt le domaine des éducateurs et plus largement des travailleurs sociaux, prolonge donc l'approche biomédicale et surtout le champ de la « psychothérapie éducative » (voire même en propose une transformation). C. Niewiadomski propose de parler de « psychothérapie éducative » en alcoologie pour qualifier les pratiques conventionnelles qui se situent entre information-sensibilisation et thérapie. Ainsi, la réintroduction des dimensions existentielles et des enjeux de formation de soi pourraient s'avérer complémentaires pour les personnes accompagnées. L'approche ne serait plus descendante entre un soignant et un soigné qui attend de l'autre d'être soigné ou informé, mais formative entre un praticien et un sujet singulier en quête de sens. L'objectif n'est évidemment pas de dénigrer le travail médical et psychothérapeutique, souvent indispensable, mais plutôt de contribuer au renouvellement de la philosophie générale de l'accompagnement d'adultes en addictologie, trop souvent réduits aux

279Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 131.
280*Ibid*, p. 71.
281Notamment dans le cadre des groupes histoires de vie qu'il a mis en place en alcoologie.
282Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit.*, p. 208.
283*Ibid,* p. 209.
284*Ibid,* p. 218.

critères de la pathologie et de la psychopathologie.

Par ailleurs, les éducateurs, qui échouent encore souvent à définir, à particulariser et à valoriser leur travail, pourraient ainsi, à travers les outils de la recherche biographique en éducation, assumer et développer davantage leur mission d'étayage réflexif et existentiel. L'usager serait : *« envisagé ici comme une personne capable d'effectuer un retour réflexif sur son histoire afin de lui donner du sens et de prendre des décisions quant à l'orientation de son existence* »[285].

La possibilité d'une clinique claire et identifiée du travail social autorise la particularisation de l'accompagnement de ces professionnels qui déploient déjà des méthodes très variées de développement de l'écoute et de la parole donnée. Des méthodes qui, selon C. Niewiadomski, sont plus complexes que la simple assistance et différentes du cadre de la psychothérapie. Les travailleurs sociaux font usage d'entretiens d'investigation, de résolution de problèmes, de soutien, de conseil, d'information et donc de « formation » (dans le sens d'une aide à la construction de soi) mais aussi d'entretiens motivationnels (notamment en addictologie), d'entretiens compréhensifs (et donc moins directifs) ou encore d'entretiens informels qu'ils manipulent souvent avec habileté dans le quotidien institutionnel. Ils cultivent enfin l'art de « l'aller vers », par-delà les contextes institutionnels, au cœur même des réalités vécues. Autant de manières d'être avec l'autre et de reconnaître la singularité de sa parole, qu'ils savent souvent convoquer et activer, même si c'est de manière inconsciente, aux moments opportuns.

Comme le suggère C. Niewiadomski, la clinique narrative et éducative pourrait, dès lors, intervenir en complémentarité de ces approches : « *de telle sorte que l'écueil d'une "technicisation normalisante" du travail social puisse être contourné* »[286]. Autrement dit, pour éviter la standardisation et la rationalisation instrumentale, souhaitées par certains décisionnaires politiques à l'échelle nationale et européenne, de l'accompagnement d'adultes pourtant singuliers. Tout ceci pour aboutir à l'idée générale d'une clinique propre aux travailleurs sociaux. Une clinique assumée, identifiable et permettant aux uns comme aux autres de mieux se repérer dans la relation éducative. Une clinique attentive à la souffrance psychique d'origine sociale et donc attentive à ne pas psychologiser certaines difficultés sociales que les usagers rencontrent, et ainsi replacer ces difficultés au sein du contexte biographique et socio-historique dans lesquelles elles émergent. Une clinique attentive aux questions de sens, à la réflexivité et aux dimensions émancipatrices plutôt qu'à la disparition des symptômes. Une clinique qui contribuerait enfin à l'émergence d'effets de compréhension et de transformation existentielle, modifiant potentiellement le rapport à la

285Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 71.
286*Ibid*, p. 128.

substance psychoactive. Elle serait un appui à la valorisation de la singularité de l'existence et à la réappropriation de l'histoire personnelle pour encourager le désir et la projection de soi (avec ou sans la substance).

Nous avons constaté la manière dont l'addiction et son accompagnement s'inscrivent dans une réalité complexe et parfois paradoxale. Il convient maintenant d'approfondir théoriquement la notion de paradoxe pour l'adapter plus précisément au champ des conduites addictives et ainsi offrir quelques grilles de lecture complémentaires. Nous faisons l'hypothèse que cette étape nous permettra d'enrichir la réflexion relative à la pratique narrative, éducative et formative en addictologie.

IV.1.3. Paradoxe et complexité

Le paradoxe est en effet au cœur de ce travail de recherche, comme bien souvent lorsqu'il s'agit d'étudier les phénomènes complexes liés au vécu subjectif. C'est un concept, en lui-même complexe, qu'il convient d'examiner avec précaution dans le but de mieux cerner certaines impasses éducatives. J. Miermont et ses collaborateurs offrent une description très détaillée et fine de cette notion et de la complexité qu'elle revêt : « *Au sens commun, un paradoxe est l'opinion extraordinaire qui vient heurter l'opinion commune. […] En sciences, on constate des paradoxes cognitifs, logiques, topologiques, linguistiques, psychologiques, sémantiques, pragmatiques. En logique formelle, un paradoxe est un énoncé comportant une logique auto-référentielle. Un énoncé auto-référentiel n'est pas nécessairement un paradoxe, et un énoncé contradictoire n'est pas non plus nécessairement un paradoxe* »[287]. C'est la combinaison des deux, auto-référence et contradiction, qui créent le paradoxe.

Les paradoxes logiques apparaissent chez G. Cantor en 1880 à travers la théorie des ensembles. Ce mathématicien allemand décidera de prendre en compte l'auto-référence dans son travail. À la suite de cela, A.N. Whitehead et B. Russell développent, au début du 20ème siècle, la théorie des types logiques et souhaitent renouer avec une mathématique « plus saine » qui exclurait le fait que tout ensemble puisse être élément de lui-même. C'est-à-dire excluant l'auto-référence et le paradoxe. Ce que G. Spencer-Brown, disciple de B. Russell, réintroduira en 1969. Le but sera de rendre compte et de formaliser la complexité des paradoxes logiques sans en omettre les subtilités.

287Miermont, J. (dir.). (2001 [1987]). *Dictionnaire des thérapies familiales.* Paris : Payot & Rivages, p. 490-491.

Dans la logique formelle, un paradoxe est donc une : « contradiction auto-référentielle »[288]. Une auto-référence ou une contradiction ne suffisent pas. Elles peuvent créer une confusion tout au plus. L'auto-référence apparaît lorsqu'un élément « détaché » d'une classe d'éléments (englobant cette classe) est considéré lui-même comme élément de cette classe. Dès lors, si un énoncé les met en scène et qu'il contient une contradiction, il entraîne un paradoxe.

Prenons l'exemple du barbier. Ce paradoxe pragmatique apparaît de cette manière : « *À l'armée, un officier exige du barbier officiel de ne raser que les soldats qui ne se rasent pas eux-mêmes afin de gagner du temps. Le paradoxe survient lorsqu'on se demande si ce barbier se rasera ou non. En effet, il ne peut se raser que s'il ne se rase pas lui-même et réciproquement* »[289]. Le barbier doit s'occuper de tous les soldats. Toutefois, faisant partie de la classe des soldats, il est également chargé de se raser s'il ne se rase pas lui-même. Il fait face à une « contradiction auto-référentielle » qui le plonge dans un paradoxe infini.

Même s'il est difficile de faire un parallèle simple, prenons un exemple hypothétique en lien direct avec ce travail de recherche :

Évoquons le cas d'un usager qui poursuit ses consommations pour survivre dans un monde qui lui paraît hostile : « Si je ne consomme pas, je ne peux pas survivre dans ce monde ». Toutefois, en dépit de son sentiment, il constate que sa condition vitale décline dangereusement : « Si je ne veux pas quitter prématurément ce monde, je dois arrêter de consommer ». Dans cet exemple, il fait face à sa double position contradictoire de consommateur qui cherche à survivre et d'être humain qui cherche à ne pas mourir :

- S'il considère que consommer permet de survivre, il finira par mourir prématurément et disparaître de la classe des êtres humains.
- S'il considère qu'il doit prolonger sa vie, il prend le risque de ne plus pouvoir survivre dans le monde qui l'entoure.

C'est ce que R. Lefebvre et M. Legrand nomment « impasse » à propos des consommations d'alcool : « "*je ne peux pas (plus) vivre avec l'alcool", mais "je ne peux pas ne pas vivre avec l'alcool"* »[290].

Cette démonstration permet de rendre compte de la manière dont se décline un paradoxe en sciences humaines et sociales et notamment en addictologie. La formulation complexe de ce paradoxe permet également, de manière métaphorique, de donner à voir le brouillard réflexif qui inonde les personnes dépendantes. C'est le couple aliénation-émancipation qui déstabilise finalement les usagers. Nous approfondirons cette dimension dans le chapitre VI.

288*Ibid*, p. 494.
289*Ibid,* p. 494.
290Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme. *Psychotropes, 9(1)*, 7-26, p. 21.

Néanmoins, malgré cette démonstration, la réalité et le sens des usages revêt sans doute une complexité encore plus grande qui est de l'ordre de l'insaisissable. Les théorèmes d'incomplétude de K. Gödel, élaborés dans les années 1930, démontrent d'ailleurs : « (qu') *aucune théorie finie et consistante ne peut prétendre "couvrir" toutes les assertions et en particulier les assertions la concernant* »[291]. K. Gödel prend comme exemple les *Principia Mathematica* qui recouvrent le champ des mathématiques classiques. Ce champ peut difficilement s'expliquer lui-même et encore moins tout expliquer. Cette perspective incite à se montrer créatif dans le développement de théories relatives au monde social où un même phénomène observé peut couvrir plusieurs significations et réalités. Il faut donc peut-être renoncer à la complétude. Les auteurs du dictionnaire rappellent cette phrase de P. Watzlawick datant de 1978 : « *Il n'y a plus une réalité, mais autant de réalités que de personnes qui les perçoivent* »[292]. Ils précisent qu'une théorie peut être étendue, ce que fait le milieu scientifique en partant d'une hypothèse pour étudier le monde réel ; ou réduite, pour qu'elle soit plus facilement démontrable.

G. Spencer-Brown, par son travail sur le calcul auto-référentiel, a élaboré un calcul mathématique permettant d'inclure le paradoxe comme élément logique. Une approche reprise par F. Varela en 1979 et étendue à l'étude de l'auto-organisation des êtres vivants. En effet, dans le cas des sciences humaines l'apparition de l'élément paradoxal paraît inéluctable. Ainsi, le calcul mathématique permet de le traiter symboliquement pour mieux l'appréhender.
Le calcul auto-référentiel se réfère par exemple à des énoncés où la solution « x » recherchée est fonction d'elle-même (x = f(x)). Ces considérations mathématiques montrent plusieurs résultats. Tout d'abord, que ce type d'énoncé, qui n'est pas nécessairement paradoxal, peut aboutir à une valeur limite lorsque cette valeur est appliquée indéfiniment à elle-même. D'autre part, qu'un énoncé auto-référentiel peut recouvrir plusieurs solutions en fonction de la valeur initiale choisie. Enfin, que ce type d'énoncé n'aboutit pas nécessairement à une valeur limite mais peut aboutir également à une « oscillation » entre deux valeurs ou plus. C'est parfois le cas lorsque l'énoncé est auto-référentiel mais c'est systématiquement le cas lorsque la fonction f(x) contient de surcroît une contradiction ou une négation à propos de « x ». C'est-à-dire dans le cas d'une contradiction auto-référentielle. J. Miermont et ses collaborateurs précisent : « *C'est l'oscillation elle-même entre les deux valeurs qui constitue la solution du problème et que G. Spencer-Brown a réussi à formaliser* »[293]. Pour éclairer ces propos les auteurs décryptent le paradoxe linguistique d'Eubulide : « *Ce que je dis est-il vrai lorsque j'énonce "je mens"? Qui obtient pour solution l'oscillation*

291Miermont, J. (dir.). (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales, op. cit.*, p. 665.
292*Ibid*, p. 667.
293*Ibid,* p. 495.

oui/non/oui/non/... »[294]. F. Varela parle « d'état autonome » lorsqu'il évoque la formalisation des états auto-référentiels paradoxaux. G. Spencer-Brown, quant à lui, parle « d'état imaginaire »[295]. Dans le cas d'une rencontre avec un état autonome, les auteurs du dictionnaire proposent deux approches pouvant y remédier. Il s'agit de le confronter à un autre état autonome adéquat, soit pour le recadrer, soit pour l'encadrer.

Ces perspectives entrent en résonance avec l'accompagnement des conduites de dépendance. Elles apparaissent également essentielles dans une démarche scientifique. La solution à un problème ou à une situation est parfois contenue dans une oscillation entre plusieurs valeurs ou plusieurs approches. Aussi, chaque situation paradoxale contient bel et bien des solutions.

En ce sens, nous pourrions considérer que le paradoxe puisse être également un outil puissant de l'accompagnement plutôt qu'une simple contrainte inscrite dans la complexité. Les paradoxes sont inhérents aux phénomènes sociaux et aux relations humaines. La communication ou plutôt la métacommunication relative aux paradoxes peut constituer un levier d'accompagnement et d'émancipation. Ce serait un outil malléable pouvant aboutir à plusieurs solutions, a priori oscillantes. Cette approche ouvre donc le champ des possibles. Finalement, plus le professionnel aurait une idée claire des paradoxes contenus dans les conduites addictives, plus l'émergence de contradictions dans l'accompagnement serait atténuée et plus la probabilité pour la personne accompagnée de faire un pas de côté concernant ses consommations serait importante. À l'inverse, la non-prise en compte des paradoxes, par les professionnels, favoriserait l'émergence de contradictions et diminuerait la probabilité pour la personne accompagnée de faire un pas de côté. J. Miermont et ses collaborateurs nuancent l'aspect complexe du paradoxe en lui rendant également son intérêt, notamment d'un point de vue psychique : « *La paradoxalité apparaît aussi comme une défense : elle nie l'ambivalence, elle est conflictuelle et antidépressive car elle permet d'évacuer les conflits et d'attaquer l'objet sans le perdre. La paradoxalité est à la fois agression et défense du moi* »[296]. Ainsi, le paradoxe semble être un outil et parfois même une nécessité permettant d'approcher la complexité pour mieux la contourner ou l'appréhender en évitant, dès lors, les réponses univoques. Nous retrouvons ici l'idée de l'oscillation.

Nous regrouperons plus tard les différents paradoxes identifiés tout au long de cette grande première partie de notre travail doctoral. Pour l'heure, recentrons-nous sur l'accompagnement en addictologie.

294*Ibid,* p. 495.
295*Ibid*, p. 132.
296*Ibid*, p. 490.

IV.2. Vers un nouveau paradigme de l'addictologie : la fin de l'abstinence ?

Avant tout, tâchons de définir une notion qui apparaît en toile de fond de ce travail doctoral : la liberté. Comment s'exprime-t-elle dans le cas des conduites addictives ? Le consommateur perd-il sa liberté en consommant ou cherche-t-il à la regagner ? La réponse à cette deuxième question est fondamentale puisqu'elle influence l'accompagnement et la manière de concevoir le soin. La partie suivante sera l'occasion pour nous de préciser tout d'abord certains contours de cette notion complexe et bien sûr de l'intégrer à la question des addictions ainsi qu'au rapport dialectique entre aliénation et émancipation. Ensuite, nous tenterons de donner à voir les paradigmes qui s'expriment en addictologie afin de repenser, à la suite des travaux de sciences de l'éducation évoqués plus haut, l'action éducative, formative et thérapeutique. Nous nous tournerons vers un projet d'accompagnement qui donne une place centrale à la question du sens et qui ouvre doucement la possibilité d'un nouvel axe centré sur ce que nous souhaitons appeler la « régulation des consommations » ou RdC.

IV.2.1. De la liberté de consommer

En acceptant de déconstruire certaines représentations, nous pouvons envisager que le consommateur recherche en consommant une certaine forme de liberté ; qu'il exprime peut-être une volonté de s'appartenir pour ne plus être sous le joug de normes sociales aliénantes et de difficultés existentielles dans lesquelles il ne se représente pas ou plus. La consommation intervient alors comme une tentative de reprise de contrôle de sa vie en mettant l'insupportable à distance. Peut-être pouvons-nous comprendre en ce sens les propos de P. Ricœur lorsqu'il écrit que : « *l'esclavage de la faute* (entendue ici comme acte de consommer) *se dénonce lui-même comme liberté par la protestation d'une certitude plus profonde, celle d'avoir pu faire et être autrement ; la faute annonce un pouvoir qui me fait responsable au cœur même d'une impuissance qui gémit et appelle la délivrance* »[297]. Cet axe spécifique sera largement discuté dans notre chapitre VI. Pour l'heure, nous souhaitons nous intéresser plus précisément à la notion de liberté en addictologie.

297Ricœur, P. (2009 [1950]). *Philosophie de la volonté. 1. Le Volontaire et l'Involontaire.* Paris : Points, p. 251.

Comme le rappelle M. Balandier, suivant les dispositions de l'article 4 de la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen du 26 août 1789 : « *la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi* »[298]. Le petit Robert en propose également plusieurs définitions. En voici quelques-unes que nous avons retenues : « *État, situation de la personne qui n'est pas sous la dépendance absolue de quelqu'un* » ; « S*ituation de qui n'est pas retenu captif* » ; « *État de ce qui ne subit pas de contrainte* » ; « *Possibilité, pouvoir d'agir sans contrainte* » ; « *État de celui qui n'est pas lié par un engagement* » ; « *Indépendance d'un esprit qui n'est pas dominé par la crainte, par des préoccupations obsédantes ou encore par des préjugés, des préventions* » ; « *Caractère indéterminé de la volonté humaine* » ; « *État de celui qui agit avec pleine conscience et après réflexion ou conformément à la raison* »[299]. Il nous semble que cette notion comporte aussi une grande dose de subjectivité. Comme toute notion subjective, il est difficile d'en avoir une définition complètement représentative. Chacun a justement la possibilité de pouvoir créer sa propre définition, c'est peut-être aussi cela être libre.

De notre point de vue, cette idée de s'appartenir et de faire le choix conscient de ses propres contraintes nous semble tout à fait pertinente et intéressante pour encadrer notre propos. Plus qu'un état, cette notion représente davantage, à notre sens, un processus d'émancipation en perpétuelle construction et redéfinition selon le contexte et l'étape de sa vie. On tend vers, sans jamais être totalement. P. Ricœur ajoute : « *l'expérience de la liberté est en effet elle-même une expérience évanouissante qui doit être sans cesse reconquise par l'action de soi sur soi* »[300]. La liberté favoriserait ainsi « l'advenue du sujet à lui-même », pour reprendre une expression chère à V. de Gaulejac[301], en réduisant sans jamais effacer totalement les contraintes internes et externes subies (lois, règles, normes, morale, etc.).

Par ailleurs, la notion de « volonté involontaire » développée par M. Legrand, à la suite de J.-P. Sartre et de sa « praxis de la passivité », permet de mettre en perspective ces propos. Effectivement, selon M. Legrand, la volonté se construit également à travers l'involontaire. La liberté en addictologie se construit donc de manière paradoxale : aussi bien dans le choix de poursuivre la conduite de dépendance que dans celui de s'abstenir. Il importe alors pour les professionnels

298Balandier, M. (2017). La consommation de substances psychoactives en centre d'hébergement et de réinsertion sociale. Interdit ou liberté ? *Les Cahiers de l'Actif, 490-491*, 69-85, p. 69.

299Le petit Robert (1979). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.* Paris : Société du Nouveau Littré, p. 1090-1091.

300Ricœur, P. (2009). *Philosophie de la volonté, op. cit.*, p. 251.

301Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*

d'évaluer le « degré » de lucidité et de conscience, autrement dit de consentement pour reprendre les termes de P. Ricœur, des personnes accompagnées lors de l'énonciation d'un souhait ou d'une volonté thérapeutique, que P. Ricœur nomme projet. En nous conseillant d'ailleurs la lecture ou relecture de l'ouvrage de P. Ricœur sur ce sujet, M. Legrand précise : « *On découvrirait qu'il n'est point de volonté pure au-delà des déterminations opaques de l'involontaire, du corps, de l'émotion, du désir, de mon histoire déjà faite, et donc point de volonté qui s'imposerait souverainement de l'extérieur à ces déterminations* »[302].

En effet, pour P. Ricœur, si la volonté (autrement dit la liberté) se construit à travers trois étapes (le projet ; la motion volontaire, c'est-à-dire l'action ; et le consentement) chaque acte reste néanmoins influencé par des déterminismes plus ou moins conscients, notamment dans l'étape du consentement, et sur lesquels nous avons peu ou pas de pouvoir d'agir pour reprendre un concept cher à Y. Le Bossé. Ainsi, dans l'étape du projet ce sont les motifs de ce dernier qui sont influencés par des fonctions involontaires (le besoin, le plaisir, la douleur, les motifs affectifs, etc.) ; dans l'étape de l'action et de l'agir, l'involontaire se situe dans la relative docilité des organes et par exemple dans certaines fonctions psychologiques telles que l'habitude ou encore dans la réaction émotionnelle ; dans la dernière étape du vouloir, l'involontaire y est plus absolu encore, plus difficilement saisissable et se rapporte à de l'inévitable (le caractère, l'inconscient, l'organisation vitale à laquelle nous ajouterions peut-être sociale, environnementale et biographique[303]), c'est à cet involontaire que le sujet consent[304]. La liberté n'est donc peut-être jamais totale. Toutefois, cela vient mettre en lumière le fait que la responsabilité ne l'est jamais complètement non plus. Selon P. Ricœur, le volontaire et l'involontaire s'inscrivent dans une dualité paradoxale mettant en lumière les rapports contrastés entre la liberté et la nature, entre la liberté et la nécessité. C'est bien souvent dans ce rapport que s'articulent, d'une certaine manière, les conduites de dépendance.

Dès lors, le travail du thérapeute consisterait à accompagner les individus vers une tentative d'apaisement de ce paradoxe par une réconciliation du volontaire et de l'involontaire ou, dans une perspective freudienne, du « Moi » (du côté de la réflexivité et de la volonté) et du « Ça » (du côté des pulsions et des désirs inconscients). M. Legrand décrit clairement certaines situations d'alcoolisation permettant de mettre en lumière l'idée selon laquelle dans la conduite de dépendance, même extrême, le « Moi », le « Je », le « vouloir » persistent pendant que le « Ça », « l'involontaire » agissent sur la décision du sujet d'être abstinent, qui se pose pourtant en acteur libre. C'est dans le processus de subjectivation que le paradoxe apparaît mais c'est aussi dans ce

302Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 54-55.

303Que nous pourrions d'ailleurs également associer à la première étape en tant que motifs sociaux, environnementaux et biographiques.

304Ricœur, P. (2009). *Philosophie de la volonté, op. cit.*, p. 23-25.

dernier qu'une tentative de réconciliation est possible : « *Le sujet advient, entre déterminisme et liberté, dans un entre-deux plus ou moins contradictoire* »[305], souligne V. de Gaulejac. Il advient à partir des éléments qui constituent son histoire et son être au sein des contradictions qui le traversent et qu'il cherche à démêler, entre « Moi » et « Ça », entre volontaire et involontaire : inlassablement intriqués.

D'autre part, comme le rappelle J. Maisondieu, chez J.-P. Sartre : « *être libre, ce n'est pas pouvoir faire ce que l'on veut, c'est vouloir ce que l'on peut* »[306]. Et parfois, on ne peut pas se passer de la consommation et/ou on ne le veut pas, en tout cas dans les critères généralement définis par l'idéal abstinentiel du soin dit « conventionnel », et au-delà même de la question du manque physique et psychique.

Consommer ne renvoie donc pas nécessairement à une absence ou une perte de liberté. En ce sens : « Si je ne peux pas vivre ou survivre sans consommer, en tout cas pour le moment, je veux pouvoir continuer à consommer librement sans être jugé », tout en n'excluant pas la possibilité d'un accompagnement et d'une régulation du rapport au produit. M. Legrand, que nous rejoignons dans le cœur de ce travail doctoral, soutient l'idée suivante : « *On l'aura compris : contre l'idée d'une dépendance aliénée au produit, contre la thèse d'une "perte de liberté" vis-à-vis de l'alcool, je postule que l'alcoolique, d'une certaine façon, se choisit buveur et que dès lors, il peut se choisir non buveur. Toute thérapie de l'alcoolisme est – et ne peut être – qu'une thérapie de la liberté* »[307].

Par ailleurs, nous pourrions imaginer que la liberté, en tant que préalable, empêcherait le développement voire l'apparition des mécanismes de l'addiction. Autrement dit, la quête préalable et continue d'une liberté personnelle, par un processus de subjectivation et donc une recherche existentielle de soi dans le cadre de son parcours de vie, atténuerait l'appétence nocive aux consommations de substances psychoactives : la quête d'émancipation et de déconstruction sociale comme outil de prévention et de régulation, comme possibilité d'acquisition d'une plus grande malléabilité ou plasticité au regard de ses propres aliénations. Nous y reviendrons dans le chapitre consacré au couple aliénation-émancipation.

Comment le thérapeute et le travailleur social peuvent-ils, alors, s'inspirer de ces réflexions de manière pratique et pragmatique ? De quelles manières les intégrer à l'accompagnement ? C'est ici qu'une place à l'inventivité, à la créativité ainsi qu'à la recherche scientifique doit être proposée aux acteurs de terrain. Il nous semble que le travail sur le sens par le biais des approches biographiques

305Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit*., p. 125.
306Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 508.
307Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 67.

et notamment de la sociologie clinique constitue un possible levier innovant d'accompagnement en addictologie.

IV.2.2. Des pistes encore timides ou peu exploitées

Certains auteurs, dont nous avons déjà discuté les travaux, proposent des réflexions très audacieuses que nous souhaitons poursuivre. Toutefois, il nous semble que les pistes cliniques envisagées restent encore très centrées, finalement, sur le principe de l'abstinence.

Par exemple, pour J. Maisondieu, la clef de l'accompagnement se situe dans l'idée de permettre à la personne accompagnée de tourner le dos à l'usage de l'alcool comme moyen de se faire aimer ou apprécier des autres. En tout cas sur le long terme. Ce projet « idéal », proposé par J. Maisondieu, permettrait aux personnes de se protéger de la rechute tout en conservant la possibilité d'un usage régulé ou « normal ». Même si, pour l'auteur, il aboutirait la majorité du temps à une abstinence identique que celle préconisée par les groupes « AA » et « NA »[308] ou par beaucoup de professionnels de l'addictologie. Identique ? Peut-être pas tout à fait. L'abstinence serait alors davantage acceptée et conscientisée. L'auteur ajoute au sujet des consommateurs : « *Il est vrai que ces derniers, en faisant de l'art de boire la référence ultime de leur honneur perdu, entraînent facilement sur ce terrain douteux ceux qui veulent les aider. Boire ou empêcher de boire devient le mauvais enjeu qui perturbe les relations entre l'alcoolique et l'alcoologue et apporte à l'alcoolisme son pesant de chronicité* »[309]. D'après notre expérience, ce projet « idéal » constitue une vision de l'accompagnement qui ne s'est pas encore beaucoup développée, en particulier dans les CSAPA avec hébergement. Les relations d'accompagnement demeurent souvent perturbées par ce mauvais enjeu décrit par J. Maisondieu.

D'autre part, permettre au consommateur de travailler sur son rapport au produit est une chose, mais le laisser maître de sa décision de consommer ou non en est une autre. Cette liberté est souvent mise en avant dans les discours des professionnels mais moins dans leurs actions. Effectivement, à l'heure actuelle si une personne fait le choix d'une poursuite de ses consommations elle prend le risque de voir son contrat d'accompagnement se terminer prématurément, surtout dans les structures de soins de type résidentiel. Le cadre ne sera plus adapté à long terme, pour la sécurisation des lieux

308« Narcotiques Anonymes » est une association créée en 1953 sur les mêmes fondements que son homonyme « Alcooliques Anonymes » à la différence qu'elle accueille des personnes consommant tous types de produits psychoactifs y compris l'alcool.

309Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 511.

et des groupes, et la personne concernée ou plus souvent la structure mettra fin au contrat.

Pourtant, la clinique nous le prouve et J. Maisondieu le rappelle, même les consommateurs excessifs ou dépendants peuvent arriver à consommer plus modérément, peu importe le produit de prédilection. Cette perspective constitue déjà une véritable démarche de soins. Peut-être faut-il offrir davantage d'outils aux personnes souhaitant s'inscrire dans cette optique ou n'ayant pas d'autres possibilités réalistes et réalisables, à un moment donné, en dépassionnant la question des consommations. C'est un chantier à la fois subtil et colossal nécessitant un changement de paradigme. L'abstinence n'est pas toujours nécessaire ou acceptable. Elle est d'ailleurs souvent imposée. L'abstinence doit devenir un outil ou un levier plus qu'un passage obligé. Elle ne doit pas être l'objectif ultime.

Par ailleurs, J. Maisondieu décrit le fonctionnement des postcures comme étant une perspective d'action pertinente. Toutefois, selon notre expérience, cette perspective ne correspond pas à l'analyse fondamentale qu'il développe. En effet, ce fonctionnement éducatif ne permet pas d'alternatives à l'abstinence tout en continuant, de manière paradoxale, à accompagner des personnes qui rechutent ou reconsomment régulièrement et qui sont dans l'impossibilité de tenir un cadre d'abstinence à long terme. L'idée de J. Maisondieu est de permettre à la personne accompagnée de choisir ce qu'elle veut comme mode de vie, tout en l'éloignant du produit et en faisait le pari que, si la personne a tenu pendant plusieurs mois voire années, elle conservera certainement comme choix de vie l'abstinence. Cette perspective nous paraît critiquable d'un point de vue éthique et philosophique et son approche pratique nous paraît contradictoire. Même si ce sont les personnes qui font le choix d'aller dans telle ou telle structure de type résidentiel (en milieu hospitalier ou associatif), nous pensons qu'elles n'ont pas réellement le choix d'un autre type de fonctionnement que celui qui est proposé par toutes les structures de ce genre en France, c'est-à-dire une démarche de soins approfondie à l'écart complet de tous produits psychoactifs et de toutes consommations. Pourtant, si on veut laisser la possibilité aux personnes accompagnées de choisir entre consommer, ne pas consommer, consommer modérément, il faut qu'il y ait une vraie possibilité de choix et un travail éducatif allant réellement dans ce sens. Soit par un panel de structures différentes, soit par des aménagements au sein d'une même structure afin de respecter toutes les individualités et la singularité des parcours de chacun.

Nous sommes encore trop souvent aujourd'hui soit dans le soin, soit dans la « défonce ». Il doit exister un juste milieu : en CAARUD, en CSAPA, et pourquoi pas même dans le cadre du milieu hospitalier.

IV.2.3. Dogme ou paradigme et travail sur le sens

Après toute guerre, vient la paix. En ce sens et comme le confirme M. Kokoreff, la « guerre aux drogues » est déclarée depuis plus de cinquante ans sans résultat probant ni sur la criminalité, ni sur les consommations[310]. Selon les travaux de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT)[311], les réseaux de trafic restent extrêmement dynamiques[312] et les niveaux de consommation toujours élevés[313]. Ces constats justifient paradoxalement le renforcement de l'appareil répressif par un phénomène de boucle auto-alimentée. Dès lors, le phénomène nous amène à reconsidérer notre rapport aux substances psychoactives et à prendre en compte la possibilité d'une pacification de ce rapport[314].

D'ailleurs, même s'il y est moins prégnant et contradictoire, un combat subsiste dans les structures d'accompagnement depuis plusieurs décennies. Une forme de « chasse aux consommations », sous couvert du thérapeutique, par le billet par exemple d'analyses urinaires « surprises », « d'interrogatoires », de fouilles diverses des effets personnels et parfois même de mises à nu, au sens littéral de l'expression, pour s'assurer qu'aucune substance n'est apportée sur le lieu de soin.

Par ailleurs, certains professionnels refusent tout simplement l'accompagnement ou la prescription d'un traitement de substitution quand les personnes consomment. D'autres rabâchent des éléments culpabilisants et moralisateurs, parfois inconsciemment, en espérant que la personne cesse de consommer. Et d'autres enfin, prônent l'accueil inconditionnel avec un discours très ouvert sur la question que les actes et le règlement de fonctionnement, finalement très conditionnés, ne reflètent pas toujours.

Il faut signaler que la loi ne sécurise pas toujours les professionnels dans leurs pratiques et qu'ils doivent donc se débattre comme ils le peuvent pour trouver un équilibre entre soin et légalité. Toutefois, il semble qu'un travail de responsabilisation et de confiance représente un levier significatif, non pas nouveau, mais toujours trop peu exploité. Les personnes sont encore souvent

310 N'empêchant pas non plus, ces dernières années, la prolifération des drogues et nouveaux produits de synthèse (NPS) conçus dans des laboratoires étrangers et pouvant être achetés, pour certains, librement sur le net.

311 Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies renommé Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives en 2022. https://www.ofdt.fr/ (page consultée le 20 juin 2023).

312 Gandilhon, M. (2022). *L'offre de stupéfiants en France en 2021*. Paris : OFDT ;
OFDT. (2023). *La cocaïne, un marché en essor, op. cit.*

313 Spilka, S., Richard, J.-B., Nézet (le), O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., Shah, J., Chyderiotis, S., Andler, R. & Cogordan, C. (2018). *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017*. Tendances n°128, Paris : OFDT ;
OFDT. (2022). *Drogues et addictions. Chiffres clés*. Paris : OFDT.

314 Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 15.

réduites à la figure du malade comme les autres et à la nécessité d'une abstinence totale : à travers un cadre alimentant, par certains aspects, une nouvelle dépendance, mais cette fois à autrui et à l'institution thérapeutique. C. Niewiadomski résume les deux positions qui polarisent l'accompagnement clinique des addictions : « *Pour les uns, le fait que les alcooliques* (ou les consommateurs en général) *ne peuvent contrôler leur consommation, et que ce processus se déroule en dehors du pouvoir de leur volonté, constitue la preuve manifeste qu'il s'agit d'une maladie et non d'une "mauvaise habitude". S'appuyant sur un certain nombre d'hypothèses biologiques, ce courant, dominant en alcoologie* (et en addictologie)*, postule que la seule possibilité thérapeutique réside dans l'abstinence totale et définitive de toute boisson alcoolisée. Pour d'autres, minoritaires, l'alcoolisme ne peut être véritablement assimilé à une maladie, et ils envisagent la perte de contrôle à l'égard de l'alcool comme un trouble temporaire* »[315]. Un trouble sur lequel on peut travailler et que l'on peut certainement atténuer par un processus formatif de responsabilisation et un travail sur le sens.

M. Legrand suggère l'idée d'une possible gestion du symptôme, autrement dit la modification des habitudes de consommation, que le thérapeute doit permettre par le biais d'un programme spécifique de soins : en passant tout de même, selon l'auteur, par une longue période d'abstinence mais sans pour autant exclure à jamais la consommation. Bien évidemment, cette piste ne constitue pas l'essentiel de l'approche qu'il développe. L'abstinence n'est qu'une étape et non pas le but. Elle ne vient pas déconstruire le mal-être existentiel à l'origine du recours problématique. Il préconise donc dans le même temps le développement d'une démarche d'accompagnement de type biographique : « *visant à interroger et à reconstruire l'histoire, en vue de dégager le sens historico-existentiel du recours à l'alcool* (ou à d'autres substances) »[316]. Cette approche est également soutenue par C. Niewiadomski qui évoque la nécessité de réintroduire l'histoire personnelle du sujet dans le traitement de l'alcoolisme, entre thérapie et formation, à travers notamment un travail sur la ou les temporalités qui s'effectue en groupe. Il précise : « *La réintroduction de l'histoire du sujet dans l'accompagnement thérapeutique va permettre de travailler avec la personne intéressée sur les sens et les non-sens de sa conduite à l'égard de l'alcool. Elle contribuera également à l'inciter à s'interroger plus largement sur la signification de son existence, sur sa façon "d'être au monde"* »[317]. Nous souhaiterions d'ailleurs favoriser l'extension de cette approche spécifique, par le biais de la recherche biographique, à toute l'addictologie, et notamment dans le champ du travail socio-éducatif.

315Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 98.
316Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 73.
317Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 114.

D'autre part, M. Legrand rappelle que dès les années 1960, notamment dans les pays anglo-saxons, se développe un courant issu du behaviorisme (comportementalisme) appuyant la possibilité d'une consommation « contrôlée ». Il en précise les contours : « *La stratégie du "boire contrôlé"* (puisqu'il s'agit ici de la question de l'alcool) *a pour but de permettre à l'alcoolique, moyennant l'apprentissage de certaines techniques, de retrouver un contrôle sur sa consommation et de revenir ainsi à un boire "social" ou "modéré"* »[318].

Au départ, les techniques comportementales utilisées pour accompagner les addictions à l'alcool s'inspiraient des modèles de conditionnement développés par I. Pavlov et B. Skinner. Elles avaient notamment pour but une forme de « cure de dégoût » en administrant préalablement certains médicaments aversifs provoquant nausées et vomissements en cas d'ingestion d'alcool. Puis, petit à petit, le behaviorisme s'est transformé en behaviorisme cognitif intégrant davantage, comme le rappelle M. Legrand, la part consciente du sujet et sa liberté. Les techniques cognitivo-comportementales font alors appel à l'autocontrôle ou autogestion et se confondent avec le projet du québécois D. Cormier d'un « boire contrôlé » ou d'un « boire réfléchi »[319] qui s'appuie selon M. Legrand : « *sur l'hypothèse humaniste de la liberté et de l'autodétermination, la possibilité pour l'alcoolique d'autolimiter lucidement sa pratique de consommation* »[320]. Quand l'idée d'un boire contrôlé s'appuie sur une approche comportementale par conditionnement avec l'idée d'un désapprentissage du boire problématique, l'idée d'un boire réfléchi s'appuie quant à elle sur le principe de l'autodétermination par la réflexion sur soi en définissant précisément les contextes et manières de consommer (choix des circonstances, fréquences, quantités, etc.). M. Legrand réintroduit par ailleurs une étude américaine issue du champ de la psychologie expérimentale menée par L. Sobell et M. Sobell, publiée en 1973, attestant d'une meilleure efficacité du travail thérapeutique mené avec la consommation contrôlée qu'avec l'abstinence. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant consacré au troisième axe d'accompagnement en addictologie.

Dans une étude de cas réalisée plus tard avec R. Lefebvre, M. Legrand réaffirme la possibilité d'un retour à un recours non problématique[321]. En marge du modèle médical, les deux auteurs proposent de recourir aux sciences herméneutiques à travers un travail d'ordre existentiel sur le sens du recours problématique (par le biais des récits et histoires de vie notamment). Dès lors, le processus de transformation existentielle permettrait, au-delà d'un travail centré sur l'apprentissage

318Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 75.
319Cormier, D. (1989). *Alcoolisme : abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal : Méridien.
320Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 76.
321Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme, *op. cit.*

(comportemental, cognitif et social) que l'on peut retrouver chez N. Heather[322], de saisir la « dramatique existentielle » du buveur. Ainsi, en dénouant les nœuds existentiels masqués par/ou expliquant le recours excessif, ils ouvrent logiquement, à la suite de J. Maisondieu, la possibilité d'un retour à une consommation modérée, contrôlée ou encore réfléchie. Ce faisant, la gestion du symptôme ne signifie pas uniquement la gestion « pratique » de ses consommations. Elle implique un travail réflexif appuyant le processus de subjectivation.

Néanmoins, tout comme J. Maisondieu, M. Legrand pose certaines limites au développement d'une action thérapeutique centrée sur la gestion des consommations que nous souhaitons, sans certitude, requestionner. En effet, il préconise cette approche pour les personnes alcooliques les moins en difficulté, les moins sévèrement touchées. De surcroît, il préconise, dans tous les cas, tout comme J. Maisondieu, une longue période d'abstinence (environ une année). Ce projet ressemble fortement à ce qui se fait actuellement dans l'offre de soins – depuis plusieurs décennies maintenant – et qui montre toujours de nombreuses limites ainsi qu'une efficacité somme toute relative sur le plus long terme et en dehors du cadre de soins.
À ce propos, C. Niewiadomski, qui évoque une injonction à l'abstinence toujours très présente dans le traitement de l'addiction, précise que l'approche théorique actuelle de l'accompagnement – inspirée notamment des travaux de P. Fouquet (pour ce qui est de l'alcoologie) et du modèle psychothérapeutique – présente une originalité et une pertinence dans le même temps que certaines limites. Il précise que ce cadre se heurte à différents problèmes liés : « *aux difficultés d'autonomisation posées par les personnes alcooliques. Ainsi, trop souvent, le versant "psychothérapeutique" vise une identification protectrice mais parfois aliénante pour le sujet. L'identité du sujet tend ainsi à se réduire à un trait d'appartenance : "être un malade alcoolique comme les autres", qui échoue à singulariser un patient en difficulté avec l'image de lui-même* »[323]. Ainsi, C. Niewiadomski préconise, lui aussi, d'introduire en complémentarité des propositions actuelles un travail de « relecture existentielle » via certaines approches biographiques qui pourraient être garantes d'une subjectivation et d'une abstinence plus efficaces. La perte d'objectivité de ces approches semble être compensée par la plus-value liée à la compréhension plus fine des réalités singulières vécues.

322Heather, N., Tebbutt, J., Mattick, R. & Zamir, R. (1993). Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption : A preliminary report. *Journal of Studies on Alcohol, 54(6)*, 700-709 ;
Heather, N., Booth, P. & Luce, A. (1998). Impaired Control Scale : Cross-validation and relationships with treatment outcome. *Addiction, 93(5)*, 761-771 ;
Heather, N. & Dawe, S. (2005). Level of impaired control predicts outcome of moderation-oriented treatment for alcohol problems. *Addiction, 100(7)*, 945-952.
323Niewiadomski, C. (2014). Maladie alcoolique et expérience biographique, *op. cit.,* p. 51-52.

Dans cet ordre d'idées, les travaux de C. Baeza portant sur un dispositif de recherche biographique appelé « carnet de route »[324] auprès de personnes dépendantes à l'alcool mettent en exergue l'importance du sensible, de la narration et des savoirs expérientiels : « *Dans la construction d'un carnet, nous cherchons à valoriser toute forme d'expression graphique favorisant la mise en mots et en images du vécu de la maladie et de l'activité de soin qui s'y réfère. Tenir un carnet de route revient à consigner ses pensées quotidiennes sous la forme de textes, dessins, photos, schémas, aidant le narrateur à comprendre les changements existentiels que provoque l'épreuve d'une maladie. L'élaboration d'un carnet est longue, elle s'étend souvent sur une ou deux années* »[325]. L'auteur s'intéresse notamment aux personnes déjà abstinentes et aux stratégies pour se maintenir en santé. Le carnet de route permet d'explorer les enjeux de construction et de transformation de soi.

Le cas de Serge, présenté par C. Baeza, rend compte de l'importance des effets de réflexivité. En effet, à la suite d'un ultime sevrage, Serge finit par avoir un déclic que le carnet de route l'aidera à mieux cerner. Il renonce ainsi volontairement à l'alcool et matérialise ce déclic par l'image de l'éclipse. Un collage présenté dans son carnet de route a posteriori met en scène cette situation : « *À gauche, une photo représente une crèche en bois à l'intérieur de laquelle un œuf est posé dans du coton. À droite, Serge écrit : "Cet œuf représente un malade en cure" (le nid, le centre hospitalier, la protection, la sécurité, les soins et l'attention). Mais dès l'éclosion (sortie), l'être se retrouve livré à lui-même, avec tous les dangers (tentations) qu'il pourra rencontrer à n'importe quel moment, par lui-même ou par d'autres mal intentionnés. Serge conclura avec l'image de l'éclipse. […] C'est à partir de l'exploration de ce collage qu'il comprendra les circonstances de son renoncement définitif à l'alcool et le sens de ses consommations excessives dans sa vie adulte* »[326]. En effet, Serge comprend que sa dépendance est corrélée en partie à un effet d'entraînement lié à son métier de pompier. Il associe d'ailleurs l'alcool au feu dans un texte écrit au cours de sa dernière cure où il parle métaphoriquement d'une rupture avec « une femme-alcool-feu ». En raison de sa dépendance, il se retire du métier de pompier et peut enfin entrevoir un avenir plus serein dans lequel il ambitionne de profiter autrement de la vie et de partager son expérience. « *Dans cette logique, l'image (l'éclipse) se comprendrait comme un contexte de pensée, un milieu naturel, un endroit qui conserverait son unité au-delà de toutes les ruptures personnelles et historiques vécues, un monde propre éloigné du toxique. En choisissant l'éclipse, Serge fait allusion au fait que, pendant l'éclipse (sa cure), il abandonne l'alcool pour ensuite réapparaître* »[327].

324Baeza, C. (2010). *Carnets de route d'alcooliques abstinents. Découvrir les tactiques et des stratégies pour se maintenir en santé*. Paris : Mare et Martin.

325Baeza, C. (2020). Formes d'expression du sensible et savoirs narratifs dans un récit de formation en santé. *Éducation Permanente, 222(1)*, 133-140, p. 133.

326*Ibid*, p. 138.

327*Ibid*, p. 139.

D'une certaine manière, cet exemple rend compte de la fragilité du modèle biomédical en addictologie. Épaulé et contraint par le médecin du travail, Serge effectue de nombreux sevrages sans parvenir définitivement à l'abstinence. C'est à la suite du dernier sevrage, pas différent des autres, qu'il se détournera volontairement de l'alcool. Confronté une nouvelle fois aux affres du monde extérieur, quelque chose à pourtant changé en lui. Le carnet de route lui permettra alors de mieux comprendre la teneur de ce changement et surtout de mieux se l'approprier. L'auteur précise : « *Expliciter une idée-image associée aux mots peut aider son auteur à s'approcher au plus près de ce qui est inconnu, confus ou difficile à dire de l'expérience vécue. Ce collage a permis à Serge de comprendre, du point de vue des savoirs intelligibles, le sens de ses alcoolisations aiguës (blessures d'enfance, alcoolisme d'entraînement, dissociation avec l'alcool, apprendre à se protéger), et du point de vue des savoirs sensibles, sa façon d'habiter le monde dans son corps (nid, éclipse, conscience de la vie, transmission, prendre des décisions, orienter sa vie). Allier le mode de pensée du sensible au mode de pensée intelligible contribue à soutenir le narrateur dans sa recherche d'équilibre cognitif et corporel. C'est du moins ici l'enjeu du chercheur* »[328]. C'est dans cette perspective que l'histoire de Serge met en lumière la fragilité du modèle abstinentiel contraint. Si une première lecture peut sans doute attribuer l'arrêt de l'alcool à la dernière cure, une seconde lecture attribue l'abstinence à quelque chose qui dépasse le savoir biomédical. L'expérience biographique lui a permis de se rendre compte qu'il avait, par lui-même et pour lui-même, choisit d'arrêter de boire et surtout de changer de vie. C'est justement cette étape qui fait parfois défaut en addictologie et participe certainement d'une circularité des parcours, entre consommations et sevrages. Le travail d'appropriation de son histoire permet justement de réintégrer le sens des consommations et la question du choix ou non de l'abstinence et de la direction. Nous faisons l'hypothèse logique que la perspective d'un choix profond et conscientisé contribue à sa pérennisation.

Toutefois, il est intéressant de remarquer une tendance dans l'action sociale à vouloir déplier absolument la situation des personnes pour trouver l'élément, dans l'histoire de vie, expliquant les difficultés rencontrées. Ou tout simplement, pour l'avoir fait nous-même, pour justifier la force du lien thérapeutique ou de la relation éducative que nous avons avec telle ou telle personne : « Plus il se confie à moi, plus notre relation est forte, mieux je fais mon travail et plus je suis reconnu pour cela ». La mise au jour d'une condition biographique par C. Delory-Momberger doit nous alerter sur les raisons qui nous poussent à vouloir toujours en savoir plus, jusqu'à l'injonction parfois, sur les individus que nous rencontrons. En effet, cette psychologisation du travail social et médico-social

328*Ibid*, p. 139.

renvoie l'individu au management de soi et le réduit parfois à un élément de son histoire. Une histoire qui s'inscrit pourtant dans un contexte socio-historique et économique complexe.

L'idée de notre propos est de questionner les orientations d'un travail sur l'histoire personnelle dans le cadre d'une démarche de soins en addictologie. Le travail sur le sens et l'histoire par la recherche biographique semble justement ouvrir le champ en matière d'hypothèses et de prise en compte de la complexité. En effet, ce travail spécifique ne semble pas contraindre l'analyse à une herméneutique purement causaliste et unique. Nous y reviendrons plus précisément à la fin du chapitre VI lorsque nous aborderons les distinctions entre cause et raison d'une conduite de dépendance.

Pour notre part, nous souhaitons poursuivre ces travaux sur le sens – en faisant l'effort de ne pas tomber dans le tout causaliste – tout en requestionnant, si ce n'est le dogme, le paradigme de l'abstinence fortement ancré dans les pratiques professionnelles. Ainsi, la prochaine partie consiste à inclure la possibilité de nouvelles approches en complémentarité du modèle abstinentiel. Il s'agira donc d'étendre la philosophie issue de la RdRD mais aussi d'ouvrir davantage encore l'espace de créativité andragogique en addictologie.

CHAPITRE V. À la recherche d'un troisième axe d'accompagnement

Au cœur de notre préoccupation, nous souhaitons investiguer davantage les nouveaux paradigmes émergeant en addictologie. Souvent à la marge, parfois à la frontière de la légalité mais toujours dans le souci de l'autre et de la prise en compte de sa singularité. En effet, depuis le début de la prise en charge des addictions un paradigme a le vent en poupe : l'abstinence. Ce paradigme tire ses fondements de l'approche biomédicale cherchant à répondre aux symptômes des dépendances en les stoppant par l'arrêt des consommations. Toutefois, dans les années 1990 un tout nouveau courant révolutionne la discipline : la Réduction des Risques. Cette orientation décide de mettre l'accent sur les consommateurs actifs en leur offrant de meilleures conditions sanitaires et sociales d'existence sans exigence préalable de soins. Toutefois, même si un tout nouveau public est mis en lumière par cette orientation, il s'avère encore et toujours que l'abstinence et la RdR ne couvrent pas l'ensemble des singularités des usagers de drogues. Sans imaginer qu'un jour nous puissions réellement répondre à tous types de profils, il nous semble que l'addictologie a encore du chemin à faire.

Qu'en est-il des consommateurs insérés socialement souhaitant réduire leurs consommations sans les arrêter complètement ? Qu'en est-il de tous les usagers précarisés ne pouvant pas s'abstenir mais souhaitant une vie plus saine ? Qu'en est-il de ceux qui cumulent les sevrages et services de soins sans y arriver ? Qu'en est-il en résumé de toutes les personnes souhaitant intégrer une démarche de soins pour stabiliser leur situation et vivre mieux sans pour autant viser l'abstinence ou sans y parvenir tout simplement ? R. Lefebvre et M. Legrand précisent à ce sujet : « *Ainsi, quand bien même nous pensons à ce jour, à la lumière de nos résultats de recherche, que le dégagement de l'alcool doive passer par une période nécessaire d'abstinence, nous ne pouvons obliger à cette dernière. Aussi, acceptons-nous d'accompagner des personnes alcoolodépendantes qui ne sont point encore prêtes à l'abstinence, y compris, si tel est leur choix, et après information qui ne tait pas les difficultés, dans la perspective d'une modération contrôlée de leur consommation* »[329].

Si la RdR répond à une certaine urgence et permet de développer une nouvelle philosophie d'accompagnement n'excluant pas la substance, elle mérite d'être élargie, adaptée et d'être considérée au même titre que l'abstinence comme une réponse pertinente de soin. C'est ce que tend à promouvoir progressivement la loi de 2016. Dès lors, il conviendrait de faire se rapprocher

329Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme, *op. cit.*, p. 25.

l'abstinence issue du soin et du monde médical et la RdR issue de l'urgence et du monde social.

L'addictologie – qui reste une discipline dynamique, volontaire, riche en ressources humaines, politiques, professionnelles et scientifiques et capable de transformations significatives – semble détenir une capacité normative, au sens de G. Canguilhem.

Ainsi, nous souhaitons pousser la réflexion du paradigme de l'addictologie afin d'étendre les possibilités d'actions et de regards. Il reste une place pour un troisième axe, qui ne serait ni RdR mais qui s'en inspirerait grandement, ni abstinence mais qui ne l'exclurait jamais. Un axe qui se développe déjà à la marge mais sans reconnaissance forte. Un axe qui serait, non plus univoque, mais pluriel, caractéristique d'une liberté créative en termes de projets de vie. On ne cherche plus uniquement à réduire les risques et les dommages, on ne propose plus uniquement non plus l'abstinence comme alternative à la conduite de dépendance, on cherche à saisir la singularité de la situation ainsi que le réel vécu en n'excluant aucune perspective. On entend ainsi parler, chez les chercheurs mais surtout les cliniciens, de « consommation contrôlée », de « consommation modérée », de « consommation réfléchie », de « gestion des consommations », de « consommation non problématique et raisonnée » ou encore de « zone de confort ». Ce troisième axe clinique s'inscrit dans une perspective humaniste et individualisante visant à développer le pouvoir d'agir des consommateurs en renforçant le sentiment de confiance tout en les responsabilisant, sans pour autant déresponsabiliser les institutions compétentes et spécialisées. Dès lors, la substance psychoactive est intégrée à l'accompagnement et ne constitue plus l'élément nocif à abattre. Elle est envisagée comme une possibilité dans les parcours de vie par le prisme de ce que nous souhaitons appeler la « régulation des consommations » ou RdC. En dehors du champ de la réduction des risques (RdR), si certains cliniciens s'inscrivent aujourd'hui dans cette lignée, d'autres plus majoritaires, nous semble-t-il, continuent à faire de la substance psychoactive un objet sulfureux dans la démarche thérapeutique provoquant ainsi des incompréhensions entre le professionnel et l'usager.

Dans cette partie, nous chercherons à montrer comment s'est construit ce troisième axe, ses fondements scientifiques mais aussi cliniques, ses liens avec les autres approches et surtout la manière dont il se dessine sur le terrain. Nous essayerons également de comprendre pourquoi depuis les années 1960 cet axe, historiquement plus ancien que la RdR au moins dans ses prémisses, a toujours du mal à se faire entendre et à s'étendre. Cette incompréhension force les tenants de ce troisième axe clinique à se justifier régulièrement, empêchant ainsi le développement de la créativité. Nous verrons également qu'au sein de cette approche des divergences coexistent notamment dans le cas des personnes présentant les conduites addictives les plus sévères (et

d'autant plus quand le produit est illégal). Ces divergences permettent sans doute de maintenir en vie le modèle biomédical de la maladie.

Sur ce point précis, nous entendons la typologie des degrés de dépendance comme potentiellement réductrice au regard de la diversité des profils des usagers. Les usagers doivent avant tout juger eux-mêmes de leur situation, avec le soutien des professionnels. Par ailleurs, la situation des personnes que nous accompagnons est souvent complexe bien au-delà même de l'addiction. Ainsi, il ne nous semble pas nécessaire de définir strictement différents degrés dans la dépendance comme le préconise le modèle médical. L'enjeu consiste plutôt à identifier les manières de consommer ainsi que les réalités singulières de chacun. Ce paradigme permet, non pas de faire coïncider, d'un point de vue purement médical, une approche thérapeutique avec un profil de dépendant, mais bien d'ouvrir l'horizon des possibilités pour ensuite singulariser l'accompagnement. Dès lors, nous faisons l'hypothèse que tous les axes (RdR, abstinence, RdC) sont envisageables dans le soin, au moins à un instant T, peu importe le profil ou le degré de dépendance. Ce sont les expériences capitalisées et capitalisables, pour reprendre les propos de M.-H. Soulet[330], de part et d'autre, qui permettront de peaufiner et d'asseoir ensuite le projet mais aussi le travail sur le sens.

Dans un premier temps il s'agit de poser un regard historique et scientifique sur l'émergence de cette nouvelle approche toujours en construction. Nous dresserons ensuite, par catégories terminologiques, une typologie des sous-ensembles qu'elle contient pour enfin ouvrir le débat sur les modèles de régulation politique des substances illicites dans le monde.

V.1. Évaluation historique et internationale d'un possible troisième axe

P. Gache, médecin addictologue du centre hospitalier universitaire de Genève, propose d'évaluer les études et programmes de consommation contrôlée du siècle dernier au regard de l'approche abstinentielle. Ainsi, il soutient que : « *si le concept d'alcoolisme-maladie a permis à de nombreux patients de se sentir moins coupables à l'égard de leurs comportements et par conséquent d'accepter de se soigner, son corollaire thérapeutique qui était l'abstinence stricte et définitive souffre lorsqu'on le confronte à l'évaluation scientifique. L'ensemble des évaluations confirme que*

330Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques. *Psychotropes, 14(3-4)*, 91-109.

le retour à la consommation contrôlée est possible pour certains patients alcoolodépendants, que ce retour est tributaire du degré de sévérité de la dépendance, de l'intensité de la perte de contrôle, du choix du patient, de sa conviction personnelle qu'il peut le faire et enfin de facteurs psycho-sociaux qui méritent d'être affinés »[331].

En premier lieu, il évoque les travaux de D.L. Davies qui fut le premier à « lancer l'alerte » en publiant une enquête de « follow-up » relatant les résultats de l'accompagnement de 93 patients présentant une conduite de dépendance à l'alcool et traités dans son service hospitalier à Londres entre 1948 et 1955. Il a constaté chez sept d'entre eux un retour à une consommation d'alcool non délétère sur des périodes s'échelonnant de 7 à 11 ans après le soin[332]. Trois ans après, c'est R.E. Kendell qui publie un article confirmant ces premières données[333].

Quelques années plus tard, c'est la fameuse étude américaine des Sobell[334], un couple de psychologues et chercheurs, qui va déclencher une remise en question du paradigme abstinentiel en alcoologie dans le même temps que de très vives oppositions. P. Gache rappelle les modalités de cette étude réalisée en milieu hospitalier et publiée en 1973 : « *70 patients ont été répartis en deux groupes de traitement selon les désirs des patients de vouloir être abstinents ou de vouloir retrouver une consommation contrôlée. Après s'être volontairement déterminé, chaque patient était randomisé dans le groupe expérimental ou le groupe contrôle*[335]*. Pour les 40 patients ayant choisi l'orientation "boire contrôlé", le groupe expérimental consistait en un traitement comportemental orienté vers le contrôle de la consommation d'alcool (TOCC) tandis que le groupe contrôle recevait un traitement alcoologique intrahospitalier orienté vers l'abstinence (TOA)*[336]*. À l'issue de la phase thérapeutique à proprement parler, ces 40 patients étaient suivis régulièrement et des informations étaient collectées de leur part et de deux personnes de leur entourage. Les résultats ne manquèrent pas de surprendre : en effet dans le groupe TOCC, les patients fonctionnaient "bien" dans 70.5%*

331Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée. *Dépendances, 31*, 14-17, p. 14. (Magazine du GREA). Le GREA est L'équivalent suisse de notre Fédération Addiction.

332Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 23*, 94-104.

333Kendell, R.E. (1965). Normal drinking by former alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 26*, 247-257.

334Sobell, M. & Sobell, L. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy, 4(1)*, 49-72.

335Deux sous-groupes par objectif (abstinence ou consommation contrôlée) selon la thérapie utilisée (comportementale ou conventionnelle).

336La différence entre les deux thérapies consistait surtout à autoriser ou plutôt à permettre les consommations d'alcool pendant les 17 sessions de thérapie comportementale prenant la forme d'un bar simulé dans l'hôpital auquel les autres n'avaient pas accès dans le cadre de la thérapie hospitalière conventionnelle. Les programmes d'évitement, matérialisés par l'émission de chocs électriques, n'étaient donc présents que dans la thérapie comportementale et différaient selon l'objectif de départ des sujets (abstinence ou consommation contrôlée).

des jours tandis qu'ils ne fonctionnaient "bien" que dans 35.2% des jours dans le groupe TOA »[337].
Par ailleurs, les résultats étaient également plus satisfaisants (au niveau de la consommation d'alcool quotidienne et du bien-être personnel, social et professionnel), au moins la première année suivant le traitement, pour les patients ayant choisi l'abstinence mais recevant un traitement comportemental[338]. Ainsi, la thérapie comportementale montrait des effets d'efficience thérapeutique, même après un an, plus encourageants que la thérapie hospitalière conventionnelle, et ce indépendamment de l'objectif de départ. De plus, après deux ans, les patients ayant reçu une thérapie comportementale orientée vers la consommation contrôlée présentaient un meilleur contrôle de leurs consommations et plus de jours d'abstinence que les sujets des trois autres groupes[339]. Dès lors, l'étude démontrait que l'abstinence était, à long terme, moins bien maintenue par les patients visant une abstinence complète et recevant l'une ou l'autre thérapie.
Ces résultats constituent, pour notre travail, un fondement significatif. Tout d'abord, l'objectif de consommation contrôlée quand il est appuyé par l'accompagnement montre des résultats probants sur le bien-être des individus tout en n'empêchant pas l'abstinence. Une abstinence sans doute davantage réfléchie, consentie et intériorisée. Ensuite, les approches comportementales offrent des perspectives de soutien intéressantes pour une approche orientée vers la consommation contrôlée[340]. Enfin, l'approche conventionnelle de l'époque, certainement encore utilisée de nos jours dans la tradition biomédicale et hospitalière, montre des effets d'efficience thérapeutique contrastés, et ce, que l'on s'oriente vers l'abstinence ou la consommation contrôlée.

Toutefois, une réelle bataille scientifique et médiatique s'était déclarée aux États-Unis. Tous ces travaux déclenchèrent en effet de vives critiques et polémiques entre : « *les partisans du concept de l'alcoolisme-maladie attachés à l'abstinence comme seul moyen de se rétablir de l'alcoolisme et les tenants de l'alcoolisme comme défaut d'apprentissage corrigible par un traitement comportemental et partisans d'un possible retour à la consommation contrôlée chez certains alcoolodépendants* »[341].
D'ailleurs, la bataille scientifique engagée par M. Pendery, I. Maltzman et L. West, à la suite d'un article publié en 1982 visant à contredire et invalider les travaux des Sobell, se transforma en bataille juridique mais fut gagnée par le couple de chercheurs qui prouvèrent la scientificité de leurs données. En effet, leurs résultats furent validés et revalidés par plusieurs comités scientifiques,

337Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée, *op. cit*., p. 14-15.
338Sobell, M. & Sobell, L. (1973). Alcoholics treated by individualized behavior therapy : One year treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy, 11(4)*, 599-618.
339Sobell, M. & Sobell L. (1976). Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy : Results. *Behavior Research and Therapy, 14(3)*, 195-215.
340Il en va de même pour d'autres approches comme l'entretien motivationnel ou l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir par exemple.
341Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée, *op. cit*., p. 15.

écartant ainsi toute possibilité de fraude de la part des Sobell.

De plus, d'autres travaux encore étaient venus conforter ces résultats. M. Landry et M. Lecavalier rapportent plusieurs études, issues également du champ de la psychologie expérimentale, remettant en question le concept de maladie ainsi que son irréversibilité. Ces études démontrent à nouveau qu'il est possible pour des personnes alcooliques de revenir à une consommation modérée d'alcool[342]. Les deux auteurs précisent : « *Ces études venaient remettre en question l'hégémonie de l'abstinence comme seul objectif possible dans l'intervention auprès des personnes alcooliques et toxicomanes. Elles étaient corroborées par l'expérience des intervenants des centres de réadaptation, qui avaient constaté que l'exigence de l'abstinence était souvent improductive parce que, d'une part, elle conduisait les usagers à mentir et que, d'autre part, certains parvenaient à revenir à une consommation non problématique de certaines substances* »[343].

Par ailleurs, une étude menée par M. Landry et M. Lecavalier, chargés de recherche au sein du centre Dollard-Cormier[344] au Québec, a cherché à montrer les effets de l'intégration de l'approche de réduction des méfaits (autrement dit la RdR) à la réadaptation (autrement dit le soin « conventionnel ») en addictologie.
En se rapportant à deux séries de questionnaires internes dans les différentes structures du centre, avec un intervalle de trois ans entre les deux (une en 1997, marquant l'intégration de l'approche de réduction des méfaits dans le centre, et une en 2000), les auteurs confirment leur hypothèse de départ. En voici les modalités et résultats : « *Dans les deux cas, on a utilisé le même questionnaire de manière à pouvoir comparer les résultats et environ 300 usagers ont été rejoints. Les données nous indiquent que lors du premier exercice (1997), environ 60 % des usagers disaient rechercher l'abstinence de tout produit alors que 40 % affirmaient poursuivre des objectifs différents (abstinence d'un seul produit, diminution de la consommation ou réduction des méfaits qui en découlent). En 2000, la proportion était inversée : 60 % des usagers affirmaient poursuivre des objectifs variés face à la consommation alors que 40 % visaient l'abstinence de tout produit* »[345]. Dès lors, ils en déduisent que la baisse des exigences en matière de consommations de la part des

342Pattison, E.M., Sobell, M. & Sobell, L. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York : Springer ; Polich, J.M., Armor, D. & Braiker, H. (1980). *The course of alcoholism : Four years after treatment*. Santa Monica : The Rand Corporation.

343Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société, 2(1)*, 1-15, p. 2-3.

344Qui tire son nom de Dollard Cormier que nous avons cité précédemment en rappelant son projet d'un « boire réfléchi » ou d'un « boire contrôlé » datant de 1989. Il a créé, à l'université de Montréal, le premier laboratoire de recherche sur l'abus d'alcool et de drogues au Québec. Par ailleurs, il fut un pionnier de la formation des professionnels en addictologie.

345*Ibid,* p. 7.

professionnels par le biais de l'approche de RdR pourrait avoir permis aux usagers de s'exprimer plus librement et ainsi de dévoiler plus aisément leur singularité.

D'autre part, M. Landry et M. Lecavalier estiment que près de 75 % de leurs usagers qui poursuivent une démarche d'abstinence consomment de nouveau moins d'un an après la démarche de soins.

Ils reviennent d'ailleurs sur une grande étude américaine financée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) et réalisée notamment sur toute la décennie des années 1990 : le « Project MATCH ». Cette étude reprend un ensemble de monographies cliniques dans plusieurs volumes à destination de la recherche et de la clinique afin de donner à voir la pertinence de certaines approches (l'approche cognitivo-comportementale, l'approche motivationnelle et la thérapie de facilitation en douze étapes) selon le profil des patients et corrobore l'estimation des auteurs, peu importe la modalité de traitement : seulement 25% environ restent abstinents dans l'année qui suit le traitement.

Si nous entrons dans le détail des résultats de cette étude nous constatons pourtant qu'il y a des effets positifs liés à chaque approche. Des effets positifs en lien direct avec la baisse de la consommation d'alcool mais aussi en lien avec l'état de santé psychologique et somatique des patients. De plus, il ne semble pas y avoir de différences réellement significatives en termes d'efficience thérapeutique entre les trois types d'approches, que l'on soit dans le volet ambulatoire ou résidentiel. Ce qui revient à dire que les trois approches sont a priori pertinentes dans le traitement de l'addiction. D'ailleurs, et c'était l'enjeu principal, l'étude ne semble pas démontrer la nécessité de dresser des typologies de profils spécifiques selon l'approche proposée. Enfin, et c'est ce qui nous intéresse ici, les résultats du point de vue de l'abstinence définitive ne sont pas des plus significatifs.

En effet, seulement 24% des patients accompagnés en ambulatoire ayant reçu un traitement par la thérapie de facilitation en douze étapes restaient complètement abstinents dans l'année qui suivait le traitement, pour seulement 14% et 15% dans les deux autres groupes[346].

Toutefois, malgré une gravité plus importante de leurs problèmes, les taux d'abstinence étaient environ 15% plus élevés pour les patients accompagnés dans des établissements de type résidentiel. Ainsi, parmi les patients issus du résidentiel, environ 35% ont maintenu une abstinence complète et continue pendant l'année qui a suivi le traitement ; contre environ 20% pour les patients issus de l'ambulatoire toutes modalités d'accompagnement confondues[347].

346Project MATCH Commentaries (1999). Comments on Project MATCH : matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction, 94(1)*, 31-69, p. 32.

347*Ibid*, p. 33.

Pour autant, les patients vont généralement mieux et améliorent nettement leurs conditions de vie ainsi que leur rapport à la substance. D'ailleurs, les résultats montrent des effets positifs sur le nombre de jours d'abstinence rapportés à un mois complet au cours des mois qui suivent la fin du traitement. Dès lors, des effets positifs sont observables non pas en matière d'abstinence complète mais en matière d'abstinence partielle (c'est-à-dire avec une augmentation des jours d'abstinence ainsi qu'une baisse des volumes consommés). Par exemple, 60% des patients accompagnés dans le champ résidentiel n'ont jamais eu trois jours consécutifs de forte consommation d'alcool dans les douze mois suivant le traitement ; pour un taux de 50% dans le secteur ambulatoire[348]. Par conséquent, d'un point de vue paradigmatique les résultats semblent très faibles alors que d'un point de vue « réel », pourrait-on dire, ils sont significatifs.

À partir du moment où l'on s'intéresse aux conditions de vie de la personne accompagnée, plutôt qu'à ses consommations, en acceptant que toute modification, même minime, est une réussite, on se rend compte que l'addictologie dispose de ressources incroyables. Pour aller plus loin, nous pourrions nous demander quels seraient les résultats du « Project MATCH » sans le filtre de l'abstinence dans les stratégies thérapeutiques proposées. Nous faisons l'hypothèse qu'ils pourraient être meilleurs dans la mesure où la pertinence de la congruence thérapeutique en matière de consommation contrôlée a déjà été démontrée par les Sobell.

Conséquemment, cette grande étude aura montré que les approches traditionnelles fonctionnent pour les secteurs ambulatoires et résidentiels, mais qu'elles ne fonctionnent pas significativement au regard de l'objectif abstinentiel strict. Par ailleurs, cette étude démontre que le retour au bien-être (ou mieux-être) des patients présentant des conduites de dépendance ne va pas nécessairement de pair avec une abstinence complète et définitive. Elle invite donc à proposer de nouvelles stratégies appuyant encore davantage les réalités alternatives.

En ce sens, les résultats de ces études amènent M. Landry et M. Lecavalier à reconsidérer leurs stratégies d'intervention en y intégrant le fait que les usagers n'atteignent pas toujours leurs objectifs initialement énoncés. Ils ajoutent que ces objectifs : « *peuvent même être vus comme irréalistes à partir de notre expérience clinique et ce que l'état des connaissances nous révèle* »[349]. Néanmoins, les auteurs nous invitent à respecter ces objectifs au début de l'accompagnement en proposant ensuite : « *des activités précises qui permettent d'anticiper les situations d'échec au regard de ces objectifs et de développer des stratégies qui permettront de les utiliser pour faire progresser*

348*Ibid,* p. 33.

349Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie, *op. cit.*, p. 8.

l'usager vers un mieux-être »[350], au-delà de ses objectifs initiaux.

De plus, l'introduction de l'approche de réduction des méfaits (RdR) en réadaptation, bien que délicate à mettre en place, a provoqué un consensus chez les intervenants du Centre Dollard-Cormier. Ces derniers reconnaissaient en effet l'émergence de discours plus réalistes et authentiques de la part des usagers. L'offre de soins semble gagner en efficacité et en congruence à travers le pluralisme thérapeutique et paradigmatique. Enfin, les auteurs soutiennent qu'une attitude : « *de surprotection induite par la détresse de l'autre est aussi inappropriée que la rigidité excessive provoquée par l'insécurité et le sentiment d'impuissance que nous éprouvons souvent face à l'accumulation de situations difficiles présentées par nos usagers. Nous avons encore beaucoup à apprendre pour déterminer comment doser convenablement l'acceptation inconditionnelle et l'imposition de limites* »[351].

Quand la RdR amène à interpréter toute amélioration des situations comme un résultat légitime ; quand la réadaptation ou le soin conventionnel invitent à ne pas perdre de vue l'objectif visant à se libérer de ses dépendances et à retrouver la maîtrise de sa vie ; le troisième axe paradigmatique en addictologie propose un appariement de ces deux philosophies d'accompagnement. Le point de départ n'est pas le moyen utilisé mais bien l'objectif légitime de chacun consistant à vivre mieux et plus librement sa vie, peu importe le degré de changement. Par conséquent, ce troisième axe clinique, assimilable au soin réel et à ce que certains appellent le « care », regarde par-delà l'abstinence et s'intéresse à « l'autrement », trop vite abandonné et facilement décrédibilisé sur les terrains d'accompagnement. Ces nouvelles approches doivent donc faire l'effort de la créativité et de la réflexion pour apporter des outils concrets ainsi que des grilles d'analyse des situations rencontrées dans le but d'observer plus finement leurs potentialités thérapeutiques.

P. Gache précise par ailleurs que même si la consommation contrôlée est possible pour tous types de profils, mêmes les personnes les plus dépendantes, plusieurs études montrent que plus le degré de dépendance est élevé, plus la possibilité d'un retour à une consommation contrôlée est faible[352]. Néanmoins, il nous semble que ces études ne tiennent pas toujours compte de la possibilité d'un accompagnement centré sur des approches congruentes qui pourraient modifier les résultats et qu'elles laissent un flou sur ce qu'est la dépendance sévère.

Si nous notons une différence certaine entre des personnes consommatrices dépendantes et des

350*Ibid,* p. 8.

351*Ibid*, p. 12.

352Helzer, J., Robins, L., Taylor, J., Carey, K., Miller, R., Combs-Orme, T. & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *The New England Journal of Medicine, 312(26)*,1678-1682.

personnes consommatrices non-dépendantes, nous avons encore des difficultés à distinguer des degrés de dépendance. La dépendance psychique et comportementale reste plus complexe à appréhender que la dépendance physique, objectivable médicalement. Par conséquent, nous pensons que chaque situation détient sa part inconditionnelle de singularité. Ainsi, plutôt que convenir d'un accompagnement selon la sévérité de la dépendance, comme les Sobell le préconisent également[353], nous pourrions convenir d'un accompagnement selon la réalité vécue ainsi que la capacité du sujet à s'approprier les propositions qui lui sont faites ou que lui-même peut imaginer. Il est alors essentiel d'être transparent et explicite avec l'usager sur les différentes modalités possibles d'accompagnement. En d'autres termes, il est nécessaire d'adopter une posture andragogique visant la formation de l'individu et la quête d'un projet singulier répondant à son expérience subjective. Même un individu présentant une dépendance « très légère » peut souhaiter être abstinent et inversement un individu présentant une dépendance « sévère » peut souhaiter mieux gérer ses consommations.

De plus, P. Gache distingue trois niveaux de consommation « sans problème » ou « sans dommage », sur lesquels nous reviendrons, faisant le plus souvent l'objet du cadre de référence pour les études :

- La consommation occasionnelle
- La consommation modérée
- La consommation excessive sans problème

Cette distinction nous permet, à la suite de l'auteur, de proposer l'hypothèse d'une variation des résultats selon que l'on se réfère à l'une, à l'autre ou à toutes les catégories (qui dépendent par ailleurs de la culture et des perceptions[354]). C'est le cas de l'étude de J. Helzer et de ses collaborateurs, citée plus haut, qui ne prend en compte que la consommation modérée dans son calcul de réussite de la consommation contrôlée après le soin.

Encore une fois, nous insistons sur l'importance d'une prise en considération de la singularité de chaque pratique de consommation et du vécu subjectif et individuel. L'idée d'un troisième axe d'accompagnement est aussi, selon nous, de réaliser une balance entre les effets indésirables, les dommages possibles et les effets bénéfiques de l'une ou l'autre option thérapeutique. À titre d'exemple, l'arrêt total des consommations peut s'avérer dans certains cas plus anxiogène, dépressogène et perturbant, entraînant ainsi une perte de repères sensoriels et corporels, que la poursuite de ces dernières. Dès lors, d'autres catégories d'évaluation de l'efficience de la

353Sobell, M. & Sobell, L. (1995). Controlled drinking after 25 years : How important was the great debate ? *Addiction, 90(9)*, 1149-1153.

354Peele, S. (1987). Why do controlled-drinking outcomes vary by investigator, by country and by era ? Cultural conceptions of relapse and remission in alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence, 20(3)*, 173-201.

consommation contrôlée sont à inventer.

Enfin, certains intègrent par exemple la « perte de contrôle » au profil-type, sur lequel nous reviendrons. Plus la perte de contrôle est élevée moins les chances de réussite de la consommation contrôlée seraient bonnes. Pourtant, cette dernière n'atteint pas uniquement son paroxysme au plus haut degré de la dépendance. Les consommations sporadiques mais massives peuvent entraîner une forte perte de contrôle et à l'inverse des consommations quotidiennes excessives n'entraînent pas nécessairement une perte de contrôle aussi intense. Ainsi le profil-type semble délicat à définir car il est mis à l'épreuve de la diversité des profils en situations. D'autres études cognitivistes montrent à ce propos une meilleure réussite de l'accompagnement, quel qu'il soit, quand le choix du traitement est laissé aux patients avec la possibilité de modifier la direction en cours de route.

L'accompagnement semble gagner en efficience quand les usagers se fixent eux-mêmes leurs objectifs, les choisissent et y croient que lorsque ces objectifs leur sont imposés. Nous y reviendrons dans la partie suivante consacrée à différents modèles théoriques et pratiques.

V.2. Modèles théoriques et perspectives pratiques

Cette étape vise le développement d'un modèle concret que nous souhaiterions voir se formaliser davantage en addictologie. Un modèle à l'interface d'une approche purement biomédicale et d'une approche centrée uniquement sur la réduction des risques et des dommages. Au fil de l'exposé, que nous avons discuté ailleurs, nous tenterons de faire apparaître la concrétisation d'un troisième axe d'accompagnement en s'inspirant des réflexions et actions déjà à l'œuvre en la matière. Ce troisième axe sous-tend l'idée selon laquelle la régulation de ses consommations, malgré une dépendance initiale, peut apparaître comme un projet de soin à part entière. Il nécessite, cependant, des points de repères théoriques et pratiques pour en permettre une pleine exploitation. Pour ce faire, nous dresserons une liste non-exhaustive des différentes approches en faisant le choix d'un découpage terminologique et sémantique pour aboutir, tout en la justifiant, à notre propre terminologie : la « régulation des consommations » (RdC)[355].

V.2.1. La gestion des consommations

355Dutilleul, B. (2023). La « régulation des consommations » en addictologie : vers un nouveau paradigme socio-éducatif ? *Sciences et actions sociales [En ligne], 19*, mis en ligne le 24 mars 2023. URL [http://journals.openedition.org/sas/3636].

Chez M.-H. Soulet, on retrouve un enjeu fort lié à la reconnaissance d'un phénomène tel que la gestion des consommations de drogues illicites en tant que phénomène social ordinaire comme on peut le voir de manière plus affichée à propos des consommations d'alcool. Si le phénomène est davantage caché pour les substances illicites, il n'en reste pas moins existant, nous avons déjà pris l'exemple des consommateurs intégrés[356]. M.-H. Soulet précise : « *Ce qui est en jeu, par-delà la reconnaissance de l'existence d'un tel phénomène, c'est sa prise en compte dans l'ensemble de ses dimensions, renvoyant à des questions comme celle de sa stabilité, de sa capacité à intégrer le manque, de sa non-liaison à des drogues spécifiques, de sa non-limitation à des types de consommateurs… Penser la gestion consiste tout d'abord à dépasser ces représentations premières en prenant de front les objections immédiates et les relativisations fréquentes à son sujet* »[357]. Pour l'auteur la gestion est un phénomène pluriel renvoyant à des formes tantôt plus assurées, tantôt plus incertaines, allant d'une gestion de transition à une gestion installée.

Il ajoute très justement : « *Par ailleurs, à partir du moment où l'on ne veut plus se voiler la face sur l'existence de la gestion de la consommation de drogues dures, le problème central n'est pas de savoir si la gestion est, ou non, par nature fragile et donc momentanée, mais davantage d'identifier et de mettre à disposition des ressources matérielles, sociales, temporelles et symboliques visant à la consolider. L'enjeu constitue alors à en faire un palier où l'on peut prendre appui pour renoncer à la consommation ou bien pour s'installer en "normalisant" la consommation afin d'en faire une pratique parmi d'autres au sein d'un mode de vie quelconque, et surtout un palier d'où l'on ne puisse plus descendre car la drogue, si elle n'a pas perdu son intérêt, ne risque plus de devenir obsédante* »[358]. Par conséquent, c'est bien la créativité technique de l'intervention spécialisée qui doit être au cœur des réflexions et non pas la validité d'un phénomène déjà existant. De plus, de manière paradoxale, la fragilité de la gestion des consommations est ce qui en fait également sa force : dans le sens où elle nécessite une attention accrue de la part du consommateur, mais aussi des professionnels qui l'accompagnent, prenant la forme d'un « monitoring permanent » pour reprendre l'expression de M.-H. Soulet. Il ajoute que : « *se regarder consommer, c'est mettre au centre de la consommation un double registre de fragilité et de réflexivité. N'étant pas une situation acquise, la gestion doit être continuellement renégociée par le consommateur dans son rapport au*

356Hanson, B. & al. (1985). *Life with Heroin : Voices from the Inner City, op. cit.* ;
Decorte, T. (2002). Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales, *op. cit.* ;
Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité, *op. cit.* ;
Fontaine, A. (2002). *Usages de drogues et vie professionnelle, op. cit.*

357Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques, *op. cit.*, p. 93.

358*Ibid*, p. 94.

produit et dans son mode de vie »[359].

Gérer sa consommation consiste avant tout, pour le consommateur « gestionnaire », à fixer un certain nombre de règles relatives aux contextes, conditions et conséquences de ses consommations. Comme le décrit M.-H. Soulet, ces règles visent :

« *1) à maîtriser les préalables de la consommation : organiser les priorités, savoir s'approvisionner, chercher la qualité, gérer les occasions…*

2) à réglementer les conditions de consommation : choisir les produits en fonction des effets recherchés, savoir utiliser, être discret, contrôler la quantité…

3) à éviter les conséquences négatives de la consommation : gérer le manque, résister à l'escalade… »[360].

Pourtant, ces conduites ne doivent jamais devenir des routines qui excluraient alors la réflexivité de l'individu ainsi que la prise de conscience du caractère potentiellement problématique de la consommation de drogues. L'auteur propose plutôt de les ritualiser dans un cadre circonscrit et délimité. Pour qu'elles aient une existence stable dans la « vie ordinaire », elles nécessitent un encadrement et une production sociale et/ou personnelle de sens (faire la fête, se détendre, résister, se démarquer, etc.) au-delà du simple rapport biochimique. Elles représentent alors une ligne biographique, parmi d'autres, qu'il convient de penser.

Il prolonge ici les travaux de M. Legrand et de sa « dramatique existentielle » mais aussi de C. Niewiadomski et de sa recherche d'un espace de construction de sens. À ceci près, que la réflexion biographique ne doit pas exclusivement dénouer le problème du recours excessif, si problème il y a, mais doit aussi aider à définir une direction personnelle de sens.

Pour M.-H. Soulet, c'est la réitération de ces processus et rituels qui permettrait de sécuriser la consommation et de s'approprier la démarche de changement ou de stabilisation.

D'autre part, il n'existe pas de principe normatif commun lié à la consommation de substances illicites, contrairement à la consommation d'alcool. Dès lors, c'est l'expérience du consommateur qui permet de mettre en lumière différentes formes et logiques d'action. M.-H. Soulet en distingue quatre :

« • Une logique professionnelle, celle du métier, c'est-à-dire savoir concrètement s'approvisionner et utiliser la drogue de façon à minimiser les risques sanitaires et sociaux liés à la consommation.

359*Ibid,* p. 94.
360*Ibid*, p. 95.

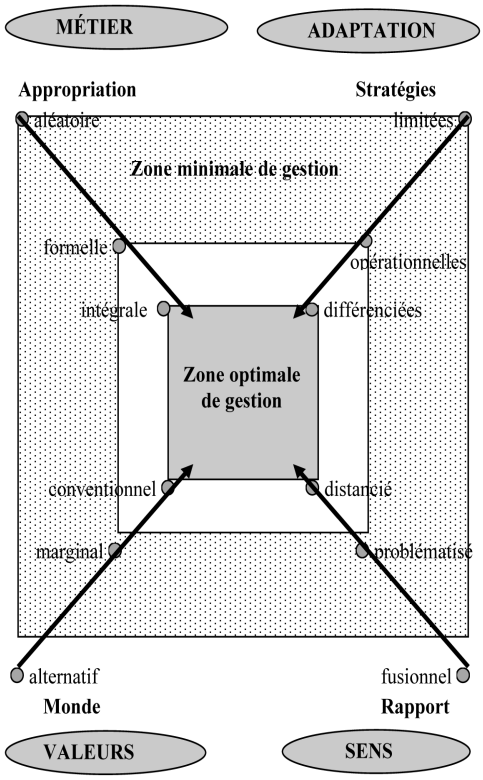
• *Une logique symbolique, celle du sens, c'est-à-dire penser sa consommation afin d'établir avec la drogue un rapport de sens et développer une réflexivité continue sur les raisons (individuellement et socialement signifiantes) de la consommation.*

• *Une logique axiologique, celle des valeurs, c'est-à-dire être capable d'adhérer à d'autres valeurs et de poursuivre d'autres intérêts en dehors de la consommation.*

• *Une logique stratégique, celle de l'adaptation, c'est-à-dire savoir agir en tenant compte des situations qui se présentent, pouvoir résoudre des problèmes imprévus et être capable de trouver des solutions en contexte »*[361].

Ce sont ces quatre logiques en interaction qui permettent de faire émerger un système favorisant plus ou moins bien la gestion de ses consommations. Ce système prendra une forme différente selon les situations et selon la dynamique des ressources et compétences de chacun. Par conséquent, la gestion est plurielle. Le schéma ci-dessous en propose une grille de lecture par zone[362].

Schéma 1 : Un modèle dynamique de gestion[363]



361*Ibid*, p. 96-97.

362*Ibid*, p. 98.

363Soulet, M.-H., Caiata-Zufferey, M. & Oeuvray. K. (2002). *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeux de conventionnalité*. Fribourg : Éditions universitaires.

Ainsi, l'auteur précise : « *Une forte appropriation du métier, des stratégies différenciées, un sens élaboré du fait de consommer et une centration valorielle autour de la drogue dessinent un tout autre quadrilatère qu'une faible appropriation du métier, des stratégies simples et rigides, un sens peu élaboré et une inscription valorielle conventionnelle. Peuvent alors se donner à voir, outre des systèmes gestionnaires non seulement différents, mais aussi, pour partie d'entre eux, radicalement opposés, des habiletés et des investissements, des savoir-faire et des engagements révélateurs de différentes formes concrètes de consommation gérée de drogues dures* »[364].

Ces systèmes « gestionnaires » s'inscrivent donc dans un processus dynamique lié au « care » plus qu'à la thérapie, sur le temps long et en perpétuelle réévaluation. M.-H. Soulet ajoute : « *En fait, plus que d'avancées et de reculs, c'est d'oscillations dont il faudrait parler : oscillation entre prises de risques et prises de confiance, oscillation entre attachement à son histoire et à ses propres liens et détachement de ceux-ci pour aller vers une éventuelle prise sur soi pour se relier autrement à soi et aux autres* »[365]. L'auteur se rapproche ainsi des travaux évoqués dans le dictionnaire de J. Miermont relatifs aux paradoxes en proposant un modèle concret de solutions oscillantes liées à la résolution de situations complexes en addictologie.

Enfin, les travaux de M.-H. Soulet proposent de reconsidérer les parcours de cette population gestionnaire, en commençant par une rupture de l'étiquetage et une revalorisation d'autres modes de vie, afin de redonner aux usagers la possibilité d'un codage positif de leurs expériences et donc de favoriser la (re)construction de soi ainsi que la confiance en soi. Il précise : « *En d'autres termes, tout un pan de l'efficacité du réarmement de soi est supporté par le souci de déculpabiliser les consommateurs tout en s'efforçant de leur insuffler l'envie de la responsabilité, de prendre à contresens l'entier d'une trajectoire qui les a justement conduits à la consommation de drogues dures en s'appuyant justement dans un premier temps sur les compétences qu'ils possèdent et qu'ils ont construites dans leur pratique de consommateur* »[366].
Néanmoins, s'il convient de protéger certains mondes de la drogue, il convient également de trouver un équilibre avec le monde conventionnel. « *D'une certaine façon, une des caractéristiques essentielles de la gestion de la consommation est d'être marquée par le sceau du risque, risque que l'entreprise ne soit pas concluante, risque parce que l'entreprise est concluante et donc qu'il faut affronter un monde nouveau, marqué par des normes et des manières de se conduire socialement*

364Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques, *op. cit.*, p. 97-98.
365*Ibid*, p. 102.
366*Ibid*, p. 103.

différentes de celles dont le consommateur avait coutume, marqué aussi par l'incertitude de la recevabilité de son entreprise de transformation par Autrui, ses interlocuteurs privilégiés comme la société toute entière »[367]. Cet équilibre fait l'objet d'un enjeu décisif mais très complexe, notamment dans nos sociétés souvent uniformisées sur le plan des trajectoires personnelles.

V.2.2. La consommation contrôlée

Nous allons, tout d'abord et de manière succincte, reprendre quelques cas cliniques que nous avons trouvés dans la littérature clinique suisse afin d'illustrer certaines idées de la consommation contrôlée (CC). Puis, nous ferons état de certaines limites et de certains prérequis composant l'approche.

V.2.2.1. Illustration par quelques cas cliniques en Suisse

En s'appuyant sur des expériences cliniques, deux médecins addictologues du centre hospitalier universitaire de Lausanne, A. Albrecht et J.-B. Daeppen tentent de démontrer : « *la pertinence d'inclure la consommation contrôlée, sous diverses formes, dans la palette des traitements proposés. Cela permet aux personnes dépendantes de formuler des objectifs en accord avec leurs ressources du moment. Le sentiment de maîtrise et d'autonomie est alors renforcé, tout comme la qualité du lien thérapeutique* »[368]. Nous nous proposons de reprendre brièvement quatre cas ainsi que l'analyse qui en est proposée :

1° Le premier cas met en lumière la sévérité des rechutes dans le projet d'abstinence d'un patient qui multiplie les sevrages[369]. Cette situation démontre comment l'intégration d'une *gestion de la sévérité des rechutes*, en tant qu'outil de la consommation contrôlée, même dans un projet d'abstinence, peut permettre d'anticiper, de prévenir et d'atténuer les reconsommations. Ainsi, on travaille avec la réalité du patient qui semble se heurter à des objectifs d'abstinence pour le moment difficiles à atteindre. L'idée est donc d'ouvrir les yeux sur la situation et l'histoire du patient en matière de sevrage afin d'échanger avec lui, concrètement et sans tabou, sur ce qui pourrait se passer après

367*Ibid*, p. 104.

368Albrecht, A. & Daeppen, J.-B. (2007). La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool. *Dépendances, 31*, 6-8, p. 6. (Magazine du GREA).

369Nous pourrions également nous interroger sur les possibles méfaits, notamment cognitifs et neurologiques, des sevrages quand ces derniers sont effectués à répétition, notamment dans le traitement de l'alcool. Si cette question incombe au champ médical, elle n'en reste pas moins à interroger plus avant.

l'hospitalisation.

2° Le second cas démontre l'importance d'un *suivi diversifié et adaptatif* sur le long cours. Il met en exergue la situation d'un patient optant, au départ, pour la consommation contrôlée, en accord avec son thérapeute, mais obtenant finalement des résultats très insatisfaisants. Dès lors, le patient décide librement mais toujours dans le cadre du soin et avec le même thérapeute, d'opter pour une démarche abstinentielle. Une lecture rapide de ce cas pourrait démontrer l'inefficacité de la consommation contrôlée. Or, une lecture plus fine démontre le contraire. En effet, la proposition diversifiée et adaptative de soins sur le long terme a permis au patient de déployer un véritable processus d'émancipation. Le sentiment d'autonomie a été largement renforcé puisque l'abstinence n'a jamais été une condition à l'accompagnement mais bien l'expression d'un choix véritable. D'autre part, la consommation est devenue un sujet moins tabou, l'alliance thérapeutique a pu se développer et le projet d'abstinence s'est donc manifesté comme l'aboutissement d'une démarche réflexive.

3° Le troisième cas démontre la possibilité d'une *action thérapeutique centrée sur un retour à une consommation contrôlée après une longue période d'intenses consommations* pour une patiente présentant par ailleurs une lourde dépression. En effet, la consommation d'alcool était associée à du plaisir chez cette patiente, qui a souhaité, après un sevrage et dans les quelques semaines qui ont suivi, retrouver la possibilité de ce plaisir lui permettant aussi de mieux gérer sa dépression. Ce cas suggère que lui imposer l'abstinence après son sevrage, et pendant son suivi en établissement ambulatoire, l'aurait peut-être emmenée vers des phases de déprime à répétition, des reconsommations massives et peut-être également loin du soin qu'elle a poursuivi par ailleurs pendant plusieurs années. Pire encore, elle aurait pu adapter son discours pour satisfaire son interlocuteur.

4° Le dernier cas indique que la consommation contrôlée peut aussi s'entendre par la *gestion des fréquences de consommations et non pas uniquement des quantités consommées*. Le patient dont il est question présente une grande fragilité psychique associée à des consommations massives d'alcool. D'autre part, ce patient rejette l'abstinence, l'associant à de l'anxiété ainsi qu'à de mauvaises expériences en institution. Ainsi, l'accompagnement par la gestion des fréquences lui a permis de poursuive son chemin réflexif dans le cadre d'un suivi thérapeutique. Il consomme toujours massivement mais moins souvent et constate alors une amélioration de son état de santé somatique. Il a un plus grand appétit, il a le sentiment de pouvoir agir sur sa vie et l'alliance thérapeutique se

développe significativement. Après quelque temps et contre toute attente, cette expérience lui a permis d'envisager doucement l'abstinence mais une abstinence réfléchie et pesée en fonction de sa réalité singulière. En effet, les deux auteurs notent qu'il : « *souffre de s'isoler de plus en plus en dehors des périodes d'alcoolisation et il se demande si les sevrages répétés qu'il s'inflige* (et qu'il gère à l'aide de benzodiazépines) *ne le rendent pas encore plus anxieux. Peu à peu, il commence à envisager l'idée de refaire un autre séjour institutionnel, car l'abstinence qu'il expérimente trois jours par semaine lui paraît par moments moins pénible à supporter* »[370].

En conclusion, il apparaît que l'accompagnement des conduites de dépendance nécessite un cadre spécifique et souple où le thérapeute ne choisit pas à la place de l'usager l'une ou l'autre approche thérapeutique. Les auteurs ajoutent : « *Il est capital de connaître au niveau théorique ces différentes approches, qu'il s'agisse de l'abstinence ou de la consommation contrôlée, afin d'être en mesure d'accompagner le patient dans ses choix. Accepter, en tant que thérapeute, la consommation contrôlée comme un but thérapeutique parmi d'autres permet une approche par paliers respectant les stades de changement du patient* »[371].

V.2.2.2. De quelques limites à dépasser ?

Ainsi, se dessine un profil d'usager, repris par P. Gache, susceptible de mieux réussir à contrôler ses consommations[372]. Il se présente avec une dépendance légère ou moyenne[373] (variable également selon le test d'évaluation de la dépendance) et une perte de contrôle ne dépassant pas un certain degré[374]. Il a confiance dans ses capacités à aller au bout de ses objectifs et a bien compris les enjeux de l'accompagnement orienté vers la consommation contrôlée dont il bénéficie et avec lesquels il est d'accord. Il est en moyenne plus jeune que le profil de l'usager qui réussira mieux avec l'abstinence, avec une histoire personnelle et familiale peu « chargée » au regard de l'alcool (puisqu'il est ici question de l'alcool).

Nous ne remettons pas ici en question l'intérêt de ce profil-type. Toutefois, nous contestons l'idée de ne proposer certains accompagnements qu'à certains profils. Ce qui reviendrait à nouveau, comme

370*Ibid,* p. 8.
371*Ibid*, p. 8.
372Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée, *op. cit.*
373L'auteur propose également une distinction entre sévérité de la dépendance et sévérité des conséquences liées à la pratique addictive, trop souvent confondues.
374Voir à ce propos les travaux de N. Heather & al.

dans le traitement conventionnel de la dépendance par l'abstinence « obligée », à imposer des modèles, scientifiques ou non, à la grande variable qu'est le comportement humain. Si les modèles prédéfinis rassurent (usagers et professionnels), ils peuvent néanmoins tendre à réduire la singularité des acteurs.

Par ailleurs, H. Klingemann et H. Rosenberg, deux universitaires, l'un suisse et l'autre américain, montrent que la consommation contrôlée n'est pas acceptée de la même manière selon les pays[375]. Effectivement, la perspective abstinentielle semble toujours très présente aux États-Unis et au Canada, en tout cas au moment de l'écriture de l'article, pendant que la consommation contrôlée se développe de plus en plus en Australie et dans certains pays européens (Norvège, Suisse et Grande-Bretagne par exemple). La culture d'un pays joue souvent un rôle central dans le développement des approches liées aux questions sanitaires et sociales.

De plus, les auteurs notent qu'un haut degré de dépendance apparaît en effet comme un frein au développement de cette approche par les professionnels, tout autant que le type d'établissement considéré. En effet, il semble que la consommation contrôlée est moins bien acceptée dans les structures de type résidentiel que de type ambulatoire.

Toutefois, la pertinence de cet outil – démontrée scientifiquement et empiriquement et qui prend la forme d'un retour à un usage régulé par le biais de nouvelles approches éducatives, de traitements de substitution, de l'héroïne médicalisée ou encore de la RdR – semble intéresser de plus en plus les professionnels. Certains tentent d'offrir des alternatives à l'abstinence aux usagers pendant que ces derniers expriment de plus en plus de nouveaux choix d'accompagnement. L'équation maladie-abstinence-guérison est largement débattue. À ce propos, R. Berthelier, médecin psychiatre, suggère la possibilité d'un renforcement de l'hyperesthésie par la privation, favorisant alors la dépendance[376]. Par conséquent, les orientations thérapeutiques se multiplient et les projets exprimés se transforment. Toutefois, la consommation contrôlée rencontre encore d'autres barrières, telles que l'avis de l'entourage, de la famille, de l'employeur, de certains médecins et professionnels ou encore des groupes d'auto-support néphalistes. Pourtant, l'idée de la consommation contrôlée est avant tout de s'adresser à un public élargi (dépendant ou non), en personnalisant l'accompagnement par une multiplicité des supports d'accompagnement proposés, sans pour autant nier la possibilité ou la nécessité de l'abstinence. À ce propos, H. Klingemann et H. Rosenberg recommandent pour chaque cas clinique : « *une procédure d'analyse consentie et avisée des chances de réussite de la CC, ainsi que des risques et des avantages à la fois de la CC et de l'abstinence, et du choix des interventions*

375Klingemann, H. & Rosenberg, H. (2007). Acceptation et pratique thérapeutique de la consommation contrôlée. *Dépendances, 31*, 2-4. (Magazine du GREA).

376Berthelier, R. (2002). En finir avec les toxicomanes ? *Vie Sociale et Traitements, 75(3)*, 19-24, p. 19.

menant à chacun de ces deux aboutissements »[377].

P. Gache propose quatre axes à inclure à tout programme de consommation contrôlée auxquels nous ajoutons des propositions :

« *1° des paramètres clairs et explicites* (d'ordre quantitatif) *pour évaluer la consommation contrôlée* (selon les catégories de l'usager qui sont négociées avec le professionnel) *;*

2° un consensus sur la valeur du verre-standard ;

3° un plan de traitement très clair et des ressources dûment expliquées au patient ;

4° des stratégies de négociation des buts et options thérapeutiques (en fonction de la réalité vécue et des expériences capitalisées) »[378].

Ces programmes offrent une nouvelle option thérapeutique (notamment préventive) qui ne contredit pas la possibilité de l'abstinence. Cette option permet d'amener une plus grande partie de la population vers les dispositifs de soin (des plus réfractaires jusqu'à ceux que leur comportement questionne simplement). Elle se situe entre prophylaxie et réaction, et ambitionne donc de réduire le nombre de patients présentant des conduites de dépendance « sévères ». Si l'alcool est le point de départ, cette réflexion peut être étendue à toutes les conduites addictives qui mériteraient elles-aussi de passer un peu plus l'épreuve scientifique de la consommation contrôlée.

V.2.3. La consommation non problématique et raisonnée

La consommation non problématique constitue une autre manière d'appréhender la potentialité d'un troisième axe d'accompagnement en addictologie. L'exemple du centre résidentiel d'addictologie « Toulourenc » en Suisse est à cet égard représentatif. J.-J. Rappo et N. Stock, deux promoteurs du projet de consommation non problématique au sein de ce centre, en précisent les contours et enjeux. Partant d'une approche différente de celle qui encadre la consommation contrôlée, cherchant à identifier qui a le contrôle ; ils proposent une approche centrée sur la définition du problème lié à la consommation. Ainsi, le projet de la structure se développe sur le principe d'une consommation non problématique et raisonnée. Non problématique, dans le sens d'une définition collective de ce qui est problématique. Raisonnée, dans le sens d'une dimension réflexive et non pas raisonnable.

Selon les auteurs, les offres de soins liées à la gestion de l'abstinence ou de la consommation reposent davantage sur des éléments extrinsèques attenants au cadre institutionnel plutôt qu'à des

377Klingemann, H. & Rosenberg, H. (2007). Acceptation et pratique thérapeutique de la consommation contrôlée, *op. cit*. p. 4.

378Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée, *op. cit.*, p. 16-17.

éléments intrinsèques. Cela fragiliserait alors la démarche en dehors du cadre proposé.
L'objectif du projet est de participer à une stabilisation et/ou à une amélioration de la qualité de vie bio-psycho-sociale des usagers sur le long terme, selon les critères suivants : « *la stabilisation des pathologies existantes, le maintien des soins, la diminution des prises de risques sanitaires, l'absence de dépendance ou d'abus de substances, une capacité à rester en contact avec la réalité, le maintien du lien social et le non-isolement* »[379]. Tout ceci, à travers l'intégration des consommations dans le dispositif de soins (en tant que confrontation à la réalité) ainsi qu'à travers le développement d'un regard réflexif favorisant le développement du pouvoir d'agir et l'intégration dans la vie de la cité.
Ils développent un modèle tripartite (usager, membres du collectif, institution) s'appuyant sur une définition collective de ce qui fait problème. Les auteurs précisent que : « *cette démarche propose à la personne accompagnée de construire une dialectique entre sa consommation et son rapport au monde et à l'autre. […] Il s'agit de sortir d'une logique de victimisation pour restaurer progressivement une posture d'acteur en capacité d'agir dans le monde social. Ce processus passe par le renforcement de l'estime de soi, des habiletés sociales et la régulation de la consommation* »[380]. Dès lors, le professionnel fait exister une dimension normative, par le biais du groupe et du « vivre ensemble », sans pour autant la promouvoir ou l'imposer. Cette orientation vise une approche citoyenne de l'accompagnement.
Si les usagers peuvent entrer dans la structure après avoir consommé, les consommations ne sont pour autant pas autorisées à l'intérieur même du dispositif mais sont accompagnées via les partenaires extérieurs intervenant dans le champ de la RdR et de la supervision des consommations. Par ailleurs, les usagers souhaitant s'inscrire dans une démarche d'abstinence auprès de personnes encore actives sont également accueillies, ce qui permet pour les uns de se confronter à une réalité sociale de consommation (le cas de l'alcool est à cet égard significatif) et pour les autres de se confronter à la réalité du contexte social lié au « vivre ensemble ».

Ce projet, qui a débuté en 2018, a démontré que bien souvent les personnes choisissaient l'abstinence de la substance psychoactive dont ils étaient le plus dépendants. Il a aussi démontré une libération de la parole liée aux pratiques de consommation et à la réalité vécue dans le même temps qu'une mise en mouvement accrue, de la part des usagers, dans la vie du dispositif ainsi que dans le développement de projets individuels (d'ordre social ou professionnel). Néanmoins, J.-J. Rappo et N. Stock observent une augmentation des consommations de cannabis, certainement liées à un

379Rappo, J.-J. & Stock, N. (2020). La consommation non problématique : Un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendances, 67*, 6-9, p. 7. (Magazine du GREA).
380*Ibid,* p. 7.

phénomène de compensation-substitution, et une difficulté à participer au « vivre ensemble », au sein du collectif, pour les personnes s'inscrivant dans une tentative de régulation des consommations d'alcool.

Enfin, pour les auteurs : « *ce nouveau paradigme nous place, dès lors, dans une nécessaire évolution et redéfinition de nos pratiques professionnelles davantage tournées vers un accompagnement palliatif que dans une dimension thérapeutique à visée transformatrice* »[381]. L'objectif n'est donc plus nécessairement d'aider à changer fondamentalement, en tout cas au départ, mais d'aider à maintenir, à tenir voire à aller mieux. Nous pensons, néanmoins, que la démarche va au-delà d'une simple dimension palliative. Elle propose un préalable fort et congruent, au regard de certaines réalités singulières, permettant un nouveau croisement entre RdR et accompagnement thérapeutique et justifiant, de par sa fonctionnalité, le développement d'un troisième axe clinique en addictologie.

V.2.4. La consommation modérée

Chez J.-P. Roussaux et Y. Nozeret, c'est l'idée (encore timide) de la consommation modérée qui est développée. En effet, ils préconisent la mise à disposition d'une palette de possibilités thérapeutiques adaptée à tous les profils et projets[382].

Pourtant, à l'appui d'une étude empirique menée par J.-P. Roussaux et M. Derely[383] et par un rappel d'autres études déjà évoquées, les auteurs rappellent le faible pourcentage de réussite de la consommation modérée sur les cas les plus sévères. Toutefois, ils ne présentent pas l'abstinence non plus comme étant un remède miracle.

Par conséquent, à la suite de J.-P. Roussaux et Y. Nozeret, il conviendrait peut-être d'agir et d'accompagner les parcours de vie de manière singulière, créative et prophylactique afin d'empêcher la mystification d'un comportement mais aussi de sa « solution ». Effectivement, il apparaît que l'abstinence s'est construite en réaction à la dépendance sévère tout en impliquant certaines représentations négatives du malade « alcoolique » (ou du malade « toxicomane ») mais aussi du soin, excluant ainsi une partie de la population en difficulté avec ses consommations. Les auteurs

381 *Ibid,* p. 9.

382 Roussaux, J.-P. & Nozeret, Y. (2000). La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique ? In J.-P. Roussaux, B. Faoro-Kreit & D. Hers (dir.). *L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques* (p. 251-261). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

383 Roussaux, J.-P. & Derely, M. (1989). *Alcoolismes et toxicomanies. Études cliniques*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.

indiquent à ce sujet : « *Il faut reconnaître que la possibilité pour un centre d'offrir une prise en charge selon le mode de la consommation modérée permet d'attirer plus précocement en traitement certains patients, ceux que leur propre alcoolisation et ses conséquences ponctuellement négatives commencent à interroger. Le début d'une prise en charge ne serait plus conditionné par la nécessité d'avoir "touché le fond" pour entreprendre un rigoureux programme d'abstinence complète. Remarquons enfin qu'une population non-dépendante serait susceptible de profiter mieux encore de ce type de programme. D'autant plus qu'au fil de la prise en charge, le "buveur modéré", s'il montre une incapacité patente à contrôler sa consommation, pourra, de sa propre décision mais avec le soutien du thérapeute en concertation avec la famille, opter pour l'abstinence. Ce point nous paraît essentiel : ne pas faire de l'abstinence le but ultime du traitement, mais la considérer comme un moyen* »[384]. La consommation modérée renvoie donc ici à deux logiques : celle de la prophylaxie et celle de l'adaptabilité dans le but d'être au plus près des réalités de chacun et de démystifier le soin.

Par ailleurs, J.-P. Roussaux et Y. Nozeret reprennent une étude de E.M. Pattison[385] pointant très justement le fait qu'il n'y a pas assez de prise en considération du contexte, c'est-à-dire de la « culture de boisson » de la société considérée : « *par exemple, une culture du "tout ou rien" où l'abstinence alterne avec l'ivresse (dans certaines parties de l'Irlande) connaît des taux d'alcoolisation pathologique bien plus importants que ceux de pays où il existe une véritable tradition intégrée de la consommation modérée (comme en Italie du Sud)* »[386].

Nous souscrivons à l'idée que l'éducation et la culture puissent être des leviers non négligeables de rupture avec les consommations à risques ainsi qu'avec la mystification des substances psychoactives. Cela ne veut pas dire qu'il faut systématiquement apprendre à bien consommer (encore moins à consommer) puisque le « bien consommer » reste empreint de subjectivité ; mais qu'il faut apprendre à se défaire de nos craintes et de nos représentations, en construisant des cadres normatifs plus souples mais faisant tout de même office de régulateurs, pour appréhender plus sereinement les substances psychoactives. Cela demande d'accepter de ne pas vivre dans un monde uniformisé et aseptisé. Selon N. Carrier[387], repris par J.-P. Couteron, l'interdit posé par la loi de 1970 s'appuie sur un argument contraire à cette logique. Ainsi : « *la loi aurait à préserver une*

384Roussaux, J.-P. & Nozeret, Y. (2000). La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique ? *op. cit*., p. 257-258.

385Pattison, E.M. (1987). Wither goals in the treatment of alcoholism ? *Drug and Society, 1(2/3)*, 153-171.

386Roussaux, J.-P. & Nozeret, Y. (2000). La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique ? *op. cit*., p. 255.

387Carrier, N. (2008). *La politique de la stupéfaction. Pérennité de la prohibition des drogues.* Rennes : Presses universitaires de Rennes.

homogénéité sociétale que pourrait mettre à mal une trop forte pluralité des styles de vie, rendant la société ingouvernable si chacun poussait à l'extrême son mode de vie »[388]. Pourtant, comme le rappelle M. Kokoreff, un cadre de régulation se dessine également pour les groupes où la consommation devient la norme. On ne consomme généralement pas dans n'importe quel lieu ni dans n'importe quelle situation[389].

De plus, chez J.-P. Couteron, l'accompagnement doit se concentrer aussi sur les conséquences néfastes des usages. Les réponses doivent donc concerner : « *autant la perte de contrôle, l'impulsion à consommer que la dépendance et la "centration", cette captation des activités au seul profit de l'usage qui appauvrit les capacités d'agir de manière autonome et de trouver ailleurs des satisfactions* »[390]. Si l'approche médicale peut appuyer des actions relatives à ces difficultés, l'approche éducative prend ici tout son sens et tire même son essence de ce genre de problématiques. Ainsi, une approche éducative prophylactique ou à visée curative, par son caractère clinique et dynamique, permettrait de travailler au sein même de la réalité vécue par chaque usager pour en atténuer les conséquences négatives. Dès lors, un travail sur les compétences psychosociales ou issues du travail éducatif au sens de J. Marpeau et S. Starck – autrement dit issues de l'activité du sujet en devenir et non de l'activité du professionnel – semble essentiel. Avec pour objectifs : la déculpabilisation, le développement de l'esprit critique, de la réflexivité, de la confiance en soi, d'un environnement propice au mieux-être et le développement d'activités et de projets annexes faisant sens pour la personne.

La culture et l'éducation ont donc un rôle à jouer dans la possibilité d'une action centrée sur la consommation modérée qui renvoie ici à une troisième logique. Outre la logique prophylactique et outre la logique d'adaptabilité, la consommation modérée renvoie également à une logique culturelle entendue dans son sens large.

J.-P. Roussaux et Y. Nozeret ont élaboré douze conseils pour tendre vers une consommation modérée de boissons alcoolisées que nous souhaitons reprendre ici à titre indicatif et pour conclure : « *1° Boire beaucoup de liquide non alcoolisé (toujours un verre à la main !). Avoir toujours à disposition des réserves suffisantes de ses boissons non alcoolisées préférées, à bonne température.*

2° Ne jamais boire de boissons alcoolisées par soif, mais seulement par goût, pour le plaisir et par petites gorgées.

3° Préférer des boissons faiblement alcoolisées (comme la bière ou le vin). Jamais d'alcool fort.

4° Choisir des produits de qualité supérieure, coûteux (par ex. : un grand cru millésimé). Devenir

388Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction. *Le sociographe, 39,* 11-16, p. 15.
389Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 49.
390Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*, p. 12.

un connaisseur plutôt qu'un avaleur.

5° Ne jamais boire de boissons alcoolisées ni quand on est seul ni en compagnie d'un groupe de grands buveurs.

6° Ne jamais boire de boissons alcoolisées à jeun, mais les consommer au cours d'un repas.

7° Fixer d'avance la quantité maximale que l'on s'autorise et ne jamais la dépasser même dans le feu de l'action.

8° Ne pas boire de boissons alcoolisées si l'on est triste, contrarié, tendu ou anxieux. L'alcool n'est pas un bon médicament et s'avère inefficace à long terme pour améliorer le moral.

9° Pour les situations stressantes, avoir un "truc" qui assure une certaine détente : marcher, manger, parler, jouer, etc.

10° Pour pouvoir consommer moins d'alcool, il faut une certaine quantité de satisfactions qui proviennent d'autres sources que l'alcool : amour, amitié, travail, hobby, sport, culture, etc.

11° Vous n'êtes pas engagé dans un combat solitaire : votre entourage familial bien au courant de votre tentative de consommation modérée et votre médecin consulté régulièrement, constituent des recours en cas de difficulté.

12° Si la consommation d'alcool ne peut être maintenue modérée et qu'elle entraîne des conséquences négatives, il faut se résoudre à l'abstinence complète de toute boisson alcoolisée. Dans ce cas, l'abstinence n'est pas un but en soi mais seulement un moyen qui permet de réaliser certains objectifs de vie, propres à chaque personne »[391].

V.2.5. La zone de confort

Dans la lignée de ce troisième axe, M. Fieulaine, anthropologue de formation et chargé de projet dans le domaine de l'addictologie en France, apporte depuis quelques années de nouvelles réflexions et pistes d'accompagnement, notamment liées à la problématique alcool[392]. Il a tenté de transposer le principe de la Réduction des Risques (RdR), associé aux drogues illicites, à l'accompagnement en alcoologie. Cette « RdR alcool » reprend les principes de base de la RdR mais propose également des outils tournés vers une dimension peut-être plus réflexive que l'on pourrait assimiler au troisième axe d'accompagnement dont il est question dans cette partie.

391 Roussaux, J.-P. & Nozeret, Y. (2000). La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique ? *op. cit*., p. 259.

392 Fieulaine, M. (2013). Le choix de Monsieur L. Repenser l'accompagnement des usages d'alcool. *Swaps, 73(4)*, 6-8 ; Fieulaine, M. (2016). Quand les alcooliques unanimes rejoindront les drogués heureux... *ASUD-Journal, 59*, 21-23 ; Fieulaine, M. (2016). Réduire les risques. *Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale, 1*, 29-31. (Magazine de la Fédération Addiction).

Nous souhaitons reprendre ici le point de départ de ses réflexions : « *Qu'il s'agisse de norme sociale, de cadre légal ou de santé publique, la question des usages de substances psychoactives a toujours constitué un enjeu de domination : il s'agissait pour quelques-uns – tour à tour religieux, moralistes, législateurs, forces de l'ordre et détenteurs du savoir médical – d'imposer au plus grand nombre leur vision de ce qui pouvait ou non être consommé, de quelle façon et dans quelles limites. Au gré d'intérêts politiques, économiques ou de logiques de protection ou de contrôle (d'aucuns parleront de bien-être) des populations, avec des stratégies plus ou moins répressives, se construit un ordre qui trace la frontière entre les pratiques acceptables, encouragées ou tolérées, et celles qu'il convient de réprouver et de combattre* »[393].

Il pose donc un regard critique sur la construction sociale du « bien boire » et du « mal boire » dans nos sociétés, héritée de la culture et du discours biomédical. Il préconise la nécessité d'appréhender les manières de boire comme autant de manières de vivre, faisant l'objet d'une volition assumée pour certains consommateurs malgré des conséquences somatiques parfois dramatiques. L'auteur soutient également l'idée d'une action centrée sur l'atténuation de la stigmatisation et de la culpabilisation. Il ajoute : « *La RdR en matière d'alcool doit s'entendre comme une offre d'accompagnement alternative et complémentaire au modèle abstinentiel qui se fonde sur une autre façon d'appréhender à la fois l'usager, l'usage et la nature de la relation d'aide. […] La RdR en matière d'alcool part du principe que l'usager est expert de ses propres pratiques. C'est-à-dire qu'il est à même, plus que quiconque et pour peu qu'on lui en offre les conditions et les moyens, de nommer ses pratiques, de les évaluer, d'en mesurer les bienfaits comme les méfaits, de faire des choix et de formuler une demande d'aide qui corresponde à la fois à ses besoins et à ses capacités de changement. Il le fait à son rythme, qui n'est pas celui des aidants, avec ses objectifs, ses réticences et ses deuils impossibles, qu'il est impératif de respecter* »[394].

Son approche s'intéresse à l'usage en tant que logique et stratégie singulière. Il questionne alors le « comment », permettant de se réapproprier sa propre « manière de boire », plutôt que le « combien » ou le « pourquoi ». Pour l'auteur, les usages sont le fruit d'une histoire qu'il nomme « carrière » et qui n'existent que parce qu'ils : « *remplissent des fonctions bénéfiques et essentielles pour l'individu* »[395]. À ce titre, il propose un concept tout à fait intéressant : la « zone de confort ». Il en précise les contours : « *Chaque usager tend à trouver un niveau d'usage qui lui assure la qualité de vie la plus acceptable possible au regard de son état et de ses conditions d'existence. Ce niveau*

393Fieulaine, M. (2013). Le choix de Monsieur L, *op. cit.*, p. 6.
394*Ibid,* p. 7.
395*Ibid,* p. 7.

d'usage, chez certains quantitativement très élevé, que nous appelons "zone de confort" est trop souvent mis à mal par l'intervention de tiers qui cherchent à le réduire ou à le contenir »[396]. Ainsi, avant toute possibilité de changement, il s'agit de protéger cette zone tout en cherchant à en réduire les méfaits. Il complète : « *L'objectif est d'intervenir sur la qualité de vie de la personne en vue de l'améliorer, de la stabiliser ou même seulement parfois d'en ralentir ou d'en retarder la dégradation. […] La relation d'aide et de soin devient donc une négociation qui part de la qualité de vie perçue par l'usager dans l'objectif d'élaborer avec lui une proposition de qualité de vie réalisable qui soit le plus égale possible à la qualité de vie souhaitée par lui* »[397]. La « zone de confort » est évolutive en fonction du parcours de l'usager, dépend de ses choix et des échanges qu'il a avec les professionnels. Elle vise donc un équilibre entre les effets bénéfiques et les effets négatifs de chaque consommation.

Pour M. Fieulaine ce n'est pas l'alcool qui pose problème mais bien ses conséquences négatives. Plutôt que d'envisager la dépendance à l'alcool comme un problème, il propose d'envisager l'alcool comme une solution posant potentiellement, par certaines conséquences, un problème au consommateur. Son intention est de se focaliser sur la qualité de vie souhaitée plutôt que sur la santé des usagers. La « RdR alcool » vise la conservation des conséquences positives de la consommation tout en faisant de cette dernière une activité peut-être plus réfléchie dans le but d'en réduire les conséquences négatives.

Selon l'auteur, le « bien boire », ne rien consommer d'illicite, l'abstinence et la santé publique de manière générale, apparaissent comme autant de possibilités pour certains de véhiculer des discours moralisateurs et idéologiques ainsi que des normes disposant d'un certain pouvoir d'aliénation. Autrement dit, les consommateurs seraient soumis, par certains discours, à une forme d'intériorisation des conditions de leur propre domination entraînant ainsi un effacement de leurs singularités et perpétuant un modèle normatif dysfonctionnel et souvent aliénant. M. Fieulaine rejoint ici les travaux de P. Bourdieu et J.-C. Passeron concernant la violence symbolique, sur lesquels nous reviendrons un peu plus tard.

D'autre part, la Fédération Addiction, fer de lance de la réflexion nationale et internationale en matière d'addictologie, soutient largement le développement d'approches cliniques renouvelées. En effet, dans une publication interne datant de 2019, elle s'est employée à requestionner – à l'appui d'expérimentations liées aux travaux de M. Fieulaine – le paradigme abstinentiel dans un souci de

396*Ibid*, p. 7-8.
397*Ibid,* p. 8.

singularisation des réponses apportées. Elle soutient l'idée selon laquelle la substance n'est pas le réel problème. Ainsi, l'abstinence n'est pas l'unique solution et l'étiquette du malade peut alors venir renforcer les processus de honte, de culpabilisation, de dissimulation, voire de provocation de l'usager. La Fédération Addiction précise que : « *c'est l'une des raisons pour lesquelles sa demande de soin, intégrée souvent par la contrainte et après de longues périodes de disqualification sociale, va d'abord être le sevrage : la suppression de l'alcool, de l'étiquette insoutenable, du stigmate* »[398].
Conséquemment, Selon le principe de la RdR, défendue par la Fédération Addiction, toute amélioration, même minime, est bonne à prendre ainsi que toute stabilisation ou ralentissement de l'aggravation de l'état santé. Pour reprendre les termes avancés par la Fédération Addiction, cette perspective ne constitue en aucun cas un accompagnement « au rabais » mais au contraire constitue l'opportunité de s'ajuster aux histoires de vie singulières. Il existe, en effet, autant de rapports aux produits, de manières de consommer que de personnes qui consomment. Une action centrée sur le développement du pouvoir d'agir au quotidien (par petits pas) est donc préconisée dans le but de renforcer le sentiment de contrôle et de confiance en soi mais aussi d'atténuer l'asymétrie dans la relation au soignant.
L'usager reste l'expert empirique de ses consommations et de sa situation et l'approche choisie (sevrage, abstinence, modification des pratiques, sécurisation et maintien des consommations, etc.) redevient par essence le moyen, et non l'objectif, par lequel l'usager peut améliorer sa qualité de vie.

Par ailleurs, avec J.-P. Couteron[399] : « *pour être efficaces et sortir d'une conception des addictions appréhendées soit comme maladie, soit comme délit, les rôles de la loi, des approches médicales et thérapeutiques, de l'éducation et de la réduction des risques sont à refonder* »[400]. Il soutient l'idée d'un affaiblissement de la maîtrise des expériences d'usage dans une société de plus en plus précoce en matière de consommations.
« *Au lieu de se compléter sans se contredire, chacune de ces logiques* (judiciarisation, médicalisation et réduction des risques) *accentue un potentiel de déqualification de l'homme qui renforce l'affaiblissement du contrôle de soi qu'elle veut combattre* »[401]. Il en précise les contours : la judiciarisation favorise, effectivement, l'interdit plutôt que le soutien du contrôle de soi et de l'éducation ; la médicalisation répond de la même manière aux différents problèmes responsables de l'usage ou causés par lui (somatiques, psychologiques et surtout sociaux) ; la réduction des risques se limite encore trop souvent aux risques quantifiables et physiques des usages en se montrant

398Fédération Addiction. (2019). Alcool. Intervenir autrement. *Fédération Addiction, publication interne*, 1-8, p. 5.
399Président de la Fédération Addiction jusqu'en 2018.
400Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*, p. 14.
401*Ibid*, p. 16.

timide face à un objectif plus poussé de changement, de transformation ou de renforcement du pouvoir d'agir.

Même si bien sûr, il rappelle les apports indéniables, parfois incontournables, du médical dans le traitement des addictions qui – s'ils contribuent toujours à faire de l'usage un mal à corriger et de l'usager un malade – offrent un socle solide à l'accompagnement. Il en va de même pour la réduction des risques qui a le mérite d'avoir transformé les définitions du soin, centré au départ sur l'abstinence, mais aussi d'avoir développé de nouvelles pratiques et approches en se rendant par exemple au chevet des usagers dans leurs différents lieux de consommations (milieux festifs, squats, centres-villes, parkings, friches, etc.).

Si pour J.-P. Couteron, l'idée n'est plus aujourd'hui d'imposer l'abstinence dans les structures d'accompagnement, nous pensons que ses propres réflexions mettent en lumière la faible présence d'alternatives concrètes. Ce qui nous amène encore une fois à penser, à la suite de l'auteur, le développement de nouvelles voies en addictologie, à l'interface du thérapeutique et de la RdR dans une perspective éducative plus soutenue, précoce et renouvelée cherchant à redonner aux usagers un accès facilité à leurs propres processus biographiques et existentiels. Autrement dit, cherchant à développer un processus de requalification de l'homme. Aussi, pour J.-P. Couteron : « *Éducation et prévention restent délaissées, oubli dangereux au regard des mutations technologiques et culturelles, notamment celles reposant sur l'incitation à consommer et portées par le marketing et les médias d'une société addictogène. Cet oubli donne à la pénalisation une place prééminente et bloque les avancées de la réduction des risques et des pratiques thérapeutiques* »[402].

Dans la partie suivante, nous souhaitons reprendre la terminologie employée jusqu'alors afin de proposer des distinctions et rapprochements au sein de ce troisième axe d'accompagnement qui aboutira sur l'idée d'une « régulation des consommations » (RdC).

V.2.6. Distinctions sémantiques

Cette partie n'a pas pour objectif l'exhaustivité ni le consensus. Elle propose de penser la terminologie employée afin d'en dégager certaines connotations. Le choix d'un terme renvoie à des considérations sémantiques que chacun doit pouvoir réfléchir dans le but d'être au plus près de ce qu'il souhaite nommer.

402*Ibid,* p. 16.

Nous distinguons tout d'abord **deux grandes catégories**. D'un côté, sous le terme de « gestion » et de l'autre, sous le terme de « contrôle ». Si la gestion peut renvoyer à l'idée d'un système entrepreneurial et managérial de soi, le contrôle, associé aux consommations, renvoie quant à lui à l'idée du cadre légal répressif.

- ➔ Ainsi, le système gestionnaire s'apparente à une terminologie chère à la modernité avancée renvoyant à des attentes sociétales contrastées à l'égard du sujet contemporain. La figure idéal-typique de l'individu libre et cause de son action s'inscrit en effet parfaitement dans ce souci d'auto-gestion de son parcours et de développement du pouvoir d'agir des usagers. Pour le dire autrement, les tenants d'une approche gestionnaire de soi ne sont pas exempts de l'influence d'un système de normes sociales sous-jacentes qui guide leur action sans pour autant qu'ils en aient toujours conscience. L'arrière-fond sociologique de la figure de « l'entrepreneur de soi » qui est condamné à détenir en lui-même les conditions de sa réalisation personnelle et sociale, dans un contexte pourtant subordonné à un certain nombre de déterminismes externes, se retrouve ici par certains aspects. Toutefois, le modèle de M.-H. Soulet s'en écarte par certains points. L'usager bénéficie d'un soutien fort de la part du professionnel. Ce dernier a aussi sa part de responsabilité dans l'évolution de la situation mais il préfère placer sa confiance dans l'expertise que l'usager a de son expérience plutôt que dans un modèle pré-établi ou déjà pensé pour lui. En effet, ce dernier demeure de manière irréductible un sujet singulier forcément différent de celles et ceux qui le précèdent.
- ➔ D'autre part la notion de contrôle, renvoie effectivement au caractère répressif de la loi vis-à-vis des substances psychoactives et dessine, dès lors, une ambiguïté entre deux approches totalement distinctes. Elle implique par ailleurs l'idée potentielle d'un contrôle total de ses consommations et donc d'un absolu alors même que volontaire et involontaire coexistent inlassablement, et plus encore peut-être dans le processus de dépendance. Si cette terminologie vient à rebours de la célèbre définition de P. Fouquet qui soutient que la personne dépendante a perdu la liberté de s'abstenir et donc de se contrôler, elle n'épuise pas la pluralité des modes de régulation des consommations. De surcroît, la consommation contrôlée se restreint encore souvent à la prévention, à des modèles d'accompagnement d'ordre cognitif et comportemental ou encore à des modèles d'évaluation objectivables liés aux critères de santé publique.

Ces deux grands ensembles peuvent être subdivisés en plusieurs sous-catégories :

- Pour ce qui est de la consommation contrôlée, P. Gache en propose trois avec une orientation quantitative dans un souci d'objectivation :

1) « *La consommation occasionnelle est habituellement définie comme une consommation faible, épisodique et sans dommages. Elle inclut en général des périodes d'abstinence plus ou moins longues* ;
2) *La consommation modérée se rapporte à une consommation d'alcool régulière et sans dommages. Le qualificatif modéré se réfère à des quantités variables selon les auteurs. Habituellement aujourd'hui, est dite modérée une consommation d'alcool inférieure ou égale à 21 verres-standard par semaine pour un homme et à 14 verres-standard pour une femme. De plus, on ajoute habituellement la notion de consommation par occasion qui doit être inférieure à 6 verres pour un homme et 5 verres pour une femme* ;
3) *La consommation excessive sans problèmes rassemble toutes formes de consommation non modérée au sens décrit plus haut mais qui après examen minutieux ne met pas en évidence de dommages liés à cette consommation* »[403].

La consommation modérée renvoie également chez J.-P. Roussaux et Y. Nozeret à trois logiques plus subtiles : celle de la prophylaxie, entendue comme manière de prévenir les risques d'excès, celle de l'adaptabilité, dans le but d'être au plus près des réalités de chacun et de démystifier le soin, mais aussi et surtout celle de la culture, entendue comme pratique culturelle construite et délimitée par une société donnée.

- Pour ce qui est de la gestion des consommations, M.-H. Soulet propose une déclinaison par zone selon des indicateurs qualitatifs et subjectifs déjà évoqués :

1) Entre zone optimale de gestion ;
2) Zone intermédiaire ;
3) Et zone minimale de gestion.

De notre point de vue, la gestion de consommations intègrent d'autres sous-catégories :

- Par exemple, la zone de confort développée par M. Fieulaine. Elle permet, tout en réduisant les exigences de l'accompagnement, un niveau de confort suffisant pour l'usager dans le but d'améliorer sa qualité de vie et pourquoi pas de poursuivre sa démarche de soins. Cependant, ce niveau de confort peut présenter des dommages pour l'individu, quoique moindres au regard des conduites addictives passées. Cette approche de RdR oscille entre sécurisation des consommations, stabilisation des consommations et potentiellement modification des consommations. Elle s'adapte aux souhaits et surtout à la réalité de chacun et semble

403Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée, *op. cit.*, p. 15.

correspondre à la zone minimale voire intermédiaire de gestion des consommations.

- Par ailleurs, le « boire contrôlé » et le « boire réfléchi », que l'on retrouve chez D. Cormier, apparaissent comme deux autres sous-catégories. La première fait davantage référence à la zone intermédiaire de gestion des consommations (voire intègre la consommation contrôlée) alors que la deuxième se rapporte à la zone optimale. Quand l'idée d'un boire contrôlé s'appuie sur une approche comportementale par conditionnement avec l'idée d'un désapprentissage du boire problématique, l'idée d'un boire réfléchi s'appuie quant à elle sur le principe de l'autodétermination par la réflexion sur la pratique en définissant précisément les contextes et manières de consommer (choix des circonstances, fréquences, quantités, etc.). On s'intéresse, ici, à des indicateurs qualitatifs et quantitatifs mais qui ne sont pas définis *a priori* et sans la personne accompagnée.

- Enfin J.-J. Rappo et N. Stock propose une approche centrée sur une consommation non problématique et raisonnée. Non problématique, dans le sens d'une définition collective de ce qui est problématique. Raisonnée, dans le sens d'une dimension réflexive et non pas raisonnable. Alors que la consommation contrôlée cherche à identifier qui a le contrôle, les auteurs proposent l'idée d'un consensus (relatif à ce qui fait problème) entre l'individu, les professionnels/l'institution et le groupe. Si la terminologie issue de la consommation non problématique et raisonnée nous paraît être la plus pertinente et la moins polémique, elle souffre néanmoins d'un manque de déclinaison. Il sera par exemple plus simple de parler de gestion ou de régulation de ses consommations. Les termes « non problématique » et « raisonnée » sont difficilement détachables de leur valeur qualificative. Ainsi, nous ne pouvons pas en faire une troisième grande catégorie, mais nous pouvons tout à fait l'adjoindre à la zone optimale de gestion des consommations proposée par M.-H. Soulet.

Encore une fois, plutôt que de clôturer le débat, nous souhaitons participer à son ouverture. Les termes pour l'instant utilisés nous semblent en partie légitimes et en partie limités mais ont pour mérite d'exister. D'autres constructions terminologiques et rapprochements restent peut-être à inventer. L'état actuel des choses permet déjà une analyse et une prise en compte de la diversité des situations rencontrées en addictologie.

Le troisième axe d'accompagnement défendu dans cette thèse reprend ainsi toutes les approches évoquées dans cette partie en cherchant à les faire communiquer davantage. Elles disposent toutes de subtilités qui permettent d'être au plus près des réalités, objectifs et capacités de chacun.

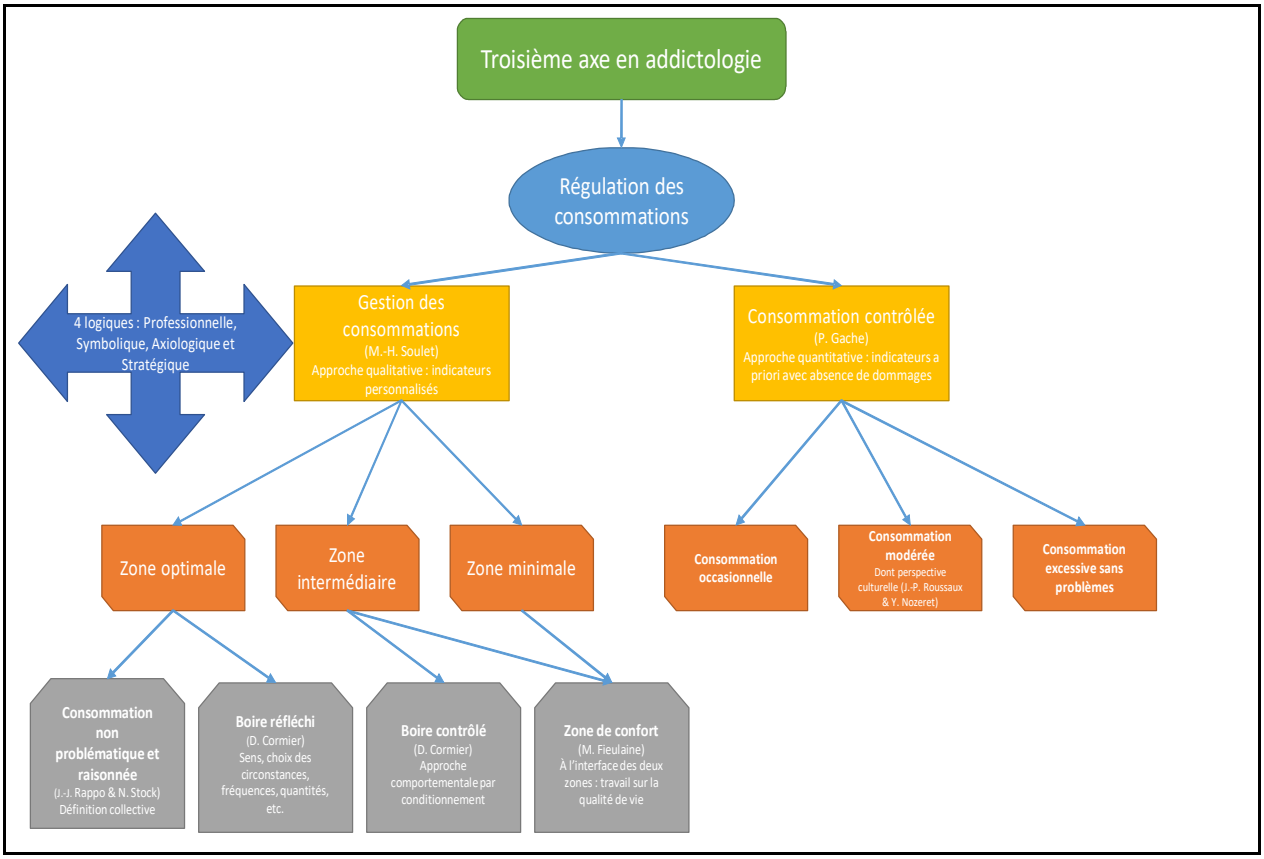
Dès lors, nous proposons un autre terme bénéficiant d'une neutralité sur le plan de l'interprétation et permettant un rapprochement entre les dimensions subjectives et objectives de l'accompagnement évoquées dans cette partie. En effet, la « régulation » des consommations (RdC) donne à voir les dimensions plurielle, processuelle et dynamique de ce troisième axe de travail en addictologie. Le terme « régulation » ne constitue pas un simple anglicisme renvoyant à la réglementation ou au champ de l'économie. Il renvoie tout d'abord aux nouvelles politiques publiques internationales en matière d'usages et de trafics de drogues qui tentent d'aborder le sujet par un autre prisme que celui de la prohibition ou de la répression. Il renvoie également, dans le dictionnaire, au « *fait d'assurer le fonctionnement correct d'un système complexe* »[404]. Cette définition semble tout à fait correspondre à l'idée que nous nous faisons de la régulation des consommations en tant qu'elle permet à des individus, par essence complexes, de « fonctionner » le mieux possible. Elle ramène au pouvoir de normativité sociale et vitale des individus.

Du délinquant au déviant, du déviant au malade, une opération de requalification de l'individu en tant que sujet en quête de sens à travers ses consommations semble pouvoir se déployer par le biais d'une philosophie pragmatique d'accompagnement socio-éducatif intégrant davantage l'expérience et les catégories subjectives des individus. Approche abstinentielle, régulation des consommations et réduction des risques constitueraient donc trois axes ou trois voies d'accompagnement distinctes mais superposables à partir d'une logique généralisée de « régulation individualisée des addictions », ou plus simplement de « régulation des addictions ». C'est une philosophie de l'expérience vécue, du choix et de l'émancipation sociale qui nécessite également l'appui des institutions spécialisées et des politiques publiques. Cette philosophie requiert donc idéalement le développement d'un nouveau modèle politique, notamment dans le cas français, dont nous discuterons dans la partie suivante.

Nous souhaitons pour terminer proposer un schéma récapitulatif des catégories et sous-catégories évoquées. Un schéma qui restera à étayer encore davantage et qui ne constitue qu'une lecture subjective, à débattre, des premiers éléments recueillis intégrant la logique de RdC :

404Dico en ligne Le Robert [en ligne]. https://dictionnaire.lerobert.com/definition/regulation (page consultée le 19 juin 2023).

Schéma 2 : La régulation des consommations (RdC)



V.3. Considérations relatives aux politiques publiques

Pour conclure avec ce chapitre relatif à l'émergence d'un troisième axe d'accompagnement, nous souhaitons rappeler qu'une réflexion plus globale est menée depuis longtemps dans le monde opposant les tenants de la prohibition, de la dépénalisation et de la légalisation des actuelles drogues. Une approche renouvelée en addictologie appelle logiquement le soutien d'une approche politique et sociale également renouvelée. Notre travail doctoral nous conduit donc à interroger les différentes modèles politiques de contrôle ou de régulation des drogues dans le monde.

En France ou ailleurs dans le monde, le modèle prohibitionniste n'a semble-t-il pas fait ses preuves ces cinquante dernières années que ce soit d'un point de vue économique, social ou sanitaire. En attestent le caractère dynamique des trafics illégaux internationaux et locaux[405], les niveaux de prévalence des usages et des addictions toujours importants en France[406], la dématérialisation du

405Gandilhon, M. (2022). *L'offre de stupéfiants en France en 2021*, *op. cit.* ;
OFDT. (2023). *La cocaïne, un marché en essor, op. cit.*
406Spilka, S. & al. (2018). *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017*, *op. cit.* ;

trafic et le déploiement de la livraison à domicile[407] ou encore l'essor des nouveaux produits de synthèse[408]. Des données par ailleurs corroborées en région Hauts-de-France[409]. M. Kokoreff soutient l'idée selon laquelle : « *la logique de l'interdiction nourrit le goût de la transgression, la prohibition alimente la clandestinité, la méconnaissance, la multiplication des risques. […] Les discours répressifs filtrent les messages de prévention, qui deviennent inaudibles de leur cible principale, alors que la diffusion des consommations les rend plus nécessaires. À l'inverse, reconnaître que la drogue n'est pas qu'un problème, c'est aussi comprendre à quels enjeux répondent ces usages, agir mieux et risquer moins. Dénoncer les vecteurs de danger ne suffit plus. Il est temps de comprendre que plus l'usage des drogues sera socialisé, moins elles seront dangereuses* »[410]. Le développement d'un regard actualisé, à l'instar de certaines initiatives de par le monde (USA, Canada, Suisse, Pays-Bas, Portugal, etc.), invite à repenser les modèles prohibitifs.

J.-P. Jacques, psychiatre belge, propose d'ailleurs la possibilité d'une pourvoyance légalisée et réfléchie des drogues[411], et notamment des opiacés[412]. Il s'appuie sur les expérimentations de distribution médicalisée et contrôlée de l'héroïne réalisées dès 1994 en Suisse[413] et plus tard au Pays-Bas[414] ou encore en Allemagne. Ces dernières ont montré des effets positifs qui ont été repris par R. Berthelier s'appuyant notamment sur l'exemple du centre de soins suisse « Janus ». En voici les grandes lignes : une baisse significative des taux annuels de mortalité chez les consommateurs (0,7% contre 1,78% en moyenne dans les autres centres suisses) et en deçà de ce que le traitement par méthadone avait pu obtenir dans ce même centre (2,9% de mortalité et 4% pour les personnes ne recevant aucun de ces traitements) ; des taux importants d'abstinence après traitement (30% des patients du centre) ; et logiquement une baisse significative de la criminalité (à attribuer également

OFDT. (2022). *Drogues et addictions, op. cit.*

407Gérome, C. & Gandilhon, M. (2020). *Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes (2019-2020)*. Tendances n° 141, Paris : OFDT.

408Cherki, S. (2022). *Point SINTES n°8*. Paris : OFDT.

409Dutilleul, B. (2023). *Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Lille et dans les Hauts-de-France en 2022 [En ligne]*. Lille : CèdrAgir ; Paris : OFDT. URL [https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/lill22.pdf].

410Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 264.

411C'est ici un clin d'œil aux travaux de A. Memmi sur la dépendance, sur lesquels nous reviendrons dans le chapitre suivant, et avec qui il a collaboré. L'auteur entend ici parler de la possibilité d'une dédramatisation du couple pourvoyance et dépendance en ne considérant plus la dépendance comme symptomatique d'une maladie mais comme inhérente au vivant, comme phénomène à penser et non plus à diaboliser. Il s'agit donc de transposer au modèle de la pouvoyance souterraine, une pouvoyance légalisée et réfléchie des substances psychoactives en faisant disparaître les interdits, tout aussi inefficients que contre-productifs selon l'auteur.

412Jacques, J.-P. (1999). *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues.* Bruxelles : De Boeck Supérieur.

413Güttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J. & Uchtenhagen, A. (2003). Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment : The results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research, 9(2)*, 73-79.

414Trépos, J.-Y. (2007). Seuils d'aide et politiques d'activation. Un aperçu de deux centres de réduction des dommages à Maastricht. *Psychotropes, 13(2)*, 9-26.
L'auteur propose une description très détaillée d'un centre de distribution contrôlée d'héroïne situé à Heerlen près de Maastricht.

aux programmes d'insertion sociale)[415]. C'est également ce que démontre la première étude suisse citée plus haut, réalisée par F. Güttinger & al., sur les effets à long terme de cette forme de traitement (pendant et après traitement) : baisse significative des consommations illicites, baise significative des activités générant un revenu illégal et enfin, meilleures conditions de vie malgré une augmentation du chômage et du recours aux prestations sociales.

Par ailleurs, la recherche médicale et pharmacologique mondiale regorge d'expériences scientifiques, et ce depuis les années 1950-1960[416], démontrant les potentialités thérapeutiques de certaines substances psychédéliques (LSD ou psilocybine extraite des champignons hallucinogènes) agissant notamment sur le système sérotoninergique : et plus précisément, dans le traitement de l'anxiété et de la dépression[417] ; dans le traitement des addictions à l'alcool et au tabac[418] ; dans la prise en charge des patients atteints de cancer et devant affronter l'angoisse existentielle de la mort ; et même encore dans la reconsidération de notre rapport à la nature. Ces recherches ont néanmoins besoin d'être encore développées pour gagner en visibilité et en légitimité. Elles pourraient, elles-aussi, contribuer à changer le regard politique et social porté sur les substances psychoactives en France.

Aussi, il nous paraît essentiel de rappeler l'importance du déploiement des recherches scientifiques dans l'évolution de l'addictologie, aussi bien dans le champ des sciences humaines et sociales que dans le champ de la médecine, des neurosciences, de la chimie ou de la pharmacologie. Le développement de nouveaux traitements addictolytiques encadrées médicalement reste une perspective thérapeutique de premier plan, comme nous avons pu le voir avec le baclofène.

Ainsi, si de nombreuses molécules à visée aversive ou abstinentielle existent dans le champ de l'alcoologie (naltrexone, acamprosate et disulfirame), d'autres molécules à effets addictolytiques et réduisant l'appétence nocive telles que le nalméfène ou le baclofène (moins bien remboursé qu'il ne l'était et davantage limité en termes de posologie journalière depuis 2017) méritent d'être plus soutenues et déployées par les autorités sanitaires ainsi que par le corps médical. D'ailleurs, en mars

415Berthelier, R. (2002). En finir avec les toxicomanes ? *op. cit.*, p. 22.

416Pollan, M. (2019). *Voyage aux confins de l'esprit. Ce que le LSD et la psilocybine nous apprennent sur nous-mêmes, la conscience, la mort, les addictions et la dépression*. Lausanne : Quanto.

417Carhart-Harris, R., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C., Erritzoe, D., Kaelen, M., Bloomfield, M., Rickard, J., Forbes, B., Feilding, A., Taylor, D., Pilling, S., Curran, V. & Nutt, D. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression : an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry, 3(7)*, 619-627 ;
Thorens, G. & Zullino, D. (2020). Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles. *Revue Médicale Suisse, 707(16)*, 1748-1750.

418Bogenschutz, M., Forcehimes, A., Pommy, J., Wilcox, C., Barbosa, P. & Strassman, R. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence : A proof-of-concept study. *Journal of Psychopharmacology, 29(3),* 289-299 ;
Johnson, M., Garcia-Romeu, A. & Griffiths, R. (2017). Long-term follow-up of psilocybin-facilitated smoking cessation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 43(1)*, 55-60 ;
Thorens, G. & Zullino, D. (2020). Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles, *op. cit.*

2021, le tribunal administratif de Cergy-Pontoise a annulé la limitation de la posologie à 80 mg par jour du baclofène et a enjoint les autorités sanitaires à réviser les recommandations posologiques. Ces dernières molécules et d'autres (méthadone et buprénorphine comme traitement de substitution aux opiacés, acétylcystéine[419] à fort dosage comme possibilité de réduire les envies irrépressibles de cocaïne) appellent également le déploiement de nouvelles recherches en vue d'élargir la diversité des traitements à visée de réduction des risques et de régulation des consommations, aussi bien dans le champ de l'alcoologie que de l'addictologie en général. Elles nécessitent, de surcroît, le soutien des politiques publiques.

À titre d'exemple, une récente étude américaine issue notamment du champ des neurosciences et de la chimie, menée par près d'une trentaine de chercheurs, a permis de synthétiser le tabernanthalog[420]. Une molécule non toxique et non hallucinogène reprenant les propriétés anti-dépressives et anti-addictives (via des modifications de la plasticité neuronale structurelle et fonctionnelle au niveau du cortex préfrontal) de l'ibogaïne, un alcaloïde psychédélique. Cette étude démontre la possibilité de modifier un composé psychédélique afin d'en extraire uniquement son potentiel thérapeutique, notamment dans le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives (alcool, opiacés et psychostimulants). De prochaines études devraient préciser encore davantage le fonctionnement et l'intérêt du tabernanthalog, pour le moment utiliser dans un cadre expérimental sur des souris et rats de laboratoire. Chez les rongeurs, le tabernanthalog favorise la plasticité neuronale structurelle, réduit le comportement de recherche d'alcool et d'héroïne et produit des effets antidépresseurs.

Pour revenir au cœur de cette partie, si la dépénalisation représente un véritable changement de paradigme comme nous pouvons l'observer au Portugal, elle favorise toujours l'émergence de propositions paradoxales entre : « possibilité » de consommer et illégalité des substances consommées[421]. Le cas des « coffee shops » et de la Hollande est à cet égard représentatif. La consommation et la vente de cannabis y sont autorisés pendant que la production et la distribution y sont interdits[422]. Cette contradiction entraîne donc toujours l'apparition de groupes criminels qui cherchent à s'emparer du marché.

Dès lors, avec M. Kokoreff et bien d'autres sociologues, économistes[423] et spécialistes des lois, la

419Plus souvent utilisée dans le traitement des toux grasses.

420Cameron, L. & al. (2021). A non-hallucinogenic psychedelic analogue with therapeutic potential. *Nature, 589(7842)*, 474–479.

421Berthelier, R. (2002). En finir avec les toxicomanes ? *op. cit.*, p. 23.

422En tout cas jusqu'à la fin des années 2020 où la Hollande choisira de renverser cette contradiction avec le projet d'une production étatique de cannabis.

423Ben Lakhdar, C. (2016). *De l'intérêt de sortir le cannabis des réseaux criminels. Pour une régulation d'un marché légal du cannabis*. Lormont : Le Bord de l'Eau ;

légalisation offre de nouvelles perspectives congruentes qui s'entrecroisent : d'un point de vue économique (réduction de l'économie souterraine, contrôle des prix, recettes supplémentaires) ; d'un point de vue social (réduction du trafic et de la criminalité, déculpabilisation et humanisation des consommateurs, démythification des substances, philosophie sociale renouvelée, baisse du coût social des drogues) ; d'un point de vue sanitaire (nocivité et qualité des substances davantage contrôlées, accès aux soins facilité, ressources financières supplémentaires à déployer vers la réduction des risques et la prévention des abus, remise en cause du paradigme hygiéniste) ; ou encore d'un point de vue thérapeutique (appui politique et financier renforcé à l'endroit de la réduction des risques mais aussi des nouvelles approches en addictologie).
En ce sens, un travail de régulation des consommations – à travers un travail réalisé avec un professionnel et impliquant directement la substance au sein des structures (comme on peut le voir parfois avec l'alcool[424]) – deviendrait plus facilement généralisable. Tout autant que la supervision pratique des consommations dans un souci de prévention sanitaire et de responsabilisation.

La peur, les représentations, l'idéologie, et la mauvaise information guident encore trop souvent le débat français qui bénéficie d'un panel pourtant très large d'études que nous avons évoquées et d'exemples concrets (USA, Canada, Suisse, Pays-Bas, Portugal, etc.) d'alternatives au modèle prohibitionniste. Des alternatives qui, si elles doivent être débattues en profondeur et ne pas être acceptées aveuglément sans contextualisation, présentent des effets positifs non-négligeables là où la prohibition patine encore. M. Kokoreff soutient que, dans le contexte politique de la fin des années 2010, prendre le parti : « *de la diabolisation, c'est [...] empêcher la réduction des risques [...] et ne laisser comme seule alternative aux drogués que l'enfermement dans la clandestinité* »[425]. Il ajoute qu'on est loin des nouvelles tendances internationales.
Même s'il convient d'imaginer de nouveaux cadres théoriques équilibrés en matière de régulation des produits psychoactifs en fonction de notre propre contexte national – à l'instar des « coffee shops » en Hollande, des « Cannabis Social Clubs »[426] en Espagne ou de la dépénalisation générale au Portugal – il apparaît pourtant légitime d'ouvrir davantage le débat en France tout en étant, par ailleurs, attentif aux phénomènes de lobbying et de privatisation des marchés. Le débat doit avant tout rester social. Ainsi, plutôt que de lutter contre les drogues, il conviendrait peut-être aujourd'hui de se concentrer sur les problèmes médico-sociaux liés au trafic et à la consommation dans une

Ben Lakhdar, C. (2020). *Addicts. Les drogues et nous*. Paris : Seuil.

424Et à la marge avec l'héroïne en Suisse ou en Hollande.

425Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 249.

426Le « Cannabis Social Club » est un modèle de régulation du cannabis, qui s'exporte dans de nombreux pays. Il est organisé sous forme d'association à but non lucratif, composée de personnes majeures qui gèrent la production et la distribution de cannabis en cercle fermé pour les besoins personnels (récréatifs ou médicaux) de ses membres.

société moderne de l'hyperconsommation déjà addictogène[427].

427Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*

CHAPITRE VI. Entre aliénation et émancipation

Dans ce chapitre, nous chercherons à montrer l'importance d'introduire une dialectique aliénation-émancipation au cœur même d'une analyse centrée sur des phénomènes complexes de dépendance. Après avoir précisé certains aspects théoriques concernant ces concepts, par ailleurs déjà évoqués dans ce travail autour de la recherche biographique, nous établirons un rapprochement plus poussé avec l'addictologie. Nous verrons qu'une conduite addictive se réfère finalement à des régimes de significations très variés élargissant le spectre de l'idée, souvent reçue, d'une simple aliénation causée par la dépendance.

VI.1. Des concepts complexes

Nous avons déjà longuement débattu du processus de subjectivation et donc d'émancipation à l'œuvre dans la recherche biographique. Un processus visant à contrebalancer un assujettissement initial, celui du petit d'homme, mais aussi biographique causé par certains déterminismes sociaux et psychiques que tout un chacun traverse au cours de sa vie. Nous proposons ici de poursuivre ces réflexions en repartant des principes de base de l'aliénation et de l'émancipation, affiliée à la subjectivation dans ce travail doctoral.

VI.1.1. Émancipation et subjectivation

Le petit Robert propose plusieurs définitions de l'émancipation qui constituent pour nous un socle de référence :

« *1° Acte par lequel un mineur est affranchi de la puissance paternelle ou de la tutelle et acquiert, avec le gouvernement de sa personne, une capacité limitée par la loi.*

2° Action d'affranchir ou de s'affranchir d'une autorité, de servitudes ou de préjugés »[428].

De plus, l'émancipation, dans sa construction latine, renvoie au verbe « emancipare » signifiant également : « *affranchissement de la tutelle ou de l'autorité paternelle* »[429]. L'émancipation est donc

428Le petit Robert (1979). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, op. cit.,* p. 620-621.
429Centre national de la recherche scientifique (2005). *Centre national de ressources textuelles et lexicales* [en ligne].

à rapprocher d'un mouvement d'affranchissement et « d'auto-détermination » contrecarrant un état limitant l'action et la réflexion. Cet état peut être l'œuvre d'autrui mais également de soi-même. Par ailleurs, le dictionnaire propose un rapprochement entre l'émancipation – par opposition à la sujétion, l'asservissement ou la soumission – et la liberté ou la libération. Plus précisément, avec les mouvements d'émancipation coloniale, avec les mouvements féministes ou encore dans l'idée de prendre des libertés avec les contraintes intellectuelles, morales ou sociales.

Dans le même ordre d'idées, nous souhaitons proposer un premier essai de définition au regard de l'objet de ce travail doctoral. Nous envisageons l'émancipation comme un concept permettant de donner à voir les processus mis en œuvre par les personnes dépendantes en vue d'accéder à un plus grand degré d'autonomie et de liberté. Des processus qui visent donc l'atténuation du « stress » (au sens biologique) physiologique, psychologique et/ou environnemental vécu et partiellement consenti. En ce sens, nous proposons de distinguer trois axes :

a) l'émancipation « conventionnelle » en vue de s'extraire des effets négatifs des consommations ;

b) l'émancipation par les consommations en vue de s'extraire des effets négatifs de l'environnement sur son parcours de vie ;

c) l'émancipation réflexive, induite par l'accompagnement, en vue d'aborder une relecture existentielle de son parcours.

Cet essai de définition est largement à rapprocher de la conception du « travail éducatif » développée par S. Starck et inspirée des travaux de J. Marpeau que nous avons discuté plus haut. Ils considèrent le travail éducatif comme l'activité du sujet en devenir. Quand le travail d'éducation représente les moyens mis en place par les acteurs ayant une visée éducative, le travail éducatif représente la démarche réflexive initiée par le sujet bénéficiant de l'accompagnement et aboutissant à des effets éducatifs réels lui permettant d'advenir. Le travail éducatif est à envisager comme une possibilité de création de soi. Dès lors, l'émancipation désigne soit un effet possible du travail éducatif – un effet qui est par ailleurs central et décisif – soit un processus à encourager et à faciliter. Dans cet ordre d'idées, le travail émancipatoire serait celui réalisé par l'individu et aboutissant à des effets émancipatoires dans la perspective d'un devenir sujet libre et réflexif. Le travail d'émancipation se caractériserait, quant à lui, par l'activité des acteurs ayant une visée émancipatoire. Autrement dit l'activité consistant à organiser les conditions nécessaires au

https://www.cnrtl.fr/etymologie/ (page consultée le 06 janvier 2020).

développement du travail réellement émancipatoire des sujets.

Ainsi, l'émancipation se rapproche des enjeux du travail éducatif mais tend également à se confondre avec la subjectivation. Le processus de subjectivation, en tant médiation intermédiaire, permet le basculement : de l'aliénation à l'émancipation.

D'après V. de Gaulejac c'est ce processus qui permet à l'individu de devenir sujet face à l'emprise de la société. En devenant sujet, il s'émancipe. Nous souhaitons reprendre la distinction, déjà évoquée plus haut, entre individu et sujet proposée par C. Niewiadomski : « *L'individu, caractérisé par une forte hétéronomie, use d'un discours fondamentalement marqué par l'ordre social auquel il se réfère. Le sujet, quant à lui, fait preuve d'une autonomie plus grande en ce sens que son discours et sa conduite apparaissent susceptibles non de refléter le monde, mais de le transformer* »[430]. C'est donc dans cette figure du sujet que l'on peut mesurer les effets émancipatoires d'une action. De surcroît, le processus de subjectivation s'intéresse aux contradictions qui traversent les individus entre différentes figures du sujet proposées par V. de Gaulejac. Nous avons déjà évoqué le « sujet réflexif » qui pense, le « sujet du désir » qui cherche à appréhender son inconscient et le « sujet socio-historique » qui cherche à dépasser les déterminations sociales[431]. Dans une certaine mesure, le processus de subjectivation cherche à les faire exister pleinement et à les réconcilier.

D'ailleurs, comme nous l'avons déjà discuté, les chercheurs et praticiens se réclamant de la recherche biographique en éducation (mais aussi de l'École de Chicago) portent l'ambition, par la subjectivation, d'une forme d'émancipation des personnes considérées. Pour G. Pineau et J.-L. Le Grand, l'émancipation dans ce cadre précis : « *déborde l'émancipation politique au sens strict pour rejoindre la libération relative qu'opère la prise de conscience réflexive et critique des déterminants existentiels par leur expression. Cette auto-expression semble une condition nécessaire – même si elle n'est pas suffisante – d'émancipation* »[432].

Ce rapprochement entre émancipation et subjectivation est également soutenu par L. Cornu. Elle rappelle que le concept de subjectivation indique : « *qu'il y a constitution du sujet* »[433], en d'autres termes construction de soi. Pour l'auteur : « *parler de subjectivation, c'est partir de la factualité des*

430Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 87.
431Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit*., p. 197.
432Pineau, G. & Le Grand, J.-L. (2013). *Les histoires de vie*, *op. cit*., p. 74.
433Cornu, L. (2014). Subjectivation, émancipation, élaboration. *Tumultes, 43(2),* 17-31, p. 17.
Nous notons également, comme le souligne L. Cornu, que la subjectivation renvoie à l'idée de rendre subjectif. C'est-à-dire de donner un sens à quelque chose en faisant intervenir son propre point de vue, sa propre expérience.

pratiques, reconnaître des émancipations concrètes, effectives »[434]. Prenant aussi appui sur les travaux de J. Rancière, elle soutient l'idée selon laquelle : *« le sujet ne préexiste pas, il est l'acte d'une possibilité de rapports inédits de liberté, d'égalité et de vérité, qui fraie nouvellement les espaces de l'inter-esse* »[435]. L. Cornu appuie donc la perspective d'une émancipation entendue comme aboutissement concret participant à la construction du sujet au sens large et favorisant un rapport d'égalité avec son environnement, le libérant ainsi d'une forme d'oppression.

De plus, la reformulation que fait l'auteur des travaux de J.-Y. Rochex concernant la subjectivation complète ces propos. En effet, on ne naît pas sujet mais on le devient : « *ce devenir est une expérience, c'est celle d'être institué autant qu'instituant* »[436]. Quand l'instituant se caractérise par le processus permettant à un groupe de s'organiser de manière relativement autonome ; l'institué, c'est-à-dire le résultat, se caractérise par la forme sociale établie. De ce point de vue, la subjectivation engloberait le processus (l'instituant) et son résultat (l'institué). D'autre part, L. Cornu reprécise les liens entre les travaux de J.-Y. Rochex et ceux de G. Canguilhem que nous avons longuement discutés dans le chapitre II. Le processus de subjectivation peut effectivement être entendu comme l'expression d'une normativité. Cette capacité qu'à le vivant à se montrer créatif dans son rapport au milieu pour se singulariser et continuer à exister (entre adaptation au milieu et création de ce milieu : l'individu devient sujet de ses normes).

Enfin, selon L. Cornu, le concept de subjectivation nommerait donc *:* « *la visée et la pratique "sans succès assuré" de métiers qui ont à faire avec les sujets, où l'on pourrait dire qu'il s'agit d'instituer des sujets, de soutenir l'advenir de possibilités inédites et singulières, contre dressages et formatages. Des métiers où l'on est au défi d'agir et non de fabriquer* »[437]. Cette définition semble se confondre avec la définition du travail d'éducation proposée par S. Starck et que nous proposons d'étendre au travail d'émancipation et de formation de soi en addictologie clinique.

Conséquemment, la subjectivation semble contenir à la fois l'organisation du cadre permettant aux sujets de se constituer (travail d'éducation ou d'émancipation), le processus d'émergence du sujet à l'initiative de l'individu (travail éducatif ou travail émancipatoire) et enfin le sujet réellement constitué (effets éducatifs ou émancipatoires réels).

En résumé, la subjectivation est constitutive d'un accompagnement ou d'un processus soutenant l'émancipation et donc l'émergence d'un sujet en devenir souhaitant s'extraire d'une autorité (ou d'un

434*Ibid*, p. 22.
435*Ibid,* p. 22.
436*Ibid,* p. 28.
437*Ibid,* p. 29.

pouvoir) devenue insupportable. En devenant sujet, l'individu s'émancipe et en s'émancipant, il devient sujet. Néanmoins, comme le signifie L. Cornu, il est essentiel : « *de repérer qu'il y a des modes de subjectivation, et que dans le mode orienté par l'émancipation* (celui qui nous intéresse[438]) *il peut y avoir aussi des "types" : éthique d'un rapport à soi, politique de l'égalité, élaboration d'un rapport au savoir, et là-même des inflexions* »[439]. Dans le cadre de ce travail, nous pourrions peut-être parler d'un « type » s'approchant de l'idée de la formation existentielle de soi. La discussion reste ouverte.

Nous avons souhaité ici, par différents détours, élargir le concept d'émancipation pour mieux se le représenter, pour mieux le contextualiser et pour mieux se l'approprier au regard de notre objet. Cet élargissement aura permis une lecture multiple du concept tout en ne faisant pas, nous l'espérons, une trop grande économie de la précision. Dans la même optique, nous souhaitons continuer l'investigation du couple aliénation-émancipation en nous focalisant maintenant sur l'aliénation.

VI.1.2. Aliénation

Dans le cadre de ce travail doctoral, il nous incombait la mission de faire des choix terminologiques. Sans affirmer pour autant que nous ayons fait les bons choix, nous tentons à chaque étape d'en préciser les raisons et significations ainsi que les rapprochements avec d'autres concepts. Aussi, après avoir identifié la manière dont nous pouvons appréhender le concept d'émancipation pour éclairer les parcours de personnes consommatrices de substances psychoactives, il devient essentiel d'en étudier sa contrepartie : l'aliénation.

Le terme aliénation est polysémique, il renvoie dans le dictionnaire :

1° à la vente ou à la cession d'un bien, droit, propriété, etc. (on parlera du caractère aliénable ou inaliénable d'un bien par exemple) ;

2° mais également à un trouble mental : « *qui rend l'individu comme étranger à lui-même et à la société où il est incapable de se conduire normalement* »[440] ;

438Par opposition, comme le rappelle L. Cornu à l'appui des travaux de M. Foucault, à un mode de subjectivation à tendances assujettissantes renvoyant à la possibilité d'un jugement social et/ou moral, par définition non objectif. Cette opposition fait aussi référence à la distinction entre objet scientifique et expérience/opinion.

439*Ibid,* p. 30-31.

440Le petit Robert (1979). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, op. cit.,* p. 48.

3° ou encore à une forme d'aversion mais aussi d'hostilité collective envers quelqu'un ou quelque chose ;

4° et enfin, et ce sont les définitions qui retiendront le plus notre attention, le terme renvoie au : « *fait de céder ou de perdre (un droit, un bien naturel)* »[441]. Il exprime aussi, d'un point de vue philosophique (chez F. Hegel et K. Marx), l'état de l'individu : « *qui, par suite des conditions extérieures (économiques, politiques, religieuses), cesse de s'appartenir, est traité comme une chose, devient esclave des choses et des conquêtes même de l'humanité qui se retournent contre lui* »[442].

Ces différentes acceptions, notamment l'acception philosophique, rendent bien compte de ce que nous entendons par aliénation dans ce travail doctoral. Au même titre que l'émancipation, ces définitions nous permettent d'en dégager trois axes :

a) l'aliénation par et dans les consommations de substances psychoactives, dans lesquelles l'individu cesse de s'appartenir, ne dispose plus librement de lui-même et devient esclave de ses conduites addictives. L'objectif initial de l'usage se dissout alors en partie dans l'addiction ;

b) l'aliénation du vécu subjectif, issue des dérives du contexte politique, social et économique ne permettant plus aux individus de se repérer, de se réaliser, de disposer librement d'eux-mêmes provoquant alors un sentiment d'impuissance face à une réalité non consentie ;

c) l'aliénation globale des consommations et des substances, autrement dit faire des substances psychoactives un objet d'aversion, entraînant un éloignement et une hostilité collective. On peut d'ailleurs s'interroger sur la capacité des sociétés à créer des malades (des aliénés) étrangers à eux-mêmes et à la société en préconisant ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, ce qu'il faut ou ne pas faire. D'ailleurs, les conduites addictives font partie intégrante des classifications internationales relatives aux maladies mentales (DSM et CIM).

Par ailleurs, au-delà de cette première classification, le concept d'aliénation revêt d'autres subtilités permettant d'éclairer notre travail. L'approche marxiste (philosophique et sociologique) de l'aliénation proposée par A. Schaff, traduit du polonais par C. Brendel, semble enrichir notre intention de conceptualisation.

Pour A. Schaff, la définition de l'aliénation est la suivante : « *Par aliénation, nous entendons une*

441*Ibid*, p. 48.
442*Ibid*, p. 48.

relation sociale entre l'homme actif (le créateur, le producteur) et le produit de son activité, dans laquelle ce produit, objectivé socialement, intégré dans un système social défini, fonctionne non seulement d'une manière autonome (c'est-à-dire indépendamment de la volonté de son créateur), mais encore, dans des conditions définies, contre la volonté et les intentions de celui-ci, menaçant parfois ses intérêts, et même son existence »[443].

Ainsi, il propose d'illustrer cette définition par des exemples tout à fait significatifs comme le marché économique ou les grandes idées humaines, produits de l'activité intellectuelle. Il précise à ce sujet : « *Combien de fois dans l'histoire les idéologies de l'amour du prochain sont devenues un instrument de haine et de persécution ; combien de fois les idéologies de l'égalité sociale sont devenues un instrument pour la construction de mécanismes d'inégalité sociale !* »[444].

L'exemple de l'atome et du nucléaire est également significatif. En effet, cet exemple montre clairement comment le produit de l'homme peut exister en autonomie au regard de la volonté de son créateur mais surtout se retourner contre lui dans un contexte spécifique.

Un autre exemple encore, celui des institutions sociales et étatiques. L'État, en s'appuyant sur sa fonction répressive institutionnalisée (police, tribunaux, armée, etc.) ainsi que sur sa fonction administrative qui peut se caractériser par la complexe bureaucratie, agit parfois aux dépens de certains. L'auteur défend l'idée selon laquelle : « *alors qu'il est le produit de l'homme, de la société, l'État se place au-dessus de l'homme, se retourne parfois contre lui et en fonction des conditions de l'époque et de la formation sociale il commence à fonctionner en échappant à la volonté de ses fondateurs, il devient leur adversaire menaçant, voire même terrifiant* »[445].

Dans le cadre de sa réflexion, A. Schaff propose une grille de lecture précieuse pour notre travail, permettant d'identifier selon quatre caractères, les phénomènes sociaux qui sont des phénomènes d'aliénation. Nous allons tenter ici d'en proposer un résumé :

1° Tout d'abord, il doit s'agir d'une activité sociale humaine visant consciemment des objectifs sociaux, politiques ou par exemple scientifiques précis ;
2° Ensuite, les activités mentionnées, guidées par la pensée, doivent donner place à des produits finis (biens, services, institutions, inventions, théories, idéologies, etc.) qui constituent une objectivation de l'activité humaine et de la pensée. C'est-à-dire que ce sont des produits qui

443Schaff, A. & Brendel, C. (1974). L'aliénation en tant que problème social et philosophique. *L'Homme et la société, 31-32*, 33-50, p. 36-37.
444*Ibid,* p. 35
445*Ibid,* p. 35

dépassent la dimension subjective de l'homme et qui ont donc une existence objective, en dehors de tout esprit et de tout sujet connaissant ;
3° Ces produits objectivés suivent le fil de l'histoire et du contexte social et en subissent donc les mécanismes qui déterminent alors leur manière de fonctionner, indépendamment des intentions et de la volonté des créateurs ;
4° Enfin, ces produits fonctionnent indépendamment mais aussi en opposition des intentions et de la volonté des créateurs, menaçant ainsi leurs intérêts et/ou leur existence[446].
Ainsi selon A. Schaff : « *Les produits de l'activité humaine s'aliènent quand, en tant qu'existences objectives, ils fonctionnent dans la société autrement que ne le prévoyaient leurs producteurs* »[447].

Tâchons d'en donner quelques exemples en addictologie :
- Tout d'abord, nous pouvons évoquer la manière de concevoir, de considérer et d'utiliser les produits psychoactifs aujourd'hui de manière en partie détournée des intentions des cultivateurs originels découvrant alors les effets de certaines plantes (tabac, coca, pavot, etc.).
- Nous pouvons également nous interroger sur le statut de la « maladie » en addictologie qui d'une certaine manière s'aliène et aliène les personnes ciblées, comme nous l'avons déjà longuement discuté.
- Il en va de même pour le regard « hygiéniste », au départ bienveillant, de la société qui est posé sur les conduites addictives. Ce regard devenant finalement plus stigmatisant et hostile qu'autre chose accentue potentiellement la culpabilité et les problèmes de départ.
- Enfin, un lien avec l'abstinence peut être envisagé. Cette approche peut finir par desservir l'addictologie quand elle est utilisée à outrance. Elle brouille le regard social en le recouvrant de représentations du bien-être et du soin. Effectivement, elle n'est pas toujours suffisamment intériorisée et réfléchie par les personnes accompagnées. Elle est, dans une certaine mesure, médicalement et socialement indiquée mais pas toujours efficiente. Nous retrouvons le fameux : « il faut que j'arrête » qui souvent manque d'étayage et que les cliniciens connaissent parfaitement. Cette perspective systématique peut alors devenir conflictuelle.

Par ailleurs, A. Schaff pointe une autre perspective de l'aliénation entendue dans un sens plus subjectif. Il parle « d'aliénation de soi ». C'est-à-dire que le producteur lui-même, au-delà des produits de son activité, peut subir l'aliénation. Conséquemment, la lecture de son expérience subjective et de ses sentiments au regard d'un système de référence peut être analysée par le prisme

446*Ibid,* p. 35-36.
447*Ibid,* p. 37.

de cette aliénation. « *Il s'agit de l'aliénation de l'individu par rapport à la société, de son sentiment d'extériorité vis-à-vis des problèmes sociaux, de l'absence d'une participation et, d'autant plus, d'un engagement dans les affaires sociales. Il y va ici de l'opposition des intérêts de l'individu aux intérêts de la société. Nous constatons souvent cette situation dans les phénomènes de criminalité, en particulier de la délinquance juvénile, dans les diverses tendances asociales, dans les mouvements de jeunes comme celui des hippies, etc.* »[448]. Ainsi, il nous semble, à bien des égards, que cette approche induit largement la conception émancipatrice de la consommation sur laquelle nous reviendrons plus bas. En effet, il nous semble intéressant de poursuivre la réflexion de l'auteur en soulignant l'idée selon laquelle l'aliénation de soi intervient aussi parce que la société ne s'implique pas suffisamment ou pas au même degré selon les difficultés et les problèmes sociaux des uns et des autres. Cette non implication ou non intégration de certaines personnalités provoque un sentiment d'exclusion et de non reconnaissance aboutissant possiblement à des conduites addictives, en d'autres termes à des conduites considérées comme asociales (représentant pourtant en partie une volonté d'émancipation, de rupture, d'existence).

Pour l'auteur, la société de masse engendre une perte de repères et de la solitude. En effet, les liens traditionnels permettant de faire communauté s'amenuisent et laissent place à un monde globalisé ou l'individu dépend du système et n'en constitue qu'une infime part. A. Schaff renvoie évidemment, mais pas uniquement, au système capitaliste dans lequel ces phénomènes sont particulièrement prégnants[449]. En interrogeant les systèmes de valeurs et les objectifs de l'activité humaine, il précise que c'est le « sens de la vie » qui est fondamentalement en crise. Il ajoute : « *Il ne s'agit pas ici de savoir s'il existe des programmes sociaux et des idéologies adéquats, mais bel et bien de savoir s'ils sont réellement acceptés par la société, c'est-à-dire, en empruntant une fois de plus le langage philosophique, s'ils sont réellement intériorisés par les hommes* »[450].

Il convient donc de distinguer l'aliénation correspondant à une relation objective où un produit est détourné des intentions de son producteur (nos axes a et c) et l'aliénation de soi correspondant au vécu subjectif en tant que l'individu devient étranger à la société (notre axe b).

En ce sens, A. Schaff perpétue les travaux de K. Marx qui pose, dès 1844, les bases d'une théorie de l'aliénation et introduit par ailleurs l'aliénation de soi en s'inspirant notamment des travaux de J.-J. Rousseau et de F. Hegel. « *D'après Marx, l'aliénation est un rapport objectif qui consiste en ce que les produits de l'activité humaine s'émancipent et commencent à dominer leurs producteurs. […] L'aliénation de soi de l'homme signifie toujours son aliénation par rapport à une chose, se*

448*Ibid,* p. 38.

449En effet, il critique à d'autres moments la bureaucratie, symptomatique du socialisme et du communisme, qui peut potentiellement être vectrice d'aliénation.

450*Ibid,* p. 39.

manifestant dans la sphère des sensations et expériences subjectives de l'homme »[451].
Cette catégorie qu'est l'aliénation de soi apparaît chez K. Marx comme une dérivée (intégrant le vécu subjectif) de l'aliénation et semble aujourd'hui centrale et décisive pour comprendre le monde qui nous entoure et notamment l'exclusion sociale. C'est donc une catégorie décisive pour notre propos.

Enfin, si elle permet d'introduire une problématique majeure du marxisme qui se caractérise par : « *la lutte visant à dépasser la spontanéité*[452] *pour permettre le développement conscient de la société en tant que condition indispensable à l'épanouissement complet de l'homme* »[453], la théorie de l'aliénation offre également aux acteurs une « valeur praxisante ». En effet, cette théorie permet d'envisager le « traitement » ainsi que la « prévention » de l'aliénation. L'auteur préconise par exemple une action prophylactique : « *en transformant les conditions sociales dans lesquelles l'objectivation donnée se transforme, ou plutôt dégénère en aliénation* »[454]. Il s'agit donc d'étudier finement les conditions dans lesquelles ces phénomènes apparaissent afin, soit de modifier la structure du système pour dépasser l'aliénation d'un produit fini, soit d'agir de manière préventive pour que ces conditions ne se développent pas[455]. Néanmoins, comme le met en exergue A. Schaff : « *la difficulté la plus notoire tient à la résistance sociale contre les changements de la structure du système, indispensables en vue de dépasser l'aliénation, respectivement d'empêcher son émergence ; résistance qui émane de ceux que l'état de choses existant privilégie* »[456].
L'idée n'est évidemment pas d'abolir l'idée générale et abstraite de l'aliénation mais plutôt de contrecarrer des formes données de l'aliénation et ce, même si d'autres viennent les remplacer. Comme le démontre l'auteur, lorsque l'on souffre d'une grippe, on se soigne en sachant pertinemment qu'elle pourra se manifester de nouveau ou qu'une autre maladie pourra lui succéder. Ainsi, d'après A. Schaff, l'aliénation est une maladie sociale et la théorie de l'aliénation constitue un instrument permettant de la prévenir et de la soigner.

Dans les parties suivantes, nous allons tenter de donner à voir la manière dont l'addiction et l'addictologie peuvent être appréhendées plus précisément à la lumière du couple aliénation-

451*Ibid*, p. 41 et 43.
452C'est-à-dire que l'intention consciente de producteurs à l'initiative d'un « produit » n'est pas perpétuée et en ce sens le « produit » se développe de manière spontanée, différemment des intentions conscientes de départ, dans un contexte social donné.
453*Ibid,* p. 47.
454*Ibid,* p. 44.
455Il en va de même pour l'aliénation de soi.
456*Ibid,* p. 49.

émancipation. Notre objectif sera de montrer comment la consommation de substances psychoactives peut intervenir de manière paradoxale dans les parcours de vie. Nous nous poserons la question du sens de la conduite addictive, de ses enjeux et régimes de significations.

VI.2. L'aliénation au cœur des consommations de substances psychoactives

L'idée d'une aliénation qui serait causée par la consommation de substances provoquant une dépendance importante semble faire l'unanimité. Nous souhaitons, néanmoins, entrer plus avant dans cette considération afin de mieux la nuancer plus tard. Nous ferons un long détour par le concept de dépendance, via les travaux de A. Memmi, pour expliquer l'aliénation provoquée par l'addiction et pour amorcer une réflexion qui viendra nuancer ce lieu commun.

VI.2.1. L'enfermement par et dans les consommations

Nous souhaitons étayer et illustrer nos premières réflexions par quelques témoignages, constats et observations recueillis au cours de plusieurs années de travail sur le terrain. Nous avons notamment remarqué que le champ sémantique de l'aliénation revenait régulièrement au devant de la scène.

Tout d'abord, nous pouvons évoquer les nombreuses rechutes et reconsommations alors même que les personnes affirmaient avec une grande conviction et sincérité ne jamais y revenir. La notion de « craving », de l'anglais « to crave » signifiant mourir d'envie, est tout à fait révélatrice de cela. C'est un terme qui trouve ses origines chez les consommateurs de cocaïne inhalée, aussi appelée « crack ». Ce mode de consommation de la cocaïne est caractérisé par un effet très rapide de la consommation mais également très court, entraînant une très forte dépendance psychologique. Le craving est cette envie insatiable, non maîtrisable, de trouver le produit et de le consommer. Aujourd'hui, de nombreux consommateurs ou anciens consommateurs ainsi que de nombreux professionnels utilisent ce terme et le généralisent à tous les types de produits. Les cravings sont symptomatiques d'une forme d'aliénation face aux consommations et ne disparaissent généralement pas après un sevrage en milieu hospitalier. Pour appuyer cette perspective voici un panel de témoignages que toutes les personnes travaillant en addictologie sont susceptibles d'entendre un jour ou l'autre :

« Je n'arrive pas à m'en sortir » ; « je n'arrive plus à gérer » ; « je ne sais plus me contrôler » ; « c'est plus fort que moi » ; « je suis emprisonné » ; « je n'arrive plus à sortir la tête de l'eau » ; ou encore « la cocaïne, c'est comme ma femme », comme s'ils entretenaient un rapport charnel de dépendance avec le produit.

À ce titre, le concept d'addiction est tout à fait éclairant lorsque l'on parle d'aliénation. Il indique une perte de liberté face aux consommations et un rapport contraignant à ces dernières perpétuant les cercles vicieux d'un mal-être préexistant. L'addiction renvoie à une incapacité de faire autrement et à une forme d'emprisonnement qu'il soit psychologique ou physique. D'autre part, le concept de dépendance (« Je ne peux pas faire autrement »), intimement liée à ce premier, appuie largement la dimension aliénante des consommations. Nous rappelons que, selon P. Fouquet, la personne dépendante a perdu la liberté de s'abstenir.

D'autre part, de manière paradoxale, la conduite addictive, alors qu'elle venait les « éteindre », peut en effet alimenter les difficultés préexistantes voire les amplifier et en créer de nouvelles. J. Levy, médecin addictologue, pointe l'illusion possible de l'effet des consommations par le fait de : « *se croire libre dans une prison* »[457]. C'est-à-dire de vouloir se soustraire à une structure aliénante préexistante en se dirigeant vers une forme d'enfermement, notamment dans le cas des conduites de dépendance sévère. À ce titre, D. Le Breton évoque un « temps circulaire ». Il soutient que : « *la dépendance, quand elle devient sévère, est une forme d'effacement de soi, une disparition orchestrée. Immersion dans un temps sans mesure, figé dans une sorte d'éternité, une répétition sans fin, un huis clos* »[458].

M. Legrand, quant à lui, décrit les cercles vicieux de la consommation et notamment d'alcool. Il explique : « *Par cycle de l'alcoolisme, on veut dire que les comportements d'alcoolisation finissent par entretenir les problèmes pour lesquels ils avaient d'abord été sollicités – avec un certain succès – en tant que remède ou solution. En sorte que la solution devient problème et dès lors s'autoperpétue* »[459]. Il prend appui sur différents auteurs et sur ses propres recherches. Chaque auteur invoquant un point départ pouvant être différent[460] :

- La dépression pour S. Rado en 1933 avec son cycle des pharmacothymies. Lorsque la dépression intervient, un besoin de soulagement se fait ressentir, la rencontre avec la drogue se fait et agit efficacement, puis lorsque les effets s'estompent la dépression revient et s'amplifie, le besoin de soulagement réapparaît et ainsi de suite. Chez les consommateurs on

457Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *Le Flyer, 65,* 4-8, p. 4.
458Le Breton, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie*, op. cit.,* p. 62.
459Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 62.
460*Ibid,* p. 62-65.

parle de « descente ». Chaque consommation comprend trois étapes : tout d'abord, une montée plus ou moins intense des effets puis un plateau où les effets sont stables et enfin une descente où les effets s'estompent et laisse place à un état dépressif qui s'amplifie au fur et à mesure des prises.

- Pour J. Maisondieu, la honte présente des mécanismes cycliques similaires (dans lesquels les spécialistes et professionnels ont leur part de responsabilité). Pour cet auteur, c'est bien la honte mais aussi le mépris des autres envers soi, de soi envers soi ou de soi envers les autres qui conduit un individu à se diriger vers l'alcool et à en abuser. Il précise : « *Jour après jour tout au long de sa vie, l'être humain avance masqué afin de se mettre en valeur et de cacher ses défauts pour se faire bien voir, quitte à aliéner plus au moins sévèrement son être à son paraître. Dans l'affaire, l'alcool est parfois – trop souvent – le produit qui, en modifiant ses perceptions, ses émotions et ses sensations, lui donne l'impression de mieux y parvenir ou, à l'inverse, qui lui permet de ne pas trop se rendre compte qu'il n'y parvient pas vraiment, non sans que dans les deux cas il éprouve une certaine jouissance à se vivre autre qu'il est tout en courant le risque d'y laisser sa peau, ce qui ne lui déplaît pas nécessairement* »[461]. Dans un premier temps, l'alcool vient corriger ou apaiser une difficulté sociale et, dans un second temps, potentiellement l'aggraver. Le recours à l'alcool devient alors d'autant plus nécessaire et s'amplifie.
- Ou encore la colère, l'impasse ou le vide pour M. Legrand qui met donc en avant la nécessité d'un travail d'ordre existentiel, permettant le saisissement de la « dramatique » du buveur, dont nous avons déjà discuté.

Peu importe ici le point de départ, il y a une nécessité vitale de s'évader ou de s'échapper d'une situation devenue insupportable pouvant entraîner, dans le cas de la consommation de substances psychoactives, une amplification des problèmes préexistants et l'émergence de nouvelles structures aliénantes. Nous pourrions donc parler de « double peine ». M. Legrand précise : « *Le moment de basculement alcoolique intervient lorsque le recours à l'alcool devient lui-même problème, se détachant de ses sources historiques génératrices, prenant une relative autonomie vis-à-vis de celles-ci, et obéissant à une sorte de cycle autobouclé qui ne cesse de s'auto-entretenir* »[462].

Ces premiers points engagent une réflexion qui ne saurait se passer d'une identification plus précise des tenants et aboutissants du concept de dépendance. Dans ce qui suit, nous mettrons en lumière l'universalité du concept et tâcherons de différencier la dépendance de la soumission.

461Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 18.
462Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 72.

VI.2.2. Dépendance et aliénation

Dans le même ordre d'idées que l'aliénation, la dépendance, inhérente par définition aux conduites addictives, semble présenter des éléments décisifs pour notre compréhension de l'addiction. Effectivement, ce concept, étroitement lié au premier, peut constituer un cadre de référence permettant de mieux cerner les enjeux des conduites addictives mais aussi d'appréhender encore plus avant le concept d'aliénation. Nous verrons qu'il existe des formes différentes d'aliénation. En effet, l'aliénation présente dans la dépendance n'est pas exactement la même que celle présente dans la sujétion.

VI.2.2.1. L'universalité de la dépendance

En effet, il devient essentiel d'investiguer la complexité des phénomènes qui accompagnent la notion de dépendance. À ce titre, A. Memmi offre des apports incontournables et des grilles de lecture. Il propose la définition suivante de la dépendance : « *La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* »[463].

La dépendance se matérialise par une « relation trinitaire ». Le triptyque comprend : le dépendant, le pourvoyeur ainsi que l'objet de pourvoyance. La pourvoyance est : « *ce qui répond à l'attente du dépendant* »[464]. En d'autres termes, le produit consommé. Le pourvoyeur, lui, peut être caché, réel ou imaginaire. Dans le cas de consommations de substances psychoactives on peut facilement comprendre comment cette perspective peut se décliner. Effectivement, le pourvoyeur pourrait être représenté par le « dealer » mais aussi par l'espace social ou pourquoi pas la solitude, l'angoisse et bien d'autres éléments encore.

« Tout le monde est dépendant ». Pour survivre, l'Homme a besoin des autres. En effet, selon A. Memmi, cette figure du dépendant fait partie de l'universalité humaine. Il soutient le fait que : « l*es conduites courantes des individus, comme des groupes, sont des mélanges inextricables de dépendance et de sujétion, de dominance et de pourvoyance* »[465]. Chaque personne peut, à un moment de sa vie, expérimenter la dépendance, que ce soit vis-à-vis d'un être humain, d'un animal,

463Memmi, A. (1979). *La Dépendance, op. cit.,* p. 211-212.
464*Ibid*, p. 208.
465*Ibid,* p. 203.

d'un groupe ou encore d'un objet concret ou abstrait. Les plus « faibles » sont dépendants des plus « forts » mais l'inverse peut être vrai également, cet aspect est d'ailleurs au cœur de la mondialisation et du consumérisme. La maladie, l'amour, la religion, les relations familiales, les sensations, les sentiments, les objets, les drogues et bien d'autres domaines encore peuvent entraîner une dépendance. Personne n'est épargné, ni à l'abri. Néanmoins, la dépendance n'est pas nécessairement mauvaise, ni même bonne. Elle est, de fait, omniprésente. Voilà le point de départ de l'auteur.

V. de Gaulejac le rejoint par ailleurs et poursuit les travaux de G. Canguilhem. En effet, nous avons déjà vu qu'il n'y a point de sujet sans assujettissement initial. Le sujet advient à lui-même par le principe de la normativité à partir d'un soi initial empreint de déterminismes et de contradictions. C'est justement la dépendance à cet assujettissement (autrui, parents, normes sociales), dans la mesure où elle est fondatrice pour la survie et le devenir du petit d'homme (elle produit le sujet), qui rend le processus de subjectivation, de libération ou d'émancipation si complexe. V. de Gaulejac précise : « *Si la dépendance est fondatrice, l'autonomie est un processus – et non un état – par lequel le sujet tente de se construire dans la durée, comme une exigence pour "être soi-même" et une quête jamais satisfaite d'être un autre* »[466]. Un autre que le soi initial, si difficile à abandonner : « *car si la dépendance produit le sujet, comment sortir de la dépendance sans se dissoudre soi-même ?* »[467]. Peut-être touchons-nous ici au nœud existentiel des conduites addictives, avec une nuance cruciale, celle du choix de la conduite, au moins au départ. Dès lors, nous pouvons légitimement et à nouveau nous poser la question des enjeux de la conduite addictive mais aussi de son arrêt définitif, si souvent préconisé en addictologie sans prise en compte du vécu subjectif : « Qui suis-je sans ma dépendance ? ».

Ainsi, la notion de dépendance et notamment le portrait du dépendant constituent, chez A. Memmi, une grille de lecture permettant de décrypter nos sociétés. D'après lui, ce portrait s'avère plus dynamique que celui du dominé, qui serait moins riche et offrirait une grille de lecture plus restreinte. À ce propos, il différencie la sujétion de la dépendance ou encore la domination de la pourvoyance.

VI.2.2.2. Démystification de la notion de dépendance dans le champ des conduites addictives

466Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*, p. 118.
467*Ibid*, p. 118.

La distinction entre sujétion et dépendance, mise en exergue dans l'ouvrage de A. Memmi, part du principe que ces deux approches sont assimilées de manière trop systématique (bien que cela puisse se concevoir dans certains cas). La sujétion se caractérise par : « *l'ensemble des réponses, actives ou passives, du dominé aux agressions du dominan*t »[468]. La dépendance semble contenir une subtilité supplémentaire, celle du consentement partiel. En effet, la domination représente : « *l'ensemble des contraintes imposées par le dominant sur le dominé* »[469]. L'auteur précise : « *Si le dépendant et le dominé sont tous les deux aliénés, ils ne le sont pas de la même manière* »[470]. Même si une part de leur volonté leur échappe, le dépendant consent plus ou moins à son aliénation alors que pour le dominé ce n'est pas le cas. C'est la question du « choix » qui marque ici une différence fondamentale. Il ajoute : « *La raison en est claire : le dépendant trouve profit à l'être ; le dominé, non* »[471]. Il y a une forme de connivence dans le cas de la dépendance nous dit l'auteur.

Le dominé cherche la fin de la domination. Il peut d'ailleurs, pour paraphraser E. Goffman[472], adopter des « stratégies d'adaptation » comme la ruse ou l'humour afin de l'adoucir, alors que pour le dépendant ce n'est pas nécessairement le cas. A. Memmi défend le fait que le dépendant : « *y trouve au contraire des satisfactions, et serait pris d'angoisse à l'idée qu'elle puisse lui manquer* »[473]. Il ajoute que : « *le dépendant subit avec impatience l'emprise, inévitable, de son pourvoyeur* »[474]. Le lien avec l'addictologie est ici prégnant. Le dépendant peut, à ce propos, être agressif vis-à-vis de son pourvoyeur mais ne cesse pas d'en avoir besoin. Pour A. Memmi, être dépendant de quelqu'un c'est : « *en être tributaire ; mais dans les deux sens du mot : c'est attendre son bon vouloir et c'est en espérer profit* »[475]. Il y a du besoin et de l'attente voire de l'envie. Au contraire : « *être sous la domination de quelqu'un, c'est lui être subordonné sans gain appréciable, à moins qu'il ne se double d'un pourvoyeur* »[476]. C'est le cas de l'armée, de l'église ou encore, à un autre niveau, de la femme ou de l'homme qui subit le joug de son conjoint tout en ne pouvant s'en détacher.

On peut d'ailleurs supposer que dans le cas d'une dépendance sévère il puisse exister une frontière poreuse, un espace très subtil et difficilement identifiable où la conduite de dépendance deviendrait une conduite de sujétion. C'est ici aussi que se retrouve une part de la complexité d'un

468Memmi, A. (1979). *La Dépendance, op. cit.,* p. 208.
469*Ibid*, p. 207.
470*Ibid*, p. 198.
471*Ibid,* p. 198.
472Goffman, E. (1968). *Asiles.* Paris : Les Éditions de Minuit.
473Memmi, A. (1979). *La Dépendance, op. cit.,* p. 198-199.
474*Ibid*, p. 196.
475*Ibid*, p. 199.
476*Ibid,* p. 199.

accompagnement socio-éducatif ou thérapeutique. Dans le cas d'une situation donnée, posons-nous la question de savoir si la personne se situe dans une relation de dépendance ou de sujétion avec le produit. En outre, c'est à cette frontière que l'on peut critiquer une possible recherche d'évasion par le biais des substances. Cette perspective, régulièrement invoquée par les consommateurs, devient caduque si une relation de domination s'impose. Encore faut-il parvenir à identifier ce passage, si tant est qu'il existe réellement.

La dépendance est empreinte d'ambiguïté, elle est continuellement recherchée et condamnée dans le même temps. A. Memmi précise : « *L'ambiguïté croît à mesure que l'on s'éloigne des besoins primaires* »[477]. On est alors au cœur de cette idée quand il s'agit d'une addiction à l'une ou l'autre substance psychoactive. Il nous semble pourtant que l'ambiguïté croît surtout dans le regard social. En effet, ne s'agit-il pas également d'une question de survie pour certains consommateurs ?

Par ailleurs, A. Memmi fait le choix d'opter pour le terme de « dépendance » plutôt que « d'aliénation ». Ce dernier lui semble trop riche, trop vague et nécessiterait un trop gros nettoyage préalable. Il précise : « *Il ne permet plus guère de distinguer entre la sujétion, qu'il suggère, et ce que je veux entendre par dépendance, qui serait tout au plus une forme de subtile sujétion sans maître* »[478]. La dépendance serait donc moins cloisonnante que l'aliénation qui semble plus proche de la sujétion. La dépendance implique, en effet, la notion de consentement.

Peut-être pouvons-nous considérer qu'il existe des degrés d'aliénation et qu'elle ne s'exprime pas exactement de la manière selon la dépendance évoquée ou selon que l'on parle de dépendance ou de sujétion. L'auteur nous invite à prendre en considération le poids et l'importance du choix des mots pour décrire l'environnement social.

Nous avons, toutefois, encore du mal à distinguer clairement l'aliénation de l'assujettissement et la libération de l'émancipation. Si nous avons opté pour le couple aliénation-émancipation en addictologie, la discussion sémantique reste néanmoins ouverte. Nous retrouvons d'ailleurs régulièrement, dans la littérature scientifique, les couples : aliénation-libération et assujettissement-émancipation.

Cependant, l'émancipation semble entretenir avec la sociologie clinique et les sciences de l'éducation et de la formation – et plus particulièrement avec la recherche biographique – un lien étroit, en tant qu'enjeu décisif. Quand la libération s'apparente peut-être à l'idée d'un état nouvellement obtenu, l'émancipation fait référence non seulement au résultat mais aussi au

477*Ibid*, p. 210.
478*Ibid*, p. 209.

processus (de subjectivation) jamais totalement achevé et florissant.
De plus, les travaux de A. Schaff concernant les subtilités de l'aliénation et de l'aliénation de soi nous semblent tout à fait opérants pour comprendre les phénomènes complexes liés à l'addiction. Néanmoins, l'assujettissement n'est pas à évacuer pour autant. Les liens sont étroits et les termes se confondent parfois.
Enfin, le concept de dépendance nous intéresse particulièrement par sa nuance et l'espace de liberté qu'il cède aux consommateurs. Pour autant, dans le cas des conduites addictives et de leur accompagnement, notamment à l'intérieur du contexte social fragile actuel, l'aliénation (ou l'assujettissement) n'est jamais très loin et permet d'appréhender une tout autre réalité, plus large encore, du sujet consommateur : celle des raisons qui l'amènent à consommer. Il en sera question ensuite.

VI.3. Une autre perspective de l'aliénation : un renversement du concept dans le champ de l'addictologie

Dans une perspective plus subtile et toujours en lien avec de nombreux constats de terrain, il nous apparaît que l'aliénation se positionne également en situation d'extériorité et d'antériorité aux consommations. Cette idée renvoie largement au concept d'aliénation de soi développé par K. Marx mais aussi par A. Schaff que nous avons discuté plus haut. L'introduction de cette approche paradoxale dans la réflexion montre la complexité des conduites addictives et peut venir bousculer l'accompagnement. L'aliénation pourrait donc être la cause ou la raison des consommations et non sa résultante. Nous reviendrons un peu plus tard dans ce chapitre sur la distinction entre cause et raison, et notamment entre perspective explicative et perspective compréhensive.

VI.3.1. À contre-pied des représentations sociales : consommer pour s'émanciper ?

Il y aurait donc deux dimensions distinctes mais additionnables de l'aliénation pour le sujet consommateur. La première fait référence à une forme d'enchaînement relatif aux consommations, correspondant à notre axe : *a) l'aliénation par et dans les consommations*. La seconde dimension s'apparente à un enchaînement relatif à la vie de l'individu, c'est-à-dire à un enfermement dans des paradigmes sociaux vécus comme aliénants pour la personne concernée (situation professionnelle,

familiale, sociale, personnelle, etc.), correspondant à notre axe : b*) l'aliénation du vécu subjectif*. Voici quelques témoignages issus du terrain que nous avons sélectionnés illustrant cette dernière dimension :

« Je ne me sentais pas bien dans ma vie » ; « je ne savais pas qui j'étais » ; « je ne savais pas quoi faire » ; « j'avais l'impression de vivre la vie d'un autre » ; « je m'ennuyais » ; « j'avais besoin de m'évader » ou encore les témoignages de consommateurs encore actifs : « j'ai besoin de m'empêcher de réfléchir à ma vie » ; « j'ai envie de vivre autre chose » ; « le monde ne tourne pas rond » ; « je me sens davantage libre dans cette vie-là », etc. Il y a comme une touche rimbaldienne parfois dans certains discours, notamment chez certains consommateurs en situation de grande précarité et vivant à la rue, avec l'idée d'une vie de bohème.

Pour renverser le concept d'aliénation dans le champ de l'addictologie tournons-nous également vers la pratique professionnelle que sous-tend la RdRD. Cette pratique constitue un élément précurseur et déclencheur d'une nouvelle éthique éducative. Tout d'abord, elle nous amène à être vigilant quant à une théorisation toute faite et pouvant s'appliquer à chaque consommateur. L'effet bénéfique produit par les consommations est-il illusoire ou réel ? Nul ne peut prétendre détenir une vérité absolue.

Nous tenons à préciser également que nous n'accompagnons, dans nos métiers, qu'une partie des consommateurs, ceux qui vont a priori le plus mal. C'est ce public qui est ciblé dans ce travail doctoral. D'autres ne franchissent jamais l'enceinte des structures d'accompagnement. Il existe plusieurs raisons à cela mais l'une d'entre-elles correspond au fait que pour certains consommateurs les substances psychoactives accompagnent sereinement les parcours de vie.

D'autre part, la pratique de la RdRD, en CAARUD et en CSAPA, nous montre chaque jour que certaines personnes ne souhaitent en aucun cas s'abstenir de consommer. Par ailleurs, des expressions telles que « gestion des consommations », « consommation contrôlée » ou encore « régulation des consommations » émergent peu à peu, comme nous l'avons vu, dans les approches professionnelles de l'addictologie.

Ces perspectives nous semblent essentielles, notamment d'un point de vue clinique, puisqu'elles empêchent de catégoriser ou d'enfermer les personnes dépendantes dans une certaine norme du bien-être, ou dans des approches thérapeutiques et des cercles de souffrance préalablement définis. Elles se focalisent sur la réalité du vécu individuel. Comme nous l'avons déjà vu, il existe aujourd'hui deux Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) à Paris et à Strasbourg[479]. Ces lieux intègrent une logique que nous avons longuement débattue dans ce travail et qui s'actualise

479Expérimentation validée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

peu à peu dans le traitement des addictions.
S. Kierkegaard insistait déjà sur ces dimensions éducatives il y a plusieurs siècles dans son poème, souvent repris sur internet, intitulé « *Accompagner* » : « *Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il est, et commencer là, justement là. […] Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend* »[480].

Dans cette perspective d'évasion d'une réalité devenue invivable vers une réalité alternative et choisie, J. Levy, médecin addictologue, questionne ses lecteurs : « *Ne pourrait-on pas soutenir, au contraire, que pour nombre de personnes […] le mésusage de substances psychoactives constitue un moyen d'échapper à des normes sociales ou morales ou de s'évader d'une situation personnelle ou professionnelle aliénante, en s'inscrivant dans une quête de bonheur par un acte libertaire ?* »[481].
De son point de vue, la « souffrance sociale », c'est-à-dire « l'aliénation sociale » et « l'assujettissement aux normes », représentent le terreau de ce besoin d'évasion. Par ailleurs, il prend appui sur un ouvrage de R. Gori[482] et à ce titre en retranscrit un passage traitant de la position de S. Freud[483] concernant les substances psychoactives : « *On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur* »[484].
À cette même époque en France, A. Artaud rédige une lettre datant de 1925, rendue célèbre par son caractère corrosif, percutant et humaniste, à l'attention du législateur de la nouvelle loi sur les stupéfiants (promulguée en 1916). Cette loi propose de nouvelles restrictions quant à la vente et l'usage d'opium notamment. A. Artaud y défend les effets bénéfiques de l'opium sur l'angoisse et les méandres de l'âme et y dénonce déjà un modèle biomédical cloisonnant en construction[485]. Il propose, en effet, de rassembler corps et esprit dans le but d'affirmer le droit de chacun à disposer de sa douleur et de son être comme il l'entend en tant que principal expert de ses tourments[486]. Il écrira : « *Messieurs les dictateurs de l'école pharmaceutique de France, vous êtes des cuistres rognés : il y a une chose que vous devriez mieux mesurer ; c'est que l'opium est cette imprescriptible et impérieuse substance qui permet de rentrer dans la vie de leur âme à ceux qui*

480Søren Kierkegaard est un philosophe danois du 19ème siècle (1813-1855).
481Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *op. cit.,* p. 4.
482Gori, R. (2013). *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ?* Paris : Les Liens qui libèrent.
483Freud, S. (2010 [1930]). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Payot.
484Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *op. cit.,* p. 4.
485Il y distingue, par ailleurs, les toxicomanes « malades » pour qui la substance est vitale des toxicomanes « voluptueux ».
486On y retrouve certains principes de la RdR actuelle.

ont eu le malheur de l'avoir perdue »[487].

Dans une société de l'immédiateté, de l'urgence, de l'hypermodernité ou encore de l'économie de marché ; la place du désir, de la réalisation de soi, de l'épanouissement ou du développement des potentialités de chacun se trouve souvent restreinte. Pourtant, tous ces éléments, issus comme le rappelle C. Niewiadomski[488] des théories humanistes de la personnalité développées entre autres par C. Rogers et G. Allport dans les années 1960 sur la côte Ouest des États-Unis, sont constitutifs d'une émancipation des individus. La fragilisation et/ou le détournement de ces éléments au sein de notre modernité avancée amène des personnes à se tourner vers des outils palliatifs en vue d'échapper à une forme d'aliénation sociale ou, selon l'approche marxiste, à une forme d'aliénation de soi (normalisation, stigmatisation, exclusion, catégorisation, situations professionnelle, familiale et personnelle délétères, angoisses existentielles, etc.).

De plus, J. Levy propose un autre dilemme plus complet et tout aussi subversif qu'il pose ainsi : « *Se libérer de l'aliénation sociale par la psychotropie des drogues, ou s'émanciper des addictions par l'assujettissement aux normes, pour trouver sa part de bonheur ?* »[489]. Si l'addiction peut aliéner, il en va de même pour la société qui exclut certains individus et impose, dans le même temps, ses grilles de lecture et ses schémas de pensée en préconisant ce qui est bon ou mauvais, ce qui est acceptable ou non en société. M. Kokoreff précise à ce sujet que les substances : « *permettent de mieux résister à des contraintes sociales lourdes. Contraintes scolaires, contraintes familiales, contraintes générationnelles, contrôles sociétaux matérialisent cette pression sociale qui pèse sur les jeunes comme sur les adultes* »[490]. Il s'appuie par exemple sur le phénomène, maintenant bien connu, de « binge drinking » chez les plus jeunes consistant à atteindre l'ivresse le plus rapidement possible. Les cadres normatifs y sont momentanément : « *relâchés, déjoués, suspendus* »[491]. Il rappelle également les deux grands pôles d'effets recherchés dans la consommation de substances avec d'un côté le pôle du confort et du bien-être psychologique et de l'autre le pôle de la stimulation des performances individuelles[492]. Ces deux pôles de régulation interne renvoient par ailleurs à l'idée d'une incomplétude existentielle et donc à l'idée d'une insatisfaction vis-à-vis de la réalité vécue.

G. Bateson, dans une perspective un peu similaire, défend l'idée selon laquelle le souhait d'une forme de sobriété de la part d'un individu ne peut se construire dans la consolidation d'un quotidien

487Artaud, A. (1956). *L'Ombilic des Limbes suivi de Le Pèse-nerfs et autres textes*. Paris : Gallimard, p. 68.
488Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 228.
489Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *op. cit.,* p. 4.
490Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? op. cit.,* p. 46.
491*Ibid,* p. 46.
492Ehrenberg, A. (1991). *Le Culte de la performance, op. cit*.

préexistant responsable pour partie de ses alcoolisations. Cela permet d'offrir une approche pragmatique pour les professionnels, notamment dans le cas des cercles vicieux précédemment décrits par M. Legrand et souvent vécus comme labyrinthiques. G. Bateson précise : « *Si c'est son style de sobriété qui le pousse à boire, ce sera celui-ci qui doit contenir une erreur, voire une pathologie ; l'intoxication, elle, ne fait qu'apporter une correction (subjective) de cette erreur. Autrement dit, par rapport à sa sobriété qui est en quelque sorte "mauvaise", on peut dire que l'intoxication est "bonne"* »[493]. Si le choix d'une personne se porte sur l'abstinence il faut regarder de plus près son contexte de vie car parfois l'intoxication apparaît comme plus vivable que la sobriété dans un contexte initialement donné. C'est une dimension simple d'un point de vue théorique mais complexe d'un point de vue pratique. S'éloigner de son contexte de vie, de son identité sociale et de son réseau social est bien évidemment plus facile à dire qu'à faire et n'est d'ailleurs pas toujours la solution idéale. Certains ressentent le besoin de travailler à un mieux-être au cœur du contexte difficile, au cœur du problème. Cette démonstration nous invite en tout cas à regarder autrement le choix de la sobriété et surtout les réalités dans lesquelles elle s'inscrit. L'aliénation sociale préalablement présente ne disparaît pas avec l'arrêt des consommations.

Pour poursuivre sur la question de la pratique professionnelle, M. Legrand rappelle le « double bind » présent dans une psychothérapie : le « recadrage positif » et « le recadrage négatif ». Il cite à ce propos L. de Heusch qui évoque une « stratégie adorciste » d'un côté et une « stratégie exorciste » de l'autre en référence aux sociétés traditionnelles et à leurs religions ou croyances[494]. De manière plus précise, cela signifie que certaines approches vont associer le symptôme, en l'occurrence la dépendance, à un effet néfaste pour l'individu concerné (c'est le cas, par exemple, des groupes Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes) alors que d'autres approches vont associer le symptôme à un effet positif, ou en tout cas à un moindre mal, pour l'individu en question (c'est le cas de l'approche systémique par exemple).
Nous pouvons envisager de ne mettre aucune stratégie de côté mais au contraire de chercher à les faire communiquer à travers une approche complémentaire puisque chacune détient des éléments de compréhension des comportements addictifs. Cependant, nous devons également être vigilants à ne pas envoyer trop de messages contradictoires aux personnes accompagnées.

D'autre part, G. Bateson suggère le fait que la personne alcoolique, lorsqu'elle est en état de sobriété, pourrait se sentir plus saine d'esprit que les personnes qui l'entourent. Ces derniers, n'ayant

493Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*, p. 266-267.
494Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 61.

pas compris les enjeux de l'espace social qui les traversent, s'y conformeraient machinalement. La prise de conscience des enjeux aliénants de la société serait alors insupportable et amènerait les personnes alcooliques sobres à consommer de nouveau. Il reprend les propos d'un représentant de l'association « Alcooliques Anonymes » expliquant que les membres ne sont pas esclaves de l'alcool mais qu'au contraire il leur a permis d'échapper aux faux idéaux de notre société, la dépeignant comme trop pragmatique. G. Bateson ajoute : « *Il se n'agit donc pas, pour l'alcoolique, d'une révolte contre les idéaux aliénants de son milieu, mais plutôt d'une tentative d'échapper aux prémisses malades de sa propre vie, prémisses continuellement renforcées par son environnement social* »[495]. C'est-à-dire que la personne dépendante aurait, en réalité, compris les enjeux et les travers de son espace social. L'auteur propose : « *un appariement converse entre sobriété et intoxication, de sorte que celle-ci soit vue comme une correction subjective appropriée de la première* »[496]. Dans la même veine que J. Levy, G. Bateson propose d'associer la consommation à une possible échappatoire.

Par ailleurs, J. Maisondieu précise que : « *toute situation où l'individu cesse de s'appartenir parce qu'il se sent et souvent il est sommé d'être autre que lui-même est pour lui une situation d'aliénation qu'il pourra éventuellement essayer de supporter avec l'alcool, s'il ne peut pas y mettre fin d'une façon ou d'une autre* »[497]. Il complète : « *Dans l'aliénation, le sujet éprouve l'impression de ne pas être à sa place parmi les autres, d'être différent d'eux et de devoir le cacher pour être accepté par eux* »[498]. L'individu fait alors le choix d'utiliser l'alcool pour supporter sa condition mais paradoxalement il devient à nouveau susceptible d'être étranger, mais cette fois à lui-même, si les consommations s'intensifient ou après un certain degré d'alcoolisation. Néanmoins, cette fois, le procédé résultera d'une décision personnelle et non pas d'une situation sociale inadaptée. Le consommateur est pris dans un étau identitaire déboussolant qui l'amène à se perdre et dans lequel la sphère sociale et surtout la société dans sa globalité doivent reconnaître leurs torts. J. Maisondieu nous l'explique : « *En permanence, il lui faut composer entre ce qu'il est, ce qu'il voudrait être et ce qu'il croit que les autres veulent qu'il soit et à quoi il veut ressembler* »[499]. De surcroît, pour cet auteur : « *l'alcoolisme est du registre biologique et atteint dans ses chairs l'alcoolique, et lui seul. L'aliénation est une situation vécue dans un contexte où la communication entre un individu et les autres, avec lui-même et avec la société dans son ensemble, est perturbée, c'est donc un phénomène mixte : individuel et interindividuel* »[500]. Il précise par ailleurs que c'est bien l'aliénation qui conduit

495Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*, p. 267.
496*Ibid*, p. 267.
497Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 67-68.
498*Ibid*, p. 68.
499*Ibid,* p. 69.
500*Ibid,* p. 72.

à l'alcoolisme et non pas simplement le facteur biologique que les alcoologues ont, selon lui, trop longtemps convoqué.

Pour aller plus loin, nous pensons que dans certaines situations il y a également une véritable volonté de rébellion et de révolte par le biais d'un mode de vie alternatif et libérateur. Au-delà de la simple prise de conscience des difficultés personnelles et d'une possible échappatoire via les consommations, il y a parfois un choix plus affirmé et plus assumé, une quête de liberté et de sens. D'ailleurs, J. Maisondieu ose replacer au goût du jour l'idée que : « *s'il n'y avait pas de plaisir à boire excessivement, assurément il n'y aurait pas beaucoup d'alcooliques* »[501]. Idée, ô combien fondamentale, trop souvent oubliée ou évincée dans l'accompagnement. D'autre part, nous osons également faire un parallèle un peu hasardeux avec les troubles des conduites alimentaires en nous appuyant sur certaines réflexions de l'auteur. Dans aucun cas le traitement de ces troubles ne préconise un arrêt de l'alimentation. Il est en effet admis que la nourriture est vitale pour la survie de l'être humain. Cependant, il est plus difficilement admis que la consommation de substances psychoactives puisse représenter un enjeu vital, à un moment donné, pour certaines personnes. Ce qui n'exclut pas une mise au régime possible et donc une régulation des consommations, tout comme dans la boulimie.

L'approche de S. Freud relative aux substances psychoactives illustre, même si c'est moins prégnant que chez J. Levy, cette quête de liberté par la consommation. Selon lui, le consommateur cherche à construire un monde, une vie qu'il aura choisi avec ses propres grilles de lecture et donc sa propre vision du bien être à un instant défini[502]. À ce propos, D. Le Breton soutient que : « *le recours aux drogues est une forme de fabrique de soi, une manière de se construire comme individu en dépit des difficultés* »[503]. Il met en avant l'idée d'un « contrecorps » de la toxicomanie : « *ce contrecorps de sensations, inhérent au manque et à sa suppression, enracine dans un contremonde en abandonnant le corps de la vie courante. Il fixe provisoirement une identité morcelée, rassemble les fragments de soi et rend l'existence enfin supportable. L'individu reprend la maîtrise du vide, mais au détriment d'un monde réel désinvesti* »[504]. Ce « contrecorps » va permettre à la personne de supporter une souffrance persistante, peut-être en y déposant un voile temporaire mais également en lui apportant une nouvelle identité, un nouveau soi inscrit dans un « contremonde » choisi. Cette perspective lui permettra de se représenter au quotidien, en dessinant les contours de son être psychique et physique, et ainsi de continuer à exister. Dans une situation de grande souffrance étouffant l'action

501*Ibid,* p. 501.
502Freud, S. (2010). *Malaise dans la civilisation, op. cit.*
503Le Breton, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie*, op. cit.,* p. 59.
504*Ibid*, p. 61.

et traversée par un brouillard empêchant un regard distancié, son corps mais aussi les sens qui l'accompagnent deviennent son dernier recours pour être au monde. Néanmoins, selon l'auteur, c'est un : « *corps de sensations, un corps clandestin »*[505] et non plus un corps du lien social. En tout cas dans la société telle qu'elle est actuellement.

En outre, J. Levy considère que les addictions pourraient à certains égards représenter une « pathologie de la liberté » (qui prend un sens différent que chez P. Fouquet). Il précise que : « *la guérison pourrait donc se concevoir comme l'acquisition, ou la restauration, de l'autonomie, du libre-arbitre et de la responsabilité* »[506]. Ce qui ne sous-entend pas nécessairement un arrêt total des consommations. L'objectif est avant tout de conscientiser ses fonctionnements afin d'être plus libre de les transformer. C'est une manière de se responsabiliser dans le sens : « Je suis l'acteur et l'expert principal de ma vie et de mon parcours de consommations ». C'est d'ailleurs une approche très présente dans la dynamique de la RdRD.

VI.3.2. L'influence sociale

Notre travail de recherche porte une attention particulière à la dimension globale dans laquelle s'inscrivent les addictions. En effet, c'est un phénomène de société et d'ailleurs de presque toutes les sociétés pourrait-on dire. À ce propos, nous souhaitons porter un regard plus précis sur l'influence du regard social et de la pression socio-économique dans l'émergence des conduites de dépendance.

VI.3.2.1. Un rappel de quelques axes

La thèse de J. Maisondieu soutient que c'est la honte, constitutive de l'aliénation chez les personnes alcooliques, qui engendre les consommations excessives. Il spécifie que : « *c'est pour vaincre cette peur de l'autre et de son jugement, et pour atténuer son impression de ne pas être à la hauteur de ses semblables, qu'il s'est mis à boire. D'abord il a bu plus ou moins délibérément, ensuite sans plus pouvoir vraiment contrôler la situation. Engoncé dans sa honte, il s'est fié à l'alcool jusqu'à ne plus pouvoir s'en passer et jusqu'à avoir honte d'être devenu ce qu'il est devenu : un alcoolique* »[507]. La honte est suivie ou précédée du mépris de l'entourage par l'alcoolique et réciproquement, tout ceci ajoutant une part de complexité à l'accompagnement lorsqu'on souhaite l'inscrire dans le contexte de

505*Ibid*, p. 60.

506Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *op. cit.,* p. 7.

507Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 73.

vie des personnes. Il complète : « *S'il n'y avait pas la honte, il n'y aurait pas d'alcooliques. Sans le mépris, les alcooliques guériraient* »[508]. Pour l'auteur, l'alcoolique (ou le futur alcoolique) chercherait sans cesse à vouloir paraître plutôt qu'être ce qu'il est. Parce qu'il a l'impression que sa situation n'est pas acceptable, le consommateur va chercher à avancer masqué pour ressembler aux autres en s'oubliant lui-même. Ce qui peut le conduire vers la consommation excessive d'une substance et qui le conduira inexorablement vers de nouvelles consommations après l'installation de la dépendance.

De notre point de vue, nous pourrions à nouveau aller plus loin. Dans cette idée de ressemblance à l'autre nous y voyons une norme socio-économique parfois assujettissante, venant biaiser l'idée que le consommateur (ou futur consommateur) se fait de son existence. La société n'est pas responsable de tous nos maux et tous les individus en grande difficulté ne se tournent pas vers les consommations. Toutefois, nous pensons qu'elle a une part à jouer que l'on sous-estime parfois dans le champ de l'addictologie. Nous l'avons vu, l'addiction fait aussi état d'un malaise psychique qui tire souvent son origine d'une souffrance sociale. La société influence les représentations et préconisent ce qui est bien et ce qui l'est moins. Elle impose des critères de réussite sociale.
Les dilemmes posés par J. Levy plus haut, mais aussi la « souffrance sociale » et « l'aliénation sociale » qu'il décrit très explicitement renvoient directement à cette approche ; tout autant que les tenants et aboutissants d'une modernité avancée et d'une vie liquide sanctifiant la figure de l'individu entrepreneur de lui-même, libre mais aussi cause de son action. D'autre part, J. Maisondieu insiste sur la dimension économique et la pression qu'elle représente : « *L'exclusion menace celui qui n'a pas compris que ce n'était plus l'Économie qui était au service de l'homme, mais l'homme qui était passé au service de l'Économie, et celui qui ne joue pas le jeu* »[509].
À ce propos, C. Van de Velde montre comment la société française plutôt d'orientation corporatiste et élitiste, à la différence d'autres en Europe, incite les jeunes générations à se placer rapidement, socialement et économiquement, provoquant alors une perte de repères et une pression trop grande pour certains. C. Van de Velde compare quatre modèles d'entrée dans la vie adulte : le modèle danois, « se trouver » ou la logique du développement personnel ; le modèle britannique, « s'assumer » ou la logique de l'émancipation individuelle ; le modèle espagnol, « s'installer » ou la logique de l'appartenance familiale ; et enfin le modèle français, « se placer » ou la logique de l'intégration sociale. Dans le modèle danois : « *La jeunesse s'envisage comme un temps long d'exploration, inscrit prioritairement dans une logique de développement personnel* »[510]. Ici, on se

508*Ibid,* p. 79.
509*Ibid,* p. 243.
510Van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe.* Paris : Presses

rapproche davantage des théories humanistes de la personnalité qui visent l'épanouissement de l'individu et la réalisation de soi. Les parcours sont marqués par l'expérience : alternance entre différentes formations, entre plusieurs expériences professionnelles et personnelles (voyages, rencontres, etc.) que le système étatique accompagne par des aides financières. Selon l'auteur, l'effet anxiogène du modèle français relatif au « devenir adulte » est caractérisé par une forme : « *d'urgence, de linéarité et d'irréversibilité* »[511] des trajectoires empruntées. Tout comme le souligne J.-P. Boutinet à travers la notion de projet qu'il met en lien avec ce qu'il appelle : « *les temporalités à tendance assujettissante* »[512]. Ces temporalités sont l'urgence et l'immédiateté qui viennent bousculer les projets et parfois les anéantir. Il met en avant la difficulté de prévoir l'avenir ou les tendances économiques et montre alors comment les acteurs, par exemple à l'école, se replient sur le présent et « bricolent » des projets qui se font dans l'urgence. On peut ainsi parler d'injonction contradictoire : « Projetez-vous même si nous n'avons aucune certitude quant à l'avenir socio-économique ».

Néanmoins, reste à prouver la corrélation entre modèle d'entrée dans la vie adulte, temporalités à tendance assujettissante, modernité avancée et consommations de substances psychoactives. C'est pourtant cette hypothèse que défend J.-P. Couteron, mettant en avant la responsabilité d'une « société addictogène » – assujettie à la surconsommation, aux réponses immédiates, à la culture de l'excès ainsi qu'aux marchés économiques – dans l'émergence des conduites de dépendance. Une société devenue addictogène : par un affaiblissement des contenants collectifs et des cadres d'appartenance liés aux mutations du lien social[513] ; par une hyperstimulation et une excitation du désir omniprésentes au sein de la société[514] ; par une culture de la performance et des effets de dopage ou de dépassement de soi[515] ; et enfin, par la précarisation de certaines populations cherchant, plus que les autres encore, des portes de sortie[516]. Par ailleurs, pour J.-P. Couteron, l'interdit pénal caractérise le projet d'une société souhaitant faire de l'abstinence la norme et du contrôle la règle dans une configuration socio-économique pourtant sans limite, et ainsi *: « qu'à la sévérité de l'état face à l'usager réponde sa faiblesse face aux lobbies industriels et bancaires* »[517].

Pour en revenir au cœur de cette partie relative à l'influence du regard social, nous souhaitons

universitaires de France, p. 14.

511*Ibid,* p. 137.

512Boutinet, J.-P. (2012 [1990]). *Anthropologie du projet.* Paris : Presses universitaires de France, p. 369.

513Dubet, F. & Lapeyronnie, D. (1992). *Les quartiers d'exil*. Paris : Seuil ;
Singly (de), F. (2005). *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*. Paris : Armand Colin.

514Bauman, Z. (2006). *La vie liquide*, *op. cit.*

515Ehrenberg, A. (1991). *Le Culte de la performance*, *op. cit.* ;
Hautefeuille, M. (2009). *Dopage et vie quotidienne.* Paris : Payot.

516Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*, p. 12-13.

517*Ibid,* p. 15.

insister à nouveau sur le poids social porté par les personnes consommatrices via l'étiquette du « malade » et le couperet que peut constituer le diagnostic médical. En ce sens, le défi à la substance psychoactive mis en exergue plus haut montre bien comment le regard social et médical peut pousser les consommateurs à consommer de nouveau. Pour prouver qu'ils peuvent s'abstenir s'ils le souhaitent, contrairement à ce qu'en disent les autres, ils doivent reconsommer et en faire la preuve.

Il nous semble également essentiel de refaire un détour par la sociologie de la déviance. H. Becker montre clairement la manière dont la déviance se construit via le regard social, c'est-à-dire via les interactions entre les groupes et les individus. Ce sont les entrepreneurs de morale qui dictent aux autres ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, enfermant alors les personnes présentant un certain type de comportement dans une catégorie d'exclus voire même de rebuts de la société et contribuant ainsi à pérenniser les consommations à risque et leurs effets délétères. Entre parenthèses, selon H. Becker, l'intensité de la déviance, et par conséquent de la stigmatisation, varie également selon l'appréciation et l'intensité de la sanction posée par les personnes intermédiaires en charge de faire respecter les normes, telle la police. Il n'est pas supposé y avoir une réelle différence dans le droit français entre la consommation de cannabis et d'héroïne et pourtant elle existe sur le terrain. Ce point spécifique influence aussi la construction du regard social et la direction qu'il prend. Un consommateur d'héroïne sera alors plus facilement stigmatisé comme déviant et délinquant qu'un consommateur de cannabis.

VI.3.2.2. Violence symbolique et reproduction sociale

Concernant cette question du regard social, l'apport de P. Bourdieu et de J.-C. Passeron par le prisme de la violence symbolique apparaît crucial. Ils définissent le pouvoir de violence symbolique comme : « *tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force, ajoute sa force propre, proprement symbolique, à ces rapports de force* »[518]. Ce pouvoir permet non seulement la perpétuation du clivage dominant/dominé mais aussi la pérennisation de schémas de pensée parfois aliénants. Pour R. Barbier, le symbolique peut être défini comme : « *l'ensemble des représentations concrètes et des rapports de sens socialement admis dans une formation sociale déterminée* »[519]. De plus, E. Corbet rappelle que la notion de violence vient du latin « vis » signifiant « force en action »

518Bourdieu, P. & Passeron J.-C. (1970). *La reproduction, op. cit.,* p. 18.

519Barbier, R. (1974). Violence symbolique et pédagogie institutionnelle. *L'Homme et la société, 31-32*, 239-255, p. 240.

ou plus précisément « force exercée contre quelqu'un » et se rapporte généralement à la force brutale. Elle ajoute : « *Le pluriel vires désigne les forces physiques, les ressources pour exercer la vis* »[520]. Il semble cependant qu'il y ait une difficulté à produire une définition de la violence. En effet, cette notion semble surtout se définir en contextes et en situations. Pour J. Pain, la violence se caractériserait par l'entreprise et l'intention de nuire contrairement à l'agression et l'agressivité qui renverraient à la nécessité vitale d'une affirmation identitaire dans un contexte précis[521]. Néanmoins, cette définition de la violence est restrictive. Elle ne comprend pas, dans le cas de la violence institutionnelle par exemple, le fait que les acteurs sont aussi motivés, en réalité, par l'intérêt de l'enfant. Une logique similaire s'applique à la violence symbolique où l'enjeu est davantage d'asseoir son pouvoir afin d'en dégager un intérêt personnel ou de groupe. Même si nuisance il y a, l'intention de nuire ne semble pas prioritaire et apparaît plutôt comme une conséquence.

De plus, le processus de la violence symbolique s'instaure par un pouvoir arbitraire dans le but d'imposer un arbitraire culturel nous disent P. Bourdieu et J.-C. Passeron, qui parlent à ce sujet d'un « double arbitraire ». R. Barbier en précise les contours. Le pouvoir qui impose est entendu comme arbitraire : « *en tant que ce qui le fonde, ce sont les rapports de force entre les groupes ou classes constitutifs d'une formation sociale* »[522]. L'arbitraire culturel imposé est, quant à lui, entendu comme arbitraire : « *en tant qu'il délimite, objectivement, des significations considérées comme dignes d'être imposées, inculquées et reproduites en toute légitimité, à l'exclusion des autres ; le système symbolique retenu ne pouvant être déduit d'aucun principe universel, physique, biologique ou spirituel. Dans une formation sociale donnée, cet arbitraire culturel exprime le plus complètement possible, bien que médiatisés, les intérêts objectifs, matériels et symboliques, des groupes ou classes dominants* »[523]. On parlerait alors d'un « arbitraire culturel dominant » qui supposerait une méconnaissance de la part des personnes sur qui s'exerce le pouvoir, et donc une dissimulation de ce pouvoir par ceux qui souhaitent le voir imposé.
Ainsi, un « habitus » s'installe en tant que : « *résultat de l'intériorisation d'un ensemble limité de significations considérées comme légitimes, c'est-à-dire d'un ensemble légitime de normes, valeurs, règles, signes et symboles qui accompagnent les pratiques sociales* »[524]. À ce titre, R. Barbier reformule les propos de P. Bourdieu et J.-C. Passeron proposant de définir l'habitus comme : « *un*

520Corbet, E. (2000). Les concepts de violence et de maltraitance. *Actualité et dossier en santé publique, 31*, 20-25, p. 20.
521Pain, J. (2002). *La société commence à l'école. Prévenir la violence ou prévenir l'école ?* Vigneux : Matrice, p. 230-231.
522Barbier, R. (1974). Violence symbolique et pédagogie institutionnelle, *op. cit.,* p. 241.
523*Ibid*, p. 241.
524*Ibid*, p. 242.

principe générateur de schèmes de pensée, de perception, d'appréciation et d'action, produit des structures, producteur de pratiques conformes et reproducteur de structures objectives »[525].

Tout se passe comme si, pour reprendre l'approche de M. Fieulaine, les dominés intériorisaient les conditions de leur propre domination. Le rapport de force est bel et bien dissimulé et méconnu ce qui permet alors la légitimation de certaines significations par les dominants. La violence symbolique s'exerce avec le consentement implicite des dominés puisque ces derniers sont contraints de penser cette relation de domination avec les schèmes de pensée des dominants. Le tour de force des dominants est d'avoir fait en sorte que les dominés se perçoivent légitimement comme étant inférieurs et se pensent relativement libres tout en subissant les diktats d'une culture dominante institutionnalisée et donc légitimée. La violence symbolique rend possible la perpétuation d'un ordre social inégalitaire. Pour P. Bourdieu et J.-C. Passeron, la violence symbolique s'exerce, à l'école ou dans toute autre institution considérée comme légitime (les médias par exemple), via « l'action pédagogique »[526]. Cependant, les acteurs exécutant un arbitraire culturel ne sont eux-mêmes pas nécessairement conscients de participer à la reproduction des relations de domination. C'est encore un tour de force des dominants que d'avoir cédé cette tâche à des institutions socialement légitimées.
D'ailleurs les structures du champ médico-social, et notamment en addictologie, se sont développées à la marge du système, revendiquant bien souvent un rôle de régulation d'une société en souffrance. Cependant, aucune institution, surtout si elle est autorisée et financée par un gouvernement et donc par des axes politiques précis, n'est réellement à l'abri d'être le vecteur de normes sociales aliénantes. À ce propos, E. Corbet précise : « *Toute institution, sans une vigilance constante pour combattre les tendances lourdes qui l'animent (en particulier celle de l'uniformisation), est une institution à risque de violence* »[527]. Les acteurs en addictologie doivent alors insister encore et toujours sur la nécessité d'offrir une multitude de possibilités en matière de soins et d'accompagnements afin de s'adapter à la singularité des individus et des histoires et d'éviter un processus trop affirmé de normalisation ; autrement dit, l'abstinence à tout prix pour ceux qui sortent du cadre socialement accepté.

À différents égards l'abstinence apparaît comme une réponse socialement apprise et acquise par le biais d'une forme de violence symbolique perpétuant un ordre social établi et permettant aux dominants de le rester. Tout se passe comme si certains, sans toujours s'en rendre compte,

525*Ibid*, p. 242.
526Bourdieu, P. & Passeron J.-C. (1970). *La reproduction, op. cit.,* p. 19.
527Corbet, E. (2000). Les concepts de violence et de maltraitance, *op. cit.,* p. 21.

choisissaient le mode de vie adéquat en le diffusant à l'échelle mondiale via divers médias mais aussi via les gouvernements successifs en imprimant, dans les esprits, les normes autorisées. Quand il s'agit de substances psychoactives, la logique est plus souvent sécuritaire et sanitaire qu'existentielle et réflexive. Par ailleurs, d'autres vecteurs de diffusion alimentent ce regard aliénant (car cloisonné) et l'intériorisent eux-mêmes pleinement. Les institutions en addictologie n'en sont évidemment pas toujours exemptes. L'idée n'est évidemment pas de les incriminer mais au contraire de favoriser une réflexion, avec elles, plus saine sur les parcours de vie et surtout de prendre conscience des mécanismes de normalisation dans lesquels nous nous retrouvons tous impliqués. Les individus s'évertuent trop souvent à essayer d'entrer dans un moule social constituant parfois une forme de violence pour eux dans la mesure où ils n'ont pas forcément les ressources requises et multiplient dès lors les échecs.

D'autre part, il semble que ce regard social – qui préconise et valorise une vie sans consommation pour les (anciens) consommateurs excessifs notamment, surtout si ces produits sont illégaux – montre en réalité peu d'efficience sur le terrain comme l'atteste les cinquante dernières années de lutte contre les drogues ainsi que les chiffres actuels relatant le nombre de personnes toujours en difficulté avec l'une ou l'autre substance psychoactive. Ce qui signifie donc que la violence symbolique (si nous poussons la logique) qui s'exerce, en vertu du bien-être, sur les individus et la société (véhiculant l'idéal d'une vie saine et heureuse en société et donc d'une vie sans consommation), ferait office de leurre orchestré par les dominants pour perpétuer les relations de domination en offrant des perspectives de vie inadéquates et vaines aux dominés afin, effectivement, de préserver et de justifier les différences entre les uns et les autres. Que tout soit totalement vrai n'est pas le plus important. Il importe surtout de connaître certaines racines structurelles de ces phénomènes d'addiction. Mais, bien évidemment, les racines sont multiples.

D'ailleurs, on retrouve chez P. Bourgois une volonté de dénoncer – dans la production de la marginalisation, de la ségrégation, de la toxicomanie, de la pauvreté ou encore de la violence au sein de certains quartiers de New York – le poids des contraintes sociales structurelles tout en ne déresponsabilisant jamais les individus. Ainsi, il précise que : « *mettre l'accent sur les structures peut d'ailleurs faire oublier le fait que les humains sont les agents actifs, et non les victimes passives, de leur propre histoire. La méthode ethnographique* (son approche empirique) *permet à ces "pions sur l'échiquier", jouets de forces structurelles plus vastes, d'émerger en tant qu'êtres humains bien réels, capables de façonner leur avenir* »[528]. Il ajoute cependant : « *Et pourtant, je me suis souvent surpris à en revenir à une perspective marxiste pour échapper aux douloureux détails de la souffrance que s'imposent les personnes réelles, à elles-mêmes et ceux qu'elles aiment, dans*

528Bourgois, P. (2013 [1995]). *En quête de respect. Le crack à New York.* Paris : Seuil, p. 71.

leur lutte quotidienne pour la survie »[529]. En l'occurrence il fait référence aux dealers et consommateurs de crack, notamment portoricains, dans un quartier de New York dans lequel il s'est immergé pendant plusieurs années. Si, pour l'auteur, la théorie de l'aliénation sociale et structurelle que nous défendons ici se vérifie, elle ne dispense pas les protagonistes de leur part de responsabilité dans le développement de leurs propres difficultés. Il explique : « *En d'autres termes, bien qu'elle soit le produit d'une quête personnelle de la dignité, d'un rejet du racisme et de l'assujettissement, la culture de la rue devient finalement un agent actif de la dégradation de la personne et de la ruine de la collectivité* »[530]. Dès lors : « *la théorie de la production culturelle – plus précisément, l'idée que la résistance de la culture de la rue à la marginalisation sociale constitue la clé contradictoire de son élan destructeur – peut servir à éviter des interprétations structuralistes réductrices. Au travers des pratiques culturelles d'opposition, les individus donnent forment à l'oppression que des forces plus larges leur imposent* »[531].

Cependant, nous proposons d'ajouter, sans écarter ni l'aliénation structurelle, ni la responsabilité de l'action individuelle (pouvant être perçue ici comme paradoxale ou contre-productive mais aussi comme unique moyen de lutter), l'idée d'un droit à choisir ses propres contraintes. Dès lors : « je peux me choisir consommateur, et à l'intérieur de cela développer ma propre trajectoire de vie, aussi risquée soit-elle ». Nous renouons alors avec un autre versant de la responsabilité que nous avons déjà débattu (celui du sujet acteur et non pas de l'individu cause de son action). Ainsi, à la suite de P. Bourgois, nous souhaitons une nouvelle fois marquer une rupture avec le modèle biomédical (empreint d'une forme de violence structurelle et symbolique), omniprésent en addictologie, faisant nécessairement du consommateur dépendant : un malade incapable d'exercer sa capacité à faire des choix et détaché du contexte social dans lequel il vit.

En conclusion, par manque de sensibilisation et d'informations spécifiques permettant de déconstruire son regard, la société se montre rigide et farouche à l'endroit des consommateurs de substances psychoactives et davantage encore lorsque ces derniers vivent à la rue et développent des conduites de dépendance à l'égard de substances illicites telles que l'héroïne ou la cocaïne. Pourtant, force est de constater que nous sommes tous des êtres humains cherchant un sens à notre vie et que chacun puise dans les outils et ressources qui s'offrent à lui pour affronter les difficultés, vivre plus librement, s'épanouir à sa manière ou tout simplement survivre dans le labyrinthe des inégalités de la modernité avancée.

529*Ibid*, p. 71.
530*Ibid*, p. 60
531*Ibid,* p. 72.

VI.3.3. Cause et raison : deux herméneutiques distinctes

Cause et raison supposent deux hermeneutiques[532] et donc deux postures différentes qui sont déterminantes dans le cadre de l'accompagnement éducatif et de l'interprétation scientifique. En effet, nous nous interrogions plus haut sur la place de l'aliénation en tant que cause ou raison préexistante d'une entrée dans l'une ou l'autre conduite addictive. Il s'agit alors d'appréhender, dans cette partie, de manière élargie, les enjeux (causes et/ou raisons) de l'entrée dans l'addiction et de la poursuite des consommations en dépit des conséquences parfois négatives[533].

D'un côté on cherche à expliquer le « pourquoi » d'un phénomène et de l'autre à comprendre « comment » (et surtout à quelles fins) ce phénomène se produit. Sans écarter complètement un aspect plutôt que l'autre il semble que la perspective compréhensive (raison) plutôt qu'explicative (cause) convienne davantage à notre recherche qui vise à accueillir et à saisir la signification de l'expérience vécue singulière via des entretiens biographiques par exemple.
D'un point de vue épistémologique, les sciences de la nature tendent davantage à expliquer les phénomènes observés par le biais du déterminisme causal, via par exemple des entretiens plus standardisés et plus proches des questionnaires, alors que les sciences de la culture privilégient une appréhension plus holistique des problèmes.
Étymologiquement, le verbe « expliquer », du latin « explicare », signifie « dérouler, déployer » et renvoie à l'idée de rendre clair, de faire connaître la cause ou encore de développer la pensée. Le verbe « comprendre », du latin « comprehendere », signifie « saisir, prendre avec » et renvoie à une dimension plus large et englobante, à un ensemble en interaction dynamique et à l'idée d'un surgissement laissant une place à l'intuition et à la sensation[534]. C. Niewiadomski illustre cette différence en prenant par exemple appui sur la plaisanterie, que l'on comprend (par un surgissement) plus que l'on explique[535].
Pour P. Ricœur, expliquer c'est : « *toujours ramener le complexe au simple […] ainsi : pour l'explication le simple est la raison du complexe, pour la description et la compréhension, l'un est la raison du multiple* »[536].

532Herméneutique : « *1° Qui a pour objet l'interprétation des textes (philosophiques, religieux). […] Interprétation des textes, des symboles (de la Bible, par ex.). 2° Relatif à l'interprétation des phénomènes considérés en tant que signes* » (Le petit Robert, 1979, p. 924).
533Nous nous appuierons notamment sur les travaux et les auteurs déjà convoqués par C. Niewiadomski (2000).
534Centre national de la recherche scientifique (2005). *Centre national de ressources textuelles et lexicales* [en ligne]. https://www.cnrtl.fr/etymologie/ (page consultée le 9 septembre 2019).
535Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 242.
536Ricœur, P. (2009). *Philosophie de la volonté, op. cit.*, p. 20-21.

Néanmoins, à certains égards, la complémentarité de ces approches peut également être recommandée même si c'est bien ici la distinction en tant qu'outil interprétatif qui nous intéresse. J.-C. Kaufmann précise à ce propos que : « *la démarche compréhensive s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le système de valeurs des individus ; elle commence donc par l'intropathie. Le travail sociologique ne se limite toutefois pas à cette phase : il consiste au contraire pour le chercheur à être capable d'interpréter et d'expliquer à partir des données recueillies. La compréhension de la personne n'est qu'un instrument : le but du sociologue est l'explication compréhensive du social* »[537].

La cause induit donc une forme de déterminisme potentiellement cloisonnant pendant que la raison induit une dimension davantage prospective ouvrant l'espace des possibles en matière d'interprétation des données recueillies mais également en matière d'appropriation pour les personnes impliquées dans les situations concernées. M. Legrand précise : « *Causes et raisons s'opposent comme deux ordres d'explication irréductibles d'un comportement humain. La cause regarde vers l'arrière, en quelque sorte, elle désigne une condition ou un événement antécédent supposé producteur du comportement, alors que la raison ou le motif sont prospectifs, regardent vers l'avant, qualifiant une fin ou un projet visé par le comportement* »[538]. Il ajoute : « *La distinction peut paraître subtile, et pourtant son enjeu est capital : selon que l'on invoquera des causes ou des raisons, on postulera, soit un homme-objet, soumis à un jeu fût-il complexe de déterminations, soit un homme-sujet, qui donne sens à sa conduite* »[539]. La recherche parfois frénétique d'un enchaînement causal expliquant les conduites de dépendance en addictologie n'est donc pas sans conséquence sur la vision négative que l'usager peut développer de lui-même. Comme le soutient C. Niewiadomski : « *l'explication peut cristalliser les choses et figer durablement l'individu dans une image aliénante de lui-même* »[540]. La raison évite de cristalliser le sujet dans ce qu'il énonce et privilégie une appréhension plus compréhensive des problèmes, autrement dit multiple comme le soutient P. Ricœur.

En effet, la lecture compréhensive des données de recherche, du fait de sa dimension prospective, permet au scientifique de garantir un espace de possibles en termes d'analyse et ainsi une multiplicité des interprétations. Elle évite d'enfermer et de cristalliser le sujet dans ce qu'il énonce mais aussi de le réduire à un système de causalité. D'après B. Honoré : « *la compréhension est la*

537Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif.* Paris : Nathan, p. 23.
538Legrand, M. (1998). Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique. *Alcoologie, 20(2),* 109-115, p. 111.
539*Ibid*, p. 111.
540Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 243.

démarche qui conduit au dévoilement de l'existence. Elle en ouvre le sens »[541].

Comme le précise C. Niewiadomski, cette manière de concevoir la construction de sens et l'interprétation se rapproche de ce que G. Durand appelle « herméneutiques instauratives » et qu'il distingue des herméneutiques réductrices ou causalistes en prenant l'exemple de la sociologie quantitativiste[542]. Les premières ne se limitent pas à une interprétation purement causale des phénomènes du discours considérés en tant que signes ou symboles alors que les secondes cherchent effectivement à révéler une vérité qui serait cachée prenant davantage appui sur une dimension « archéologique »[543]. Avec les premières, la production de sens devient plurielle. Elles sont destinées à : « *préserver la dimension de l'énigme et du désir* »[544]. Le verbe « instaurer » vient du latin « instaurare » et signifie « fonder, renouveler, célébrer à nouveau »[545]. Il renvoie davantage à une dimension prospective et au caractère polysémique des signes et symboles du discours. La production de sens dans le travail de formation ou d'accompagnement devient donc plurielle et les parcours des acteurs ne sont alors plus réduits à un enchaînement causal.

Ce développement nous invite à interroger les parcours des personnes consommatrices par le prisme de cette distinction entre cause et raison, et surtout à les impliquer davantage dans un processus d'interprétation des données de type instauratif, afin de dégager des régimes de significations ouverts, en congruence avec la singularité et la complexité de chaque expérience vécue. Il est question ici d'identifier si la valeur de « l'homme-objet » prime réellement sur celle de « l'homme-sujet » dans le cas des conduites de dépendance.

En d'autres termes, les acteurs sont-ils libres de leurs conduites ou uniquement les produits du déterminisme causal ? M. Legrand propose ce questionnement : « *L'alcoolique boit-il "parce que" : parce qu'il est né avec une prédisposition génétique, parce qu'il a subi des traumas précoces ou a vécu une enfance malheureuse, parce que son père buvait, parce que son conjoint l'a trompé... ? Ou boit-il "pour" : pour chercher à résoudre un problème, pour fuir une situation insupportable, pour apaiser une douleur, pour échapper à l'ennui d'une vie morne et répétitive, pour colmater la solitude, pour gérer une contradiction ou un conflit... ?* »[546]. Cette distinction est fondamentale dans la manière de reconsidérer le soin, où le dogme de l'abstinence, en réponse à l'aliénation ou la sujétion supposée des personnes dépendantes, règne en maître depuis plusieurs décennies. Pour

541Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence.* Paris : L'Harmattan, p. 97.
542Durand, G. (1993 [1964]). *L'imagination symbolique.* Paris : Presses universitaires de France.
543Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 244.
544Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 156.
545Centre national de la recherche scientifique (2005). *Centre national de ressources textuelles et lexicales* [en ligne]. https://www.cnrtl.fr/etymologie/ (page consultée le 9 septembre 2019).
546Legrand, M. (1998). Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique, *op. cit.,* p. 111.

l'auteur il est certain que : « *le recours – devenant excessif – à l'alcool se développe biographiquement comme tentative pour résoudre un problème, j'ajoute : un problème historico-existentiel* »[547]. Le consommateur reste irréductiblement un sujet (parfois à réhabiliter) pour qui la conduite fait sens, aussi brouillé et obscur soit-il.

La recherche biographique semble pouvoir apporter des médiations compréhensives face aux contradictions que traversent les individus et ainsi faciliter l'émergence de raisons existentielles permettant de mieux cerner les enjeux de la conduite addictive.

547Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit.,* p. 72.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

La manière paradoxale dont les mécanismes de l'addiction et de la dépendance s'articulent avec les concepts de liberté, d'aliénation, de subjectivation, ou encore d'émancipation est une réalité à laquelle chaque professionnel est confronté lors de ses accompagnements. Réalité avec laquelle il tentera de se familiariser ou non au cours de sa carrière. À ce propos, les moyens mis en place peuvent se révéler très divers et s'exercer dans des situations professionnelles et institutionnelles paradoxales, parfois contradictoires, au regard de la réalité des situations vécues par les personnes accompagnées.

Nous l'avons vu, les fonctions et conséquences des consommations s'avèrent bien souvent ambivalentes. De plus, elles sont le produit de facteurs intrapsychiques et biologiques mais également de phénomènes sociaux. La complémentarité des approches scientifiques semble d'ailleurs offrir à la recherche, ainsi qu'à la pratique, nuance et légitimité.

Il s'agit donc pour les professionnels de l'addictologie de composer avec des situations complexes et paradoxales dans le cadre d'un accompagnement présentant lui aussi des limites institutionnelles, structurelles ou encore d'ordre éthique et éducatif au regard des réalités observées et des constats posés. La logique abstinentielle semble avoir, encore aujourd'hui, le vent en poupe. Toutefois, des alternatives se développent en réaction aux effets thérapeutiques contrastés du tout abstinentiel et visent une prise en compte accrue de la singularité biographique des individus en dépassant les représentations sanitaires et sociales du bien-être.

Nous précisons à nouveau notre question de départ : **Dans quelle mesure la complexité liée aux comportements addictifs contribue-t-elle à produire un brouillage de la lecture des trajectoires existentielles des consommateurs de substances psychoactives, entraînant ainsi l'émergence d'effets paradoxaux dans l'accompagnement socio-éducatif proposé ?**

Dès lors, l'existence ainsi que les effets des paradoxes « non-résolus » de l'addiction sur l'accompagnement engendre des dysfonctionnements au sein du processus thérapeutique, éducatif mais aussi formatif. De la même manière, ces dysfonctionnements et paradoxes de l'accompagnement viennent influencer les parcours de soins et alimenter le système paradoxal présent autour de la personne accompagnée. La gestion de cette complexité s'avère manifestement très délicate pour le professionnel qui bute sur le cadre du modèle biomédical.

L'objet de ce travail doctoral est donc d'identifier et de mieux comprendre les enjeux liés aux paradoxes de l'addiction au regard des trajectoires de vie des consommateurs ainsi que les enjeux liés aux paradoxes de l'addictologie au regard de la pratique des professionnels à travers le rapport dialectique entre aliénation et émancipation. Il s'agit plus précisément de s'intéresser au cadre de l'accompagnement et aux paradigmes du travail éducatif en addictologie.

Pour clarifier notre travail et rendre plus visibles ses fondements voici une liste des différents paradoxes, étroitement liés les uns aux autres, que nous avons identifiés et mis en exergue précédemment dans le cadre de notre pré-enquête doctorale et de notre état de l'art. Certains de ces paradoxes concernent les conduites addictives alors que d'autres renvoient à l'accompagnement thérapeutique de ces comportements[548] :

En ce qui concerne l'addiction : le paradoxe du « défi à la substance psychoactive » ; le paradoxe du rapport entre corps et esprit ; le paradoxe des « cercles vicieux » ; le paradoxe de la reconsommation ou de la rechute ; le paradoxe du silence ; le paradoxe de la liberté, via le concept de « volonté involontaire » ; le paradoxe de la cybernétique et enfin, le paradoxe de la (sur)vie.

- Le **paradoxe du défi à la substance psychoactive** ou encore du défi à la bouteille, a été conceptualisé par G. Bateson[549] mais également par J. Maisondieu[550]. Il vise à mettre en lumière le fait qu'après une période d'abstinence l'ancien consommateur va aller vérifier qu'il est plus fort que le produit en reconsommant, faisant ainsi le pari que ce sera la dernière fois. Dans cette perspective, il y a une recherche permanente, pour la personne consommatrice, de prouver et de se prouver qu'elle est libre de ses choix et de ses actes : « Je dois contrôler ce que je ne peux pas contrôler ». Ce défi l'amène à reconsommer perpétuellement. D'une certaine manière, les professionnels alimentent parfois ce paradoxe par un discours et un positionnement biomédical qui tend à déresponsabiliser les personnes consommatrices voire à les déposséder d'un pouvoir d'agir sur leur situation personnelle. Nous pouvons ici prendre l'exemple du diagnostic médical de dépendance - voire même celui de maladie – qui vient parfois attester d'une « irresponsabilité » supposée du sujet par rapport à son comportement. Outre des effets d'efficience thérapeutique contrastés, cette situation entame parfois durablement l'estime profonde que les personnes ont d'elles-mêmes.

548Dutilleul, B. (2020). Trajectoire biographique et processus émancipatoires en addictologie, *op. cit.*
549Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*
550Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.*

- Le **paradoxe du rapport entre corps et esprit** est central dans les conduites de dépendance et rend compte du phénomène qui se produit lorsque l'esprit souhaite la consommation alors que le corps arrive à ses limites. Il s'agit alors d'un phénomène de double contrainte (double bind) pour le sujet consommateur[551].

- Le **paradoxe des cercles vicieux**, largement développé par M. Legrand[552], soutient que le comportement de « fuite » face aux problèmes existentiels, régulièrement invoqué par les personnes consommatrices pour justifier leurs conduites de dépendance, peut aboutir à l'amplification des problèmes de départ, voire à l'apparition de nouvelles difficultés. C'est par exemple le cas pour les phénomènes de comorbidité dépressive.

- Le **paradoxe de la reconsommation ou de la rechute** s'inscrit dans la perspective selon laquelle malgré une volonté d'abstinence dans les parcours de soins, les personnes reconsomment voire même rechutent assez régulièrement pour le signifier. Il n'est pas rare d'entendre un usager en début de démarche déclarer à propos d'un autre : « Je ne comprends pas pourquoi il reconsomme alors que nous sommes là pour arrêter et nous en sortir » et d'observer chez cet usager le même comportement de reconsommation quelques jours ou semaines plus tard.

- Le **paradoxe du silence**, qui se retrouve dans les relations usagers/professionnels, donne à voir le fait que les usagers ne communiquent pas toujours sur leurs envies ou leurs reconsommations effectives bien qu'ils s'investissent pourtant dans une démarche de soins. Ce qui s'explique en partie par le paradoxe de la sanction ou de la fin d'accompagnement défini plus bas mais aussi par le caractère intime de l'acte de consommation et par l'influence du regard social global.

- S'inspirant des travaux de P. Ricœur[553], la notion de « volonté involontaire » développée par M. Legrand[554], permet d'illustrer le **paradoxe de la liberté**. Effectivement, selon lui, la volonté se construit également à travers un registre involontaire. C'est-à-dire qu'il y a du non-maîtrisable dans les conduites humaines, chaque acte se trouvant influencé par des déterminismes plus ou moins conscients. La trajectoire vers la liberté se dessine donc de manière paradoxale car les choix libres et éclairés sont finalement toujours influencés par

551Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*
552Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit*.
553Ricœur, P. (2009). *Philosophie de la volonté, op. cit.*
554Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit*. ;
Legrand, M. (1998). Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique, *op. cit.*

l'environnement, les émotions ou encore l'histoire personnelle. Il en est ainsi pour ce qui est du choix de poursuivre les consommations de substances psychoactives ou celui de s'en abstenir.

- Le **paradoxe de la cybernétique,** mis en exergue par G. Bateson[555], vient signifier qu'un système, considéré en tant que totalité et constitué de deux pôles opposés (activité et non-activité), se traduit par le fait qu'ivresse et sobriété coexistent en permanence. Ainsi, la sobriété ne peut exister sans l'ivresse, rendant particulièrement complexes les parcours des consommateurs et les accompagnements qui leur sont proposés. Cette perspective vient remettre en question les objectifs d'éloignement et d'abstinence de la substance psychoactive, très présents dans l'accompagnement médico-social.

- Enfin, peut-être l'un des paradoxes les plus importants lorsqu'on interroge les trajectoires de vie, le **paradoxe de la (sur)vie** (ou de **l'impasse** pour rejoindre R. Lefebvre et M. Legrand[556]) : « Si je ne consomme pas, je ne peux pas survivre dans ce monde, toutefois, si je ne veux pas quitter prématurément ce monde, je dois arrêter de consommer ». Dans cet exemple, l'individu fait face à sa double position contradictoire de consommateur qui cherche à survivre et d'être humain qui cherche à ne pas mourir. S'il considère que consommer permet de survivre, il finira par mourir prématurément et disparaître de la classe des êtres humains. S'il considère qu'il doit prolonger sa vie, il prend le risque de ne plus pouvoir survivre dans le monde qui l'entoure.

<u>En ce qui concerne l'accompagnement :</u> le paradoxe éducatif ; le paradoxe de l'autonomie ; le paradoxe de la responsabilité ; le paradoxe de la sanction ou de la fin d'accompagnement et pour finir le paradoxe légal.

- Malgré la libre adhésion de l'usager à son parcours de soin, les conflits récurrents qui émergent entre les usagers et les équipes dans les structures médico-sociales en addictologie apparaissent symptomatiques de ce que nous appelons le **paradoxe éducatif**.

- Le **paradoxe de l'autonomie**, développé notamment par C. Niewiadomski, renvoie à la situation de professionnels sommés de : « *gérer une situation d'accompagnement dans laquelle l'usager se trouve contraint de suivre les indications de l'éducateur pour parvenir à*

555Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*
556Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme, *op. cit.*

devenir autonome »[557]**.** Il peut s'énoncer de cette manière : « Pour être autonome, il vous faut suivre nos recommandations, mais si vous suivez nos recommandations, ceci dénie votre autonomie ».

- Le **paradoxe de la responsabilité**, démontré notamment par M. Legrand[558] et J. Maisondieu[559], pour sa part, intervient lorsque l'on place en balance l'attribution de la responsabilité de la supposée guérison/stabilisation aux personnes elles-mêmes et leur absence de responsabilité dans l'apparition et l'évolution de la supposée maladie : Comment peut-on être responsable de tout mais pas de son contraire ?

- Le **paradoxe de la sanction ou de la fin d'accompagnement** qui consiste, pour les équipes, à sanctionner voire à arrêter un accompagnement pour la même raison qu'il a commencé : à savoir la consommation de substances psychoactives.

- Et pour terminer, le **paradoxe légal** issu de la loi de 1970 considérant l'usager de drogues comme une personne nécessitant des soins dans le même temps qu'un délinquant. Ce dernier place les professionnels dans un système thérapeutique ambivalent, les contraignant à articuler leurs pratiques entre : la volonté de répondre à une réalité sociale et sanitaire plus complexe qu'elle n'y paraît et l'illégalité des substances psychoactives ainsi que des comportements associés. La loi de 2016 fait un nouveau pas vers l'usager. Néanmoins, nous l'avons vu, le paradoxe entre possibilité de supervision de la consommation au sein des établissements spécialisés et illégalité de la présence du produit au sein de ces derniers demeure. Pour J.-P. Couteron, l'interdit pénal caractérise le projet d'une société souhaitant faire de l'abstinence la norme et du contrôle la règle dans une configuration socio-économique de l'excès et du sans limites pourtant addictogène. Et ainsi *: « qu'à la sévérité de l'état face à l'usager réponde sa faiblesse face aux lobbies industriels et bancaires* »[560].

Cette première partie de la démarche scientifique nous donne la possibilité de poser **trois grandes hypothèses** de recherche qui nous permettront de poursuivre, sur le terrain, le travail engagé :

1° L'aliénation, en addictologie, n'apparaît pas uniquement comme une conséquence de

557Niewiadomski, C. (2003). *Accompagner des praticiens de la formation confrontés aux paradoxes de l'accompagnement*, *op. cit*.
558Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, op. cit*. ;
Legrand, M. (1998). Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique, *op. cit.*
559Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.*
560Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*, p. 15.

l'usage délétère de substances psychoactives, elle en est la condition. Ainsi, de manière paradoxale, cet usage est subjectivement perçu comme un outil d'émancipation en lien avec la spécificité de la trajectoire biographique des usagers.

Dans cette perspective, c'est la consommation qui viendrait offrir un possible espace de liberté au consommateur, à partir d'une logique biographique singulière. Ainsi, la substance n'intervient pas nécessairement comme un effacement du sujet mais plutôt comme une tentative de réaffirmation du sujet au sein des aliénations vécues. On considère alors le consommateur, non plus uniquement comme une personne malade, dépendante et aliénée à un produit, mais bien au contraire comme un sujet cherchant à s'émanciper d'une aliénation préexistante. Cette dernière trouverait racine dans des motifs biographiques complexes et paradoxaux, généralement peu conscientisés. Nous avons vu que la question du rapport entre aliénation et émancipation en addictologie s'inscrit en effet dans un ensemble complexe de paradoxes. Certains résultent donc du comportement addictif en lien avec le parcours biographique et d'autres de l'accompagnement médico-social. Ces paradoxes attestent de la difficulté pour les usagers d'évoluer et de réfléchir librement à leur condition d'être humain dans une société par ailleurs très normée quant à l'usage de produits psychoactifs.

2° Compte tenu de la complexité biographique des problématiques addictives et des modèles épistémologiques dominants, les professionnels sont conduits à exercer dans des zones d'inconfort qui bousculent l'objectif d'intégration et/ou d'émancipation sociale du travail éducatif en addictologie.

Le professionnel a pour objectif d'accompagner l'usager dans sa dynamique de changement. Or, tout en essayant de maintenir un équilibre entre le cadre normatif de la société et la nécessité, pour certains usagers, de s'en émanciper, le professionnel fait face à des situations contradictoires d'accompagnement. En effet, l'accompagnement socio-éducatif en addictologie oscille entre d'un côté, une volonté professionnelle d'intégration sociale des personnes, héritée d'un cadre éducatif et biomédical normatif ; et d'un autre côté, une volonté professionnelle de permettre à la personne accompagnée de s'émanciper d'un contexte qui ne lui permet pas de se réaliser en choisissant ses propres contraintes et cadres de référence. Ici se trouve une part de la complexité de l'accompagnement en addictologie susceptible de bousculer les professionnels et le travail éducatif. Ainsi, il s'agira d'appréhender et d'identifier ces potentielles zones d'inconfort dans lesquelles les professionnels se débattent tout en donnant à voir le caractère paradoxal du travail éducatif en addictologie dans notre contexte social et légal français qui présente lui aussi des paradoxes. En effet, il potentialise l'insécurité des professionnels au regard de certaines pratiques éducatives, notamment dans le champ de la RdR et des pratiques alternatives à l'abstinence, pourtant

essentielles à l'accompagnement.

Une troisième hypothèse constitue le fil rouge de notre recherche et sera mise en perspective dans le chapitre consacrée à la discussion des résultats de l'enquête :

3° Le modèle biomédical de la maladie scotomise la logique subjective des motifs et raisons de l'entrée dans la dépendance, au risque d'une rationalisation et d'une homogénéisation de l'accompagnement des usagers.

L'approche standardisée de la dépendance par une prédominance du modèle biomédical de l'accompagnement fait de l'individu dépendant un individu malade, et par essence malade comme les autres personnes dépendantes incapables de se maîtriser. Ainsi, la perspective thérapeutique qui lui est proposée se caractérise encore souvent par l'obligation d'une abstinence complète et par une identification, parfois aliénante, à la figure du malade attendant qu'on le soigne. Toutefois, la conduite addictive semble se situer au cœur d'une énigme existentielle complexe et résolument individuelle qui nécessite l'exploration du vécu singulier. Par voie de conséquence, cette complexité requiert le développement de stratégies d'accompagnement adaptatives qui sortent du cadre normatif de l'abstinence et des préconisations générales de santé publique.

L'accompagnement actuel qui s'organise sur le principe de la pluridisciplinarité par une lecture bio-psycho-sociale de l'addiction n'épuise pas les significations sociales et personnelles que les personnes dépendantes accordent à leur expérience des consommations. Si le travail social vise une connaissance fine des situations accompagnées et la co-construction des projets de vie, le paradigme abstinentiel à caractère normatif et défini a priori vient semble-t-il bloquer la prise en compte de la singularité de l'expérience subjective.

DEUXIÈME PARTIE : Sur le terrain d'enquête

Cette seconde partie de la thèse souhaite poursuivre, sur le terrain d'investigation, le travail engagé. Après avoir précisé les cadres méthodologiques dans lesquels s'inscrivent nos hypothèses, nous proposerons une analyse des données produites sur le terrain. Nous croiserons les entretiens réalisés auprès de travailleurs sociaux afin de mieux cerner les enjeux d'inconfort et de complexité afférents à leurs pratiques. Puis, nous présenterons quatre histoires de vie mettant en lumière des directions de sens singulières. Enfin, au regard de nos hypothèses, nous discuterons des résultats en croisant l'ensemble des données analysées.

CHAPITRE VII. Enquête et protocoles de recherche

D'un point de vue empirique, nos hypothèses peuvent être appréhendées par une étude qualitative approfondie des parcours de soins de personnes présentant des conduites addictives en structures spécialisées. Il s'agira de porter notre regard sur la manière de vivre et d'appréhender la complexité de l'addiction pour chacun des protagonistes concernés : professionnels et usagers. La conduite d'entretiens avec les personnes accompagnées ainsi qu'avec les professionnels semble constituer une part incontournable de la réflexion à mener autour de nos hypothèses et des paradigmes de l'accompagnement en addictologie.
Notre recherche s'inscrit dans une démarche dialectique à l'interface d'une méthodologie inductive et illustrative. D'une part, nous remonterons de faits et de cas singuliers pour aboutir à une proposition plus générale à travers les histoires de vie. D'autre part, un va-et-vient entre notre expérience clinique, l'investigation menée auprès de professionnels et notre cadre théorique nous permettra d'illustrer certains enjeux liés aux pratiques professionnelles en addictologie.

Notre enquête de terrain portera tout d'abord sur les parcours d'hommes et de femmes majeures, sollicitant un accompagnement en CSAPA. Ce travail ciblera un public varié en matière de milieux sociaux mais présentant comme point commun l'addiction à une ou plusieurs substances psychoactives licites et/ou illicites. Notre regard se fixera principalement sur les consommateurs et polyconsommateurs de cocaïne, d'héroïne, d'alcool et de médicaments. Ensuite, une autre partie de l'enquête portera sur un panel varié de professionnels permettant de mieux comprendre la complexité de l'accompagnement en addictologie. Nous avons ouvert notre travail de terrain à l'ensemble des structures situées au sein de la métropole lilloise qui composent la dynamique partenariale et territoriale dans laquelle nous avons été impliquée en tant qu'éducateur spécialisé.
Nous présenterons donc un travail de recherche empirique (réalisé entre 2020 et 2022) se caractérisant par une implication importante sur le terrain. Nos entretiens, semi-directifs d'un côté (auprès des professionnels) et biographiques de l'autre (auprès des usagers), nous permettront d'appréhender la réalité vécue par chaque acteur à travers différents thèmes. Voici la composition de notre corpus initial que nous détaillerons davantage par la suite :

Enquête auprès des professionnels	Enquête auprès des usagers
2 entretiens semi-directifs utilisés pour calibrer le guide d'entretien (deux éducateurs dont un homme et une femme)	5 histoires de vie élaborées séparément (dont une histoire mise de côté pour des raisons de spécificité de l'addiction : jeux d'argent et cocaïne)
9 entretiens semi-directifs utilisés pour rédiger l'analyse de cette thèse (2 assistantes de service social, 4 éducatrices et 3 éducateurs)	1 groupe de réflexion biographique regroupant 5 personnes dont un départ dès le début de la seconde séance, soit 4 personnes au final (ce groupe ne fera pas l'objet d'une analyse dans cette thèse en raison notamment d'un approfondissement moins poussé de la part des participants que nous détaillerons par la suite)

L'analyse de nos entretiens s'appuie en partie sur la méthode d'analyse inductive générale proposée par M. Blais et S. Martineau. Nous retenons, d'une manière générale, l'objectif visé par cette analyse qui est de : « *dégager les significations centrales et évidentes parmi les données brutes et relevant des objectifs de recherche* »[561]. Elle consiste à construire des : « *catégories étant les plus révélatrices des objectifs de recherche identifiés au départ de la recherche* »[562]. À ce propos, les deux auteurs reprennent la définition de la catégorie proposée par P. Paillé et A. Mucchielli : « *On peut définir la catégorie comme une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. (...) À la différence de la "rubrique" ou du "thème", elle va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification* »[563]. Concernant la construction des catégories, qui passe par plusieurs lectures des données brutes et par une réduction progressive des données, M. Blais et S. Martineau mettent en exergue quatre étapes :

- « *Préparer les données brutes (faire le grand ménage des données)* » ;
- « *Procéder à une lecture attentive et approfondie* » ;
- « *Procéder à l'identification et à la description des premières catégories. Le chercheur identifie des segments de texte qui présentent en soi une signification spécifique et unique (unité de sens). Il crée une étiquette (un mot ou une courte phrase) pour nommer cette nouvelle catégorie à laquelle l'unité de sens est assignée. […] À un certain moment dans le processus de codification, le chercheur peut développer une description initiale de la catégorie émergente, modifier les mots de l'étiquette décrivant cette catégorie ou écrire un mémo (courte description avec des mots clés facilitant la mémoire du chercheur) à propos*

561Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, 26(2),* 1-18, p. 7.
562*Ibid*, p. 7.
563*Ibid*, p. 4. (Paillé & Mucchielli, 2003, p. 147-148).

de cette catégorie » ;

- « *Poursuivre la révision et le raffinement des catégories. À l'intérieur de chaque catégorie, le chercheur est appelé à rechercher des sous-catégories, incluant des points de vue contradictoires ou de nouvelles perspectives* »[564].

L'approche relative au contenu thématique développée par A. Blanchet et A. Gotman constitue également un socle théorique pour l'analyse de nos entretiens. Elle vise à recouper la singularité de plusieurs discours autour d'un thème commun. Les auteurs précisent que : « *l'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre se réfère au même thème* »[565]. Elle cherche une cohérence pour produire du sens et s'intéresse davantage non pas aux « pourquoi » mais aux processus et aux « comment »[566].

Ces approches nous permettront, par certains aspects techniques, d'organiser une partie de notre analyse sans pour autant nous y inscrire complètement. L'analyse des entretiens avec les professionnels, qui s'inspire en effet d'un ancrage clinique et théorique en partie déjà discuté, permettra de préciser et d'illustrer concrètement le propos de cette thèse. De plus, la partie relative à l'exploration des données biographiques prendra la forme d'une analyse clinique (démarche que nous avons longuement discutée dans le chapitre IV). Cette approche permettra l'analyse de récits de vie à travers une démarche de co-investissement dialectique.

Ce travail rejoint par ailleurs certaines préoccupations de l'École de Chicago (1915-1940) marquées par : « *l'insistance des chercheurs à produire des connaissances utiles au règlement des problèmes sociaux concrets* »[567] et par le développement de méthodes qualitatives donnant accès à la singularité des expériences vécues et aux points de vue des acteurs (comme il en est question par exemple dans les études menées au moment des migrations européennes post-première guerre mondiale vers les États-Unis : avec notamment W. Thomas & F. Znaniecki). A. Coulon précise que : « *le but de l'emploi de ces méthodes est d'élucider les significations que les acteurs eux-mêmes mettent en œuvre pour construire leur monde social. […] C'est à travers le sens qu'ils assignent aux objets, aux individus, aux symboles qui les entourent, qu'ils fabriquent leur monde social* »[568]. Notre méthodologie de recherche, en grande partie clinique, ainsi que nos objets de recherche, qu'il s'agisse de l'addiction, du travail social, de la déviance ou encore de l'exclusion, semblent en effet rejoindre les préoccupations empiriques et méthodologiques de l'École de Chicago.

Nous allons maintenant décliner la manière dont nous allons procéder pour appréhender

564*Ibid*, p. 6-8.
565Blanchet, A. & Gotman, A. (2007 [1992]). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, p. 96.
566*Ibid*, p. 37.
567Coulon, A. (2018 [1992]). *L'École de Chicago*. Paris : Presses universitaires de France, p. 3.
568*Ibid*, p. 16.

qualitativement chacune de nos hypothèses de recherche tout en décrivant plus précisément notre panel.

VII.1. Trajectoires biographiques et processus émancipatoires en addictologie

1° L'aliénation, en addictologie, n'apparaît pas uniquement comme une conséquence de l'usage délétère de substances psychoactives, elle en est la condition. Ainsi, de manière paradoxale, cet usage est subjectivement perçu comme un outil d'émancipation en lien avec la spécificité de la trajectoire biographique des usagers.

Notre objectif consiste à dégager des éléments de réponse à travers un dispositif de recherche basé sur le recueil de données biographiques auprès d'usagers de substances psychoactives. Nous postulons en effet que l'introduction de méthodes d'accompagnement favorisant la réflexivité biographique peut permettre une meilleure compréhension des articulations dialectiques entre aliénation et émancipation en addictologie. Ce dispositif s'appuie sur la mise en place d'un espace de réflexivité au sein de plusieurs CSAPA permettant aux participants de porter un regard sur les multiples registres de leur histoire ainsi que sur les conditions et significations de leur rapport à l'objet toxicomanogène. L'objectif de ce dispositif vise à permettre non seulement l'exploration du parcours socio-historique des participants mais également la possibilité de métacommuniquer avec ces derniers sur les paradoxes du couple aliénation-émancipation. Par le biais des supports biographiques utilisés (généalogies, trajectoires socio-idéologiques et entretiens biographiques approfondis), notre objectif est avant tout de partir, à la suite de C. Niewiadomski, « à la recherche d'un espace de construction de sens » avec les personnes accompagnées. Nous convoquerons conjointement la sociologie clinique chère à V. de Gaulejac et la clinique narrative et éducative chère à C. Niewiadomski.

Nous tenterons d'identifier des régimes de significations spécifiques. Ces derniers pourront aller de l'identification d'une représentation aliénante du contexte de vie de l'usager que seules les consommations pourraient potentiellement compenser, à un empêchement de l'émancipation du fait des consommations et des cercles vicieux qui les accompagnent. C'est un travail d'interprétation centré sur la formulation d'hypothèses conjointes (participant(s)/chercheur) permettant de dégager des tendances plutôt que des vérités absolues.

Pour notre part, à la suite de M. Legrand, nous postulons donc une distinction fondamentale entre cause et raison d'une conduite de dépendance[569]. Cette distinction nous permettra de développer une grille de lecture permettant d'opérer une différenciation entre « je consomme pour » et « je consomme parce que » à partir des différents registres existentiels évoqués par les participants.

Dans la première dimension : « je consomme pour », il nous semble que la subjectivation autour du processus de consommation pour survivre à des difficultés existentielles apparaît comme étant plus affirmée. Il est question d'un homme-sujet. En effet, la recherche d'une forme de liberté et d'émancipation gagne en cohérence dans cette dimension plutôt que dans la seconde : « je consomme parce que », où un principe de fatalité exclue sans doute davantage la réflexivité, venant ainsi freiner « l'advenue du sujet à lui-même ». La démarche se heurtera très certainement à une complexité sur ce point précis, complexité qui sera matérialisée par des frontières a priori très poreuses entre la cause et la raison.

Pour nous aiguiller, nous nous appuyons également, à la suite de C. Niewiadomski, sur l'approche proposée par G. de Villers qu'il soumet au narrateur afin d'interpréter son propre récit : « *Nous proposons au narrateur quelques moyens d'organisation du matériau brut de son récit : ordonnancement chronologique ; distinction entre les éléments de faits et les représentations, afin d'en dégager les similitudes et dissimilitudes ; et enfin l'analyse des situations et des représentations du vécu subjectif en vue d'y lire ce qui s'y dessine comme intention, aspiration, désir, ou au contraire, comme expression d'un regret, d'un manque ou d'une frustration. La mise en relation de ces éléments, le repérage de leur insistance, par leur répétition, par exemple, révèle une direction de sens, un projet fondamental ou, à tout le moins, une énigme suffisamment stimulante pour mettre le sujet en route vers la réalisation de tel ou tel projet. Ainsi, l'interprétation est moins l'explication du "pourquoi le sujet narrateur en est arrivé là où il en est ?" Que l'ouverture d'une direction de sens que sa propre analyse du récit lui aura permis de découvrir* »[570]. C'est cette direction de sens, parfois sinueuse, qui permettra de guider l'analyse des récits de vie.

Par ailleurs, il apparaît que le recours à l'approche biographique, en faisant appel à une herméneutique instaurative plus que causaliste, recèle des potentialités de contournement des difficultés interprétatives liées aux paradoxes de l'addiction. La perspective compréhensive favorise en effet une production de sens plurielle pour chacun des acteurs impliqués et évite l'écueil qui

569Legrand, M. (1998). Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique, *op. cit.*

570Villers (de), G. (1996). L'approche biographique au carrefour de la formation des adultes, de la recherche et de l'intervention. Le récit de vie comme approche de recherche-formation. In D. Desmarais et J.-M. Pilon (dir.). *Pratiques des histoires de vie. Au carrefour de la formation, de la recherche et de l'intervention*. Paris : L'Harmattan, p. 117.

consisterait à chercher à tout prix, tel « l'archéologue », une explication au problème posé par le biais d'un système de causalité. C. Niewiadomski rapporte que : « *cette démarche d'interprétation du sens est destinée à favoriser la prise en main par les participants de leur existence singulière et de leur pouvoir sur celle-ci, via un travail de co-interprétation dialectique*[571]*. […] L'essentiel nous paraît résider dans ce que ce travail permet de mettre en route en termes de questionnement, celui-ci restant par essence inachevé car référé à l'existence même des participants. Dans le cadre du travail d'histoire de vie avec les personnes alcooliques, ce sont bien ces questions – les "énigmes" émergentes évoquées par Guy de Villers – qui seront susceptibles de mobiliser suffisamment le désir des patients en vue de la conquête d'un projet personnel jamais réductible à la seule dimension de l'abstinence* »[572].

Le dispositif global de soins en addictologie est par ailleurs interrogé dans ses fondements paradigmatiques. L'ouverture d'un espace proposant aux participants de s'inscrire dans une démarche de recherche personnelle sur la question du sens du recours permettra de valoriser le vécu subjectif et sans doute d'éviter la logique parfois descendante du soin renvoyant à la figure du malade attendant qu'on le soigne. Plus qu'un usager dépendant, le participant peut devenir ici un sujet en formation capable de rationalité, rassemblant et modelant des parties de soi, et même un « co-élaborateur » d'une démarche de recherche heuristique. V. de Gaulejac précise à ce propos que : « *le sujet n'est pas ici conçu du côté de la maîtrise, consciente et volontaire, mais du côté de la recherche, jamais accomplie, d'une posture, d'une co-construction* (avec l'interlocuteur)*, d'un projet. Le "je" se cherche et il cherche à advenir comme sujet en se cherchant lui-même* »[573].

Nous avons ciblé en particulier des usagers de CSAPA avec hébergement (collectif ou individuel) inscrits dans une démarche de soins relativement stable. En outre, notre implication professionnelle sur le terrain nous permettra dans certains cas d'apporter des éléments de contexte et d'analyse supplémentaires.

571Inspiré, comme nous l'avons déjà vu, du modèle dialectique de co-investissement proposé par G. Pineau comme manière de travailler un matériau biographique où : « *le sens qui est susceptible de suivre le travail d'interprétation de l'énoncé s'élabore dans une dynamique relationnelle créée entre le narrateur et le narrataire. Le sens produit n'est pas ici réductible à la conscience qu'en ont l'un ou l'autre des protagonistes. Chacun, du fait de sa position particulière, en possède une partie, et c'est un travail de "l'entre-deux" de la relation qui permettra l'émergence de sens* » (Niewiadomski, 2000, p. 226).

572Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit.*, p. 244.

573Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*, p. 102.

Neuf récits biographiques ont été réalisés entre 2021 et 2022 avec neuf usagers volontaires, soit consommateurs actifs, soit en période d'abstinence. Le panel comprend cinq récits biographiques séparés et un groupe de réflexion biographique avec quatre usagers :

- 4 usagers, dont une femme et trois hommes, accompagnés en service d'appartements thérapeutiques (CSAPA avec hébergement individuel). Deux s'inscrivant dans une démarche de régulation de leurs consommations et deux s'inscrivant dans une démarche d'abstinence.

- 1 usager accompagné en service de soins ambulatoires (CSAPA sans hébergement avec suivi sur rendez-vous).

- 4 usagers (5 au départ, un usager a abandonné le dispositif au début du travail), dont une femme et trois hommes, accompagnés en centre thérapeutique résidentiel (CSAPA avec hébergement collectif aussi appelé postcure) constituant le groupe de réflexion biographique.

En outre, nous avons proposé trois étapes à chaque participant en vue de la construction de leur histoire de vie :

1) Un entretien préalable permettant d'expliquer les modalités et contours du dispositif proposé et permettant d'établir et d'assurer les conditions nécessaires à la réalisation d'un travail sur le sens pour chacun des participants. Pour les usagers du groupe de réflexion biographique et pour l'usager du service de soins ambulatoires, cet entretien a permis également l'expression d'une première énonciation du récit de vie et plus précisément du récit de soins. Pour les quatre autres, nous nous sommes appuyés sur la connaissance clinique que nous avions déjà d'eux et sur les courriers de sollicitation qu'ils avaient rédigés, quelques mois auparavant, pour pouvoir accéder à la structure. Des courriers qui reprennent souvent le parcours antérieur de soins et le projet.

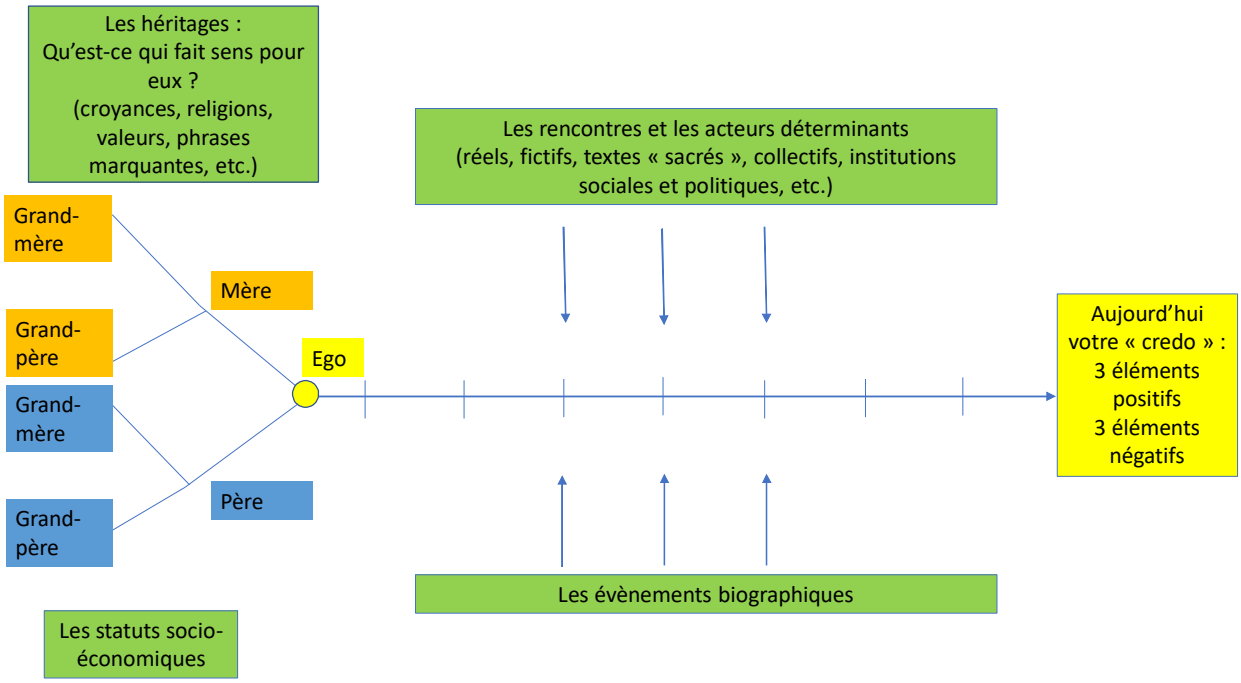
2) Un second entretien qui s'appuie sur le dessin de la généalogie et de la trajectoire existentielle, sociale et idéologique du participant en partant de la génération des grands-parents (voir schéma ci-dessous) : le récit de vie proprement dit. Avec une phase écrite de création chronologique de la ligne de vie, une phase de restitution orale (en groupe le cas échéant) et une première phase d'analyse conjointe à l'appui d'hypothèses permettant de préserver le participant. Autrement dit de ne pas l'enfermer dans certaines interprétations pour conserver la dimension de l'énigme.

Nous nous appuyons notamment ici sur certaines méthodologies des Groupes d'implication et de

recherche (GIR) proposées par la Réseau international de sociologie clinique (RISC). Ces méthodologies font référence à l'analyse du roman familial mais aussi de la trajectoire sociale et idéologique du participant (entre histoire familiale et histoire personnelle, entre constitution de soi comme sujet et stratégies d'insertion sociale, entre identité personnelle et identité sociale), à l'analyse de la constitution de son système de valeurs et son évolution dans le temps (entre ruptures et continuités, entre héritages et actualisations), à l'analyse de son rapport à l'idéalité (tensions entre l'idéal et la réalité), à l'exploration des noyaux durs de son éthique personnelle (les « obstinations durables » souvent transmises entre générations) en rapport avec des situations vécues et des contextes socio-historiques, etc.

3) Un entretien biographique conclusif, après une période de « latence » (entre une semaine et trois mois environ), permettant un nouveau retour réflexif conjoint (avec le groupe le cas échéant) et l'ajout d'éléments significatifs mûris dans l'entre-deux.

Schéma 3 : Dessin de la ligne de vie : généalogie et trajectoire socio-idéologique



Dans cette thèse, nous nous sommes concentrés sur l'exploration des quatre récits réalisés en individuel au sein du service d'appartements thérapeutiques. Plusieurs raisons expliquent ce choix.

Tout d'abord, ce sont les histoires les plus approfondies au regard des éléments fournis, de la co-interprétation et de notre hypothèse de recherche. Le temps imparti était relativement plus souple et

la relation de face à face à faciliter le processus interlocutoire. À l'inverse, le groupe de réflexion biographique, peut-être plus technique, n'a pas permis une exploration aussi approfondie. Les participants se sont investis dans l'exercice mais par des récits beaucoup plus courts et freinés, pour certains, par la présence d'autrui, notamment dans la démarche de co-interprétation.

De plus, les personnes investies dans les entretiens individuels présentaient une plus grande facilité réflexive face à leur histoire avec des ancrages théoriques et conceptuels plus riches. Ainsi, des disparités du point de vue du capital biographique étaient observables entre les participants du groupe de réflexion et les autres. À ce propos, après l'énoncé des consignes par exemple liées au dessin de la ligne de vie, les participants du groupe ont présenté certaines lacunes. La dimension chronologique n'avait pas été comprise et presque tous ont dessiné une ligne de vie (présentée en introduction) sans intégrer les repères temporels et les dates qui permettent de dresser un état des lieux global et visuel du parcours. La plupart des participants ont simplement inscrit quelques éléments importants de leur histoire en-dessous ou au-dessus de la ligne de vie. Ce qui n'a pas été le cas avec les autres. En outre, si les récits réalisés en groupe dévoilent des éléments intéressants, peu d'effets de résonance entre les histoires des uns et des autres ont été débattus par les participants du groupe.

Enfin, les participants ayant réalisé le travail en individuel se trouvaient dans un contexte psychique peut-être plus stable. Les participants du groupe de réflexion, plus récemment arrivés dans la structure, semblaient globalement encore fragiles face à leurs addictions et à leurs traitements médicamenteux. D'ailleurs, un cinquième participant s'était endormi dès le début du travail et a donc rapidement été écarté du dispositif.

Pour ce qui est de l'usager rencontré en CSAPA ambulatoire présentant une addiction aux jeux d'argent et dans une moindre mesure à la cocaïne, le récit dévoile des éléments tout à fait intéressants au regard des enjeux de la condition sociale de l'individu contemporain. Toutefois, la spécificité de l'addiction aux jeux d'argent et son ancrage théorique peu exploré dans cette thèse nous conduisent finalement à préférer une utilisation de ces données pour des travaux futurs.

Les quatre histoires de vie conséquentes, réalisées en individuel au sein du service d'appartements thérapeutiques avec Anthony, Samuel, Charles et Rose, regroupent des profils, des trajectoires et des projets de soins très larges qui permettent de répondre aux enjeux de notre hypothèse. Elles permettent également de rendre compte de certains enjeux d'appropriation liés à l'évolution de l'expérience biographique des participants.

Pour chaque situation relatée dans cette thèse nous nous emploierons à présenter :

- Le récit de vie de l'usager ;
- La co-interprétation de ce récit au moment de l'enquête donnant lieu à l'identification de régimes de significations au regard de l'addiction et à l'émergence d'énigmes individuelles ;
- L'analyse construite a posteriori pour les besoins d'approfondissement de la recherche.

VII.2. Accompagnement et zones d'inconfort

2° Compte tenu de la complexité biographique des problématiques addictives et des modèles épistémologiques dominants, les professionnels sont conduits à exercer dans des zones d'inconfort qui bousculent l'objectif d'intégration et/ou d'émancipation sociale du travail éducatif en addictologie.

Posons l'idée selon laquelle le professionnel, en addictologie, a pour objectif d'accompagner la personne dans sa dynamique de changement. Or, tout en essayant de maintenir un équilibre entre le cadre normatif de la société et la nécessité, pour certaines personnes, de s'en émanciper, le professionnel fait face à des situations contradictoires d'accompagnement. En effet, l'accompagnement socio-éducatif en addictologie oscille entre d'un côté, une volonté professionnelle d'intégration sociale[574] des usagers, héritée d'un cadre éducatif et biomédical normatif ; et d'un autre côté, une volonté professionnelle de permettre à la personne accompagnée de s'émanciper d'un contexte qui ne lui permet pas de se réaliser, en choisissant ses propres contraintes et cadres de référence[575].

Dans ce contexte, la complexité biographique des parcours de dépendance ainsi que l'intrication du biologique, du psychologique et du social déstabilisent légitimement les professionnels et notamment les travailleurs sociaux, bien souvent au cœur de l'action et de ce que P. Fustier appelle les « corridors du quotidien ». *« Nous proposons donc de définir le "corridor du quotidien" comme un temps qui se prolonge (donnant sens à l'accompagnement), et comme un espace qui évoque un milieu de vie à peu près "naturel" ; à l'intérieur de cet espace-temps se nouent des relations complexes, parfois dramatiques, parfois banalisées »*[576].

574L'intégration sociale fait référence ici à l'insertion sociale (travail, logement, etc.) mais également à l'idée de l'appartenance à une société, entendue dans son sens large, qui prescrit globalement les normes en matière de santé et de consommations.

575Autès, M. (1999). *Les paradoxes du travail social*. Paris : Dunod.

576Fustier, P. (2008). *Les corridors du quotidien.* Paris : Dunod, p. 2.

Conséquemment, les conduites addictives, d'autant plus lorsqu'elles sont associées à une grande précarité, mènent souvent les professionnels du champ de l'addictologie à construire des espaces d'accompagnement visant l'intégration sociale (travail, formation, accès aux droits sociaux et médicaux, logement, vie de famille, activités sociales conventionnelles, etc.). Or, on s'aperçoit que cet objectif vient parfois contredire le diagnostic de l'addiction mettant en exergue un besoin de s'émanciper d'un contexte social normatif et aliénant[577]. À l'inverse, certains accompagnements alternatifs et contre-intuitifs en matière d'intégration (RdR et ce que nous appelons la régulation des consommations) s'inscrivent toujours dans une réalité légale paradoxale[578] qui insécurise les professionnels et limite leur créativité éducative.

La loi, certaines logiques institutionnelles (hospitalières et médico-sociales), ainsi que certains conflits axiologiques et praxéologiques ne permettent pas toujours d'offrir à tous la possibilité d'un accompagnement réellement singulier et cohérent au regard des trajectoires individuelles. Les seuils d'exigence d'accès aux soins selon les groupes de professionnels et selon les dispositifs varient et échouent parfois à se coordonner.

Schématiquement, tout se passe comme si, pour certaines situations, les professionnels avaient un choix à faire :

- entre d'un côté, sécurité des pratiques professionnelles et accompagnement vers un projet social conventionnel qui impose l'abstinence en raison d'une incapacité à se maîtriser (logique d'intégration sociale) ;
- et de l'autre côté, insécurité des pratiques professionnelles et accompagnement vers un projet singulier, éprouvé et choisi par la personne accompagnée qui s'émancipe de la logique normative de l'abstinence systématique et des principes de santé publique (logique d'émancipation sociale).

Toutes ces situations et les querelles idéologiques qu'elles entraînent dans les équipes freinent parfois l'action et provoquent des situations de travail inconfortables pour les uns comme pour les autres. D'une part, l'inadéquation de certaines pratiques alternatives avec les normes et valeurs individuelles ou collectives (équipes de professionnels, institutions, société) entraîne de l'inconfort chez les tenants du paradigme biomédical et abstinentiel. D'autre part, la non-congruence du projet

577Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *op. cit.* ;
Dutilleul, B. (2020). Trajectoire biographique et processus émancipatoires en addictologie, *op. cit.*

578Malgré la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français qui appuie les pratiques de RdR, les développe et leur donne une légitimité thérapeutique égale aux pratiques abstinentielles, des paradoxes subsistent : entre obligation d'un développement de la RdR dans le soin et absence d'un cadre d'application précis ou entre autorisation de superviser les consommations, interdiction de participer activement à la pratique et interdit légal de circulation des produits considérés comme stupéfiants.

proposé à certaines personnes force certains acteurs de l'accompagnement à pousser les limites du cadre légal et institutionnel afin de retrouver une congruence. Ce cadre potentialise l'insécurité des professionnels au regard de certaines pratiques éducatives intégrant les consommations, notamment dans le champ de la RdR et des pratiques alternatives à l'abstinence. Des pratiques qui semblent pourtant essentielles à l'accompagnement vers un mieux-être et vers une libération de la parole. À ce propos, le paradoxe de la sanction ou de la fin d'accompagnement qui consiste à sanctionner voire à arrêter un accompagnement pour la même raison qu'il a commencé (à savoir la consommation de substances psychoactives) bloque encore la parole et l'accompagnement. Pourquoi alors, les personnes accompagnées exprimeraient-elles la réalité de leur vécu, de leurs difficultés et surtout de leurs (re)consommations, en particulier quand elles ont lieu au sein même de la structure, si elles risquent leur place en les évoquant ? Pourtant, c'est une réalité paradoxale à laquelle sont souvent confrontés les personnes accompagnées et les équipes de professionnels.

Il nous importe ici de comprendre comment les paradoxes et la complexité de l'addiction sont vécus et appréhendés par les professionnels au regard de la dialectique éducative intégration-émancipation (deux dimensions fortes du travail social) ; et surtout de comprendre comment ils peuvent venir bousculer l'éthique personnelle et professionnelle de ces derniers. La mise en lumière de ces zones d'inconfort semble pouvoir s'opérer à travers la mise en place d'entretiens approfondis avec des travailleurs sociaux en CSAPA (associatif et hospitalier, avec ou sans hébergement) ainsi qu'à travers la construction d'une analyse croisant les réponses des professionnels interrogés et notre implication clinique d'une petite dizaine d'années sur le terrain.

Pour ce faire, nous avons réalisé onze entretiens. Deux d'entre-eux ont surtout permis d'établir, mais aussi de restreindre pour faciliter le processus interlocutoire, notre grille de questions thématiques. Le guide thématique permet : « *d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé et un discours répondant aux questions de la recherche* »[579]. Les neuf autres (réalisés entre 2020 et 2021), dont il sera question dans l'analyse, ont suivi une logique d'entretien commune offrant la possibilité de les comparer (guide en annexe).

Six femmes et trois hommes composent notre panel de professionnels. Tous sont travailleurs sociaux (éducateur ou assistant de service social) et exercent en CSAPA avec ou sans hébergement. En tout, trois institutions sont représentées et huit structures différentes. Par ailleurs, nous avons sélectionné trois groupes de professionnels par souci de diversité :

- Des professionnels avec plus ou moins dix-huit ans d'expérience minimum correspondant à l'émergence de la loi 2002-2 et de la RdR en France :

579Blanchet, A. & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien, op. cit.,* p. 62.

1) Myriam, éducatrice – CSAPA ambulatoire
2) Cécile, assistante de service social – CSAPA ambulatoire
3) Anne, éducatrice – CSAPA ambulatoire
4) Hélène, éducatrice – CSAPA ambulatoire

- Des professionnels avec plus ou moins sept ans d'expérience correspondant, au moment de l'enquête, à notre propre ancienneté :

5) Guillaume : éducateur – CSAPA avec hébergement
6) Simon : éducateur – CSAPA avec hébergement
7) Marine : éducatrice – CSAPA avec hébergement

- Et enfin, des professionnels avec plus ou moins un an d'expérience assimilés à des jeunes professionnels :

8) Louise : assistante de service social – CSAPA ambulatoire et service de sevrage
9) Julien : éducateur – CSAPA ambulatoire

Une analyse illustrative et descriptive précisant les aspects théoriques et cliniques évoqués dans cette thèse nous a permis de regrouper plusieurs ensembles d'éléments répondant à notre hypothèse. Le découpage s'organisera autour de trois thématiques. Tout d'abord, une analyse des enjeux institutionnels, ensuite une analyse liée au cadre légal et social et enfin une analyse des logiques individuelles d'action.

CHAPITRE VIII. Histoires de vie et construction de sens

Dans ce chapitre nous présenterons quatre histoires de vie. Le résultat final met en exergue le récit singulier de chaque participant, la co-interprétation de ce récit (entre narrateur et narrataire) et l'analyse construite a posteriori pour les besoins de la recherche. Les récits s'articulent autour de l'addiction mais plus largement autour des enjeux familiaux, sociaux et existentiels du parcours biographique. La démarche vise une construction de sens qui dépasse les seuls enjeux du recours à l'une ou l'autre substance. Elle permet de déplacer le regard sur l'entièreté d'une histoire qui explore les fondements de la construction de soi et les impasses que les individus traversent. Comme le rappelle V. de Gaulejac : « *l'impasse, selon la définition de Sami Ali (1989), est une situation dans laquelle le sujet est confronté à un ensemble de contradictions "non dialectisables" entre des termes qui se présentent comme des alternatives absolues. Le sujet ne voit pas d'issue. […] L'individu ne peut vivre comme il est parce que c'est insupportable et dangereux. Il ne peut vivre autrement parce qu'il se sent "coincé". Et il ne peut non plus s'imaginer vivre autrement* »[580].

À la suite de M. Legrand et R. Lefebvre[581], nous verrons que l'expérience biographique permet, dans une certaine mesure, le tarissement de certaines sources existentielles du mal-être et du recours nocif.

Réalisé entre 2021 et 2022, le travail s'est organisé sur deux périodes pour chaque participant :

- Dessin de la ligne de vie et première énonciation orale du récit de vie.
- Entretien d'approfondissement (1 mois après la première énonciation pour Anthony, 2 mois après pour Samuel, 3 mois après pour Charles et 4 mois après pour Rose[582]) au cours duquel nous leur avons également fait relire le courrier de sollicitation qu'ils avaient envoyé pour accéder à la structure.

Les quatre participants sont accompagnés au sein d'un CSAPA avec hébergement individuel. Ils bénéficient d'un appartement thérapeutique autonome et d'un accompagnement individualisé approfondi. Le dispositif dispose donc d'appartements diffus mais aussi d'un lieu d'accueil où exercent les professionnels. Ce lieu est composé d'espaces collectifs et de plusieurs bureaux permettant le suivi individualisé. Au moment du travail biographique nous intervenions nous-mêmes dans la structure en tant qu'éducateur spécialisé mais n'étions pas référents des situations

580Gaulejac (de), V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer, p. 247-248 et 256.

581Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme, *op. cit.*

582Ces temporalités différentes sont le simple fruit de la disponibilité des participants. Nous voulions qu'il y ait a minima quelques semaines d'écart entre la première énonciation et le second entretien pour permettre un temps de réflexion et de cheminement personnel.

présentées. Nos rencontres se cantonnaient aux espaces collectifs informels.

VIII.1. Anthony : La recherche d'une philosophie de vie

Anthony est en démarche de soins depuis environ deux ans. Il est passé par deux CSAPA avec hébergement collectif avant son arrivée dans le Nord. Il souhaite alors accéder à un CSAPA avec hébergement autonome. Son courrier de sollicitation pour accéder à la structure relate un projet d'abstinence au regard de ses difficultés passées et en particulier une incarcération marquante pour lui. Néanmoins, après avoir obtenu une réponse institutionnelle positive, il exprime rapidement une envie de s'inscrire dans une tentative de régulation de ses consommations. L'entretien se déroule en face à face dans un bureau de la structure. Après avoir dessiné de manière autonome le dessin de sa ligne de vie il en fait une restitution orale dont nous présentons ci-après les grandes lignes.

VIII.1.1. Récit de vie

Anthony est âgé d'une trentaine d'années. Il est polyconsommateur (amphétamines, cocaïne, héroïne, etc.) depuis une petite dizaine d'années et présente la particularité d'utiliser plusieurs modes de consommation, dont l'injection intraveineuse et la pratique du « sniff ». Un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est validé pendant son séjour, ce qui lui permettra d'accéder à un traitement spécialisé, le méthylphénidate. Cette molécule est un stimulant qui agit sur le système nerveux central et qui présente des similitudes avec l'action de certaines amphétamines.

Anthony vient d'une famille d'ouvriers et de paysans qu'il décrit comme étant traditionnelle avec un héritage communiste du côté de ses grands-parents maternels et un héritage gaulliste du côté de ses grands-parents paternels. Une maxime revient dès le début de son récit : « bien vivre et ne pas s'en faire » que sa mère a intégré dès son plus jeune âge et qu'elle perpétue auprès de sa propre famille. Anthony précise que cette maxime est toujours affichée au-dessus de la cuisine, gravée sur un morceau de bois :

> Mes parents voulaient absolument que ce soit mon slogan a moi aussi mais ça s’est révélé être complètement autre chose. Mes angoisses et les problèmes que j’ai eu dans ma vie après... c’est comme si j’avais failli. Quand je revois cette image c’est comme si je n’avais pas réussi à devenir ça. […] J’ai l’impression que cette insouciance, on me l’a vachement collée dessus et que ça n’a pas

fonctionné.

Ses parents, tous deux agriculteurs, vivent dans un secteur rural du centre-est de la France et ont à cœur le souci de l'hospitalité, du terroir, du bien-être et de la convivialité :

> Mes parents sont assez fiers du fait de fabriquer de la bonne nourriture. De représenter un peu un terroir et de représenter un mode de vie, une forme de vie un peu comme ça qui est très liée à la ruralité, à la paysannerie.

Ils invitent souvent des amis à la maison. Sa mère est décrite comme étant une personne qui matérialise cette convivialité et qui s'occupe de l'intendance pendant que son père travaille dur aux activités inhérentes au bon fonctionnement de la ferme. Anthony fait état d'une orientation politique plutôt droitiste et traditionnelle de la part de ses parents nés dans les années 1950 et 1960 :

> Mon père ça se sent dans ses revendications. Ma mère elle… il y a vraiment une assise patriarcale dans ma famille et… ma mère suit mon père. C'est ma mère qui met la table, qui débarrasse la table, qui sert mon père à table […] et mon père a un très gros siège pour se poser alors que toutes les autres chaises de la maison sont toutes plus petites. […] Il y a plein de signes comme ça qui font que c'est mon père qui décide des choses. Enfin, il y a quelque chose de très traditionnel.

Toutefois, Anthony précise que ses parents se rapportent davantage à une droite populaire qui n'est pas forcément conservatrice. Il évoque l'acquisition progressive d'un statut social différent qui s'apparente finalement à ce qu'il appelle la petite bourgeoisie. Ce statut est notamment lié à certaines opérations immobilières fructueuses de la part du père à qui il prête une habileté pour « le business ». Néanmoins, une branche de la famille du côté de son père semble appartenir à la haute bourgeoisie ce qui amène des tensions diverses du fait du capital foncier plus récemment acquis. Le père doit se battre pour poursuivre ses affaires. Il entrera d'ailleurs en procès avec sa famille pour des raisons qui ne seront pas décrites par Anthony. Le sujet semble être un objet de discussion sensible pour le père qui peut se mettre en colère à son évocation. Une dichotomie paraît se dessiner entre d'un côté les membres de la famille d'Anthony, lesquels ont dû se battre à la sueur de leur front pour y arriver et une autre partie de la famille qui semble gênée par leur mobilité sociale tardive.
Anthony a également une sœur plus âgée que lui, née prématurément. Il dresse le portrait d'une personne, elle aussi, angoissée et facilement dépassée par ses émotions au sein d'une structure familiale qui laisse peu de place à l'expression des affects. Selon Anthony, le père présente une difficulté patente à créer des : « espaces de négociation des affects dans la famille ».

Dans son récit, Anthony aborde un événement marquant dont il se souvient peu, mais qui semble alimenter une fragilité identitaire ressentie. En effet, il est touché par la tuberculose à l'âge d'un an. La famille accueille régulièrement des jeunes présentant des difficultés de comportement issus de

pays étrangers qui viennent, par le biais d'une association, travailler à la ferme. Un jeune avec qui il jouait l'aurait semble-t-il contaminé. D'après lui, cet événement joue sur son « rapport au monde » :

> Peut-être que ça a créé des lésions ou ça a créé des choses un peu bizarres dans ma tête... et que ça a créé de la particularité ou je n'en sais rien. Mais c'est quand même assez marquant de choper la tuberculose. Je dormais tout le temps apparemment. J'étais hyper faible.

Il explique que ses parents ont certainement eu des difficultés à ce moment-là à gérer en même temps ses soucis de santé avec des radiographies régulières des poumons, ceux de sa sœur qui se nourrissait peu et les tâches afférentes à la ferme.

Jusqu'à huit ans il est heureux dans la ferme et semble apprécier les plaisirs qu'apportent le contact des animaux, de la nature et de la terre. Néanmoins, à huit ans, un « point de bascule » qu'il a encore du mal à comprendre est identifié :

> C'est des trucs qui reviennent dans des rêves mais je n'arrive pas à mettre de mots dessus du coup je ne sais pas ce que c'est exactement. C'est un truc violent, un truc que j'arrive pas à expliquer. […] Je pense que c'est un traumatisme qui en tous cas a modifié profondément la constitution de ce que je suis et de ce que je deviendrai.

Il se sent alors moins bien au sein de la ferme et à l'âge de douze ans environ, des conflits importants apparaissent entre lui et son père. Il dépeint un père très dur qui le poussait à travailler tout le temps à ferme, même pendant les périodes de vacances. Le repas du soir devait se gagner pour chaque membre de la famille : « et si tu ne mangeais pas le gras de ton poulet tu étais un bourgeois ». Par ailleurs, le père est exigeant vis-à-vis de ses résultats scolaires qui ne semblent pas le satisfaire. Il le pousse à travailleur dur à la ferme et à l'école :

> Moi je n'aimais pas bosser le samedi, le dimanche... les mercredis après-midi aussi des fois. Ou même pendant mes vacances scolaires... je n'avais rien le droit de faire. Et puis en plus quand tu bossais avec lui il était horrible, il hurlait... il tapait. […] Il était à un endroit, il fallait que tu coures, et puis si tu le suivais pas tu t'en prenais une. Enfin il était horrible.
>
> Après quand tu es agriculteur c'est normal d'aider tes parents mais je voyais dans les familles d'à côté que ça ne se passait pas comme ça. Avec nous c'était horrible, c'était vraiment hyper violent.
>
> Moi il m'a déjà massacré une fois parce qu'à quatorze ans j'avais pas coupé assez de maïs. Du coup en revenant du maïs il attendait… il pouvait plus me courir après parce que je courrais plus vite que lui mais il m'a attrapé et il m'a défoncé.

Pendant son récit, il associe ces événements à l'émergence d'un mal-être. Il explique d'ailleurs faire un certain nombre de bêtises à cette époque, notamment à l'école. Anthony a du mal à concilier la vie à la ferme et le travail à l'école, d'autant plus qu'il identifie à cette période des problèmes

d'hyperactivité.

D'autre part, il décrit un fossé qui commence à se créer entre lui et ses camarades de classe après le collège :

> Il y avait les trucs de classe (sociale) aussi franchement… les potes que j'avais… des fils et filles de bourgeois depuis le collège... quand ils sont rentrés au lycée ils ne voulaient plus nous parler. [..] Ils sont partis dans des classes préparatoires, dans des lycées... Moi j'ai pas eu ça. […] Moi, à 15 ans, je suis parti de l'école et j'ai commencé un CAP couverture, je l'ai pas fini.

Ainsi, il dit continuer à décevoir les attentes de son père qui semble dévaloriser ce qu'Anthony entreprend :

> De toute façon c'était tellement dur avec mon père qui me disait que tout ce que je faisais c'était de la merde... qu'il n'y avait rien a faire... que ce que je tentais de toute façon ce n'était pas assez bien pour lui...

Par ailleurs, un hiatus apparaît entre les exigences de son père, la fierté des parents à être agriculteurs sans pour autant vouloir y être cloisonnés et la revente d'une partie de la ferme au moment de la retraite du père : « mon père ne voulait absolument pas qu'on s'installe et que nous on devienne paysans ».

À sa majorité, il décide de quitter le foyer familial en raison de ce contexte relationnel difficile. Il part dans la grande ville proche de sa campagne et fait la rencontre de l'univers punk qui l'a par ailleurs toujours fasciné. Plus tôt dans sa jeunesse, il explique être tombé sur de la musique et des revues évoquant ce milieu qui l'intriguait beaucoup. Les interviews sur lesquelles il tombe le fascinent déjà. Il précise également en avoir échangé avec des parisiens qui venaient à la campagne pour des vacances :

> Ça me fascinait déjà depuis que j'étais gamin cette musique et tout ça. Pour moi c'était une échappatoire à la vie… à la vie à la campagne. […] C'était inaccessible, c'était très compliqué de choper de la musique, il n'y avait pas encore Internet à cette époque.

Anthony vit alors à la rue avec des punks et semble se trouver un groupe d'appartenance qui lui permet de contourner ses difficultés passées :

> Je pense que c'était assez esthétique… assez esthétique et puis ça me donnait l'impression d'exister aussi je crois. […] La culture et tout... quand on te dit que toi ce que tu veux faire c'est bouché qu'il n'y a pas d'issue, que c'est nul... que de toute façon ça ne vaut rein, que tu ne vaux rien... Je pense que le punk c'était pas mal pour moi parce qu'il y avait une espèce de dépréciation comme ça des personnes mais avec de l'auto-dérision, du cynisme... une espèce de rire nietzschéen assez corrosif,

> j'aimais bien. Ça me permettait de vivre, de supporter, de dépasser. […] De se dire qu'on n'est pas grand-chose, mais que de toute façon ce n'est pas grave parce que ce monde ne vaut pas grand-chose non plus. Je ne sais pas comment le dire.

Il commence alors à prendre de l'héroïne. Il la consomme très rapidement en intraveineuse et fait l'expérience d'une substance au caractère fortement analgésique et anxiolytique. Il expérimentera d'autres substances dont les stimulants et en particulier les amphétamines et la cocaïne qui lui permettent aussi de gérer, sans forcément bien l'identifier à ce moment, son hyperactivité. S'ensuivent alors des expériences multiples dans cet univers, entre errance, organisation de concerts, expériences sexuelles, discussions animées et prise de substances.

À vingt-quatre ans il s'intéresse de plus en plus à la philosophie et entame un cursus universitaire qu'il ne continuera pas. C'est néanmoins l'occasion pour lui de découvrir les travaux de Deleuze, de Nietzsche et d'autres philosophes. À ce moment-là :

> Il y a une espèce de transformation qui se fait où j'ai plus confiance en moi et où là je commence à faire plein de trucs… Il y a eu une espèce de reconnaissance dans ce milieu (punk et anarchiste) et moi je deviens un caméléon, je fais tout pour être reconnu là-dedans.

Il s'intègre de plus en plus au milieu punk et à l'univers des squats plutôt que de la rue. La reconnaissance d'un groupe social le marque profondément. À ce moment de son récit il évoque un séjour récent dans une ville du sud de la France où il est allé retrouver des amis de cette époque auprès de qui il ressent encore une forme de valorisation du personnage qu'il était.

Son comportement qu'il décrit comme hyperactif lui donne l'énergie d'entreprendre de nombreuses activités (voyages, organisation de concerts, etc.) en même temps. De plus, c'est une époque où il se prostitue et mêle l'environnement punk et anarchiste à un style vestimentaire « queer » (bas résilles, shorts, piercings). Il revendique un usage des drogues très libre et « intempestif » selon ses mots. Il s'affirme et n'a plus peur de la provocation ou de la conflictualité politique avec ses pairs. De plus, il ne se laisse plus faire vis-à-vis des individus qu'il croise par exemple dans la rue représentant un autre monde social peut-être plus normatif. Il est parfois moqué pour la symbolique qu'il renvoie par son style vestimentaire notamment, mais n'a plus peur du conflit.

Pour autant, une forme d'illégitimité de classe sociale le traverse à nouveau. Il ne se sent pas anarchiste comme les autres :

> Je n'étais pas un gauchiste comme les autres parce que moi je ne venais pas d'une famille d'éducateurs ou d'une famille de profs. Du coup j'avais pas le capital culturel ou politique de mes camarades.

Par ailleurs, ils s'intéressent à des philosophes qui ne s'inscrivent pas forcément dans le courant anarchiste :

> Prendre les choses par le biais de Nietzsche et par le biais d'auteurs plutôt des années 1970 et pas d'auteurs classiques comme Bakounine, Marx tout ça... en fait c'est l'anti-étendard, c'est : « ne pas se plaindre mais faire les choses ». Et il y a un truc qui est presque… qui est subversif même pour eux. Et qui est aussi une pensée un peu dangereuse qui peut tendre à droite très facilement. Donc moi j'étais clairement différent mais ça ne me dérangeait pas et puis je pense que j'aimais bien foutre la merde aussi dans ce milieu-là. Ça ne me dérangeait vraiment pas. […] Je voulais pas être un anti-fasciste gauchiste, végétarien et puis bien-pensant en fait. Je me délectais de parler de travail du sexe, de bondage, de faire des conférences avec des travailleurs du sexe qui revendiquaient le droit du travail du sexe. D'organiser des festivals où tu jetais des pochons de drogues comme ça aux gens.

Il convient néanmoins que cette époque lui a « coûté cher ». Il assume ce passé mais admet que c'est une période faite « d'artefacts » et de « masques » qui lui permettaient de « se faire une place » partout où il allait mais qui dissimulaient aussi parfois certains aspects de sa personnalité comme sa gentillesse et son côté réservé.

Aussi, il devient critique vis-à-vis des idées politiques de ses pairs :

> Ce que je reprochais à mes potes c'était aussi de se battre pour un monde qui n'existerait pas et de ne pas vouloir voir la réalité des choses comme elle était.

Il précise d'ailleurs qu'il commence à entendre des voix à la fin de cette période (de trois ans), certainement dû en partie aux effets de l'usage répété de substances mais qu'il associe également, pendant son récit, à cette conflictualité. Une conflictualité interne qui se matérialise par la construction de relations fortes et en même temps par un regard critique et peut-être pragmatique :

> Moi je pense et je continue de penser sincèrement que la sphère de la politique classique, le militantisme classique avec ses organes et tout ça ne fonctionne plus. Même si maintenant je reconnais la force de ces structures et comment elles peuvent aider... que ce soit un syndicat, que ce soit un parti ou des collectifs... je comprends tout à fait à quoi ça sert maintenant. À l'époque je ne comprenais pas parce que je n'avais pas l'héritage politique en fait pour comprendre d'où tout ça venait. Et puis surtout je ne parlais pas leur langage du coup moi j'ai créé le mien.

Anthony constate donc un décalage entre ses idées et celles de ses camarades qui le place à nouveau, comme pendant son enfance, dans une posture d'illégitimité et de conflit. Pourtant, il affirme un caractère qui lui permet de ne pas être dépassé par l'autre, dans ce cas précis par les figures qui font « autorité ». L'exploration des théories philosophiques l'entraîne vers un modèle de pensée plus critique. Il se dirige à dix-huit ans vers un univers subversif dans lequel il finit lui-même par devenir « subversif ». Anthony constate que les principes avancés par ses pairs qui sont

contre « l'enracinement », la « tradition » et la normalisation échouent parfois à se matérialiser concrètement. Anthony ne leur trouve pas toujours un écho concret et favorable.

À l'âge de 27 ans donc, il perd pied, entend des voix et son mode de vie se détériore après près d'une dizaine d'années d'expériences diverses. Il fréquente moins ses amis et s'éloigne petit à petit du milieu punk. Il revient d'ailleurs sur ce séjour récent dans une ville du sud où il constate que rien n'a changé : les mêmes soirées, les mêmes personnes, les mêmes playlists, les mêmes délires. Il décrit un côté « sordide » qui le fascinait beaucoup à l'époque mais qu'il regarde aujourd'hui de manière plus critique :

> Ils théorisent très peu mes potes. Ils sont vachement dans l'expérimentation, dans la pratique et ils posent pas de discours sur ce qu'ils font. Tu sais même pas s'ils l'élaborent en fait. Je les trouve très spontanéistes.

Pour autant, il énonce un attachement toujours fort à cette communauté auprès de laquelle il a pu exister et être reconnu. Toutefois, à partir de vingt-sept ans, il a l'impression de tourner en rond. Il fréquente l'univers punk successivement dans deux villes de France, mais l'ennui le gagne dans le sud :

> Les mêmes concerts, les mêmes gens, le même microcosme, les mêmes discours, les mêmes pratiques. Et en fait ça commence à me rendre dingue.

Ses consommations commencent à prendre beaucoup de place. Il est à dix grammes d'amphétamines par jour. Il dort très peu et gagne beaucoup d'argent par le biais du travail du sexe. Cet argent lui permet de voyager et de consommer facilement. De plus, il fait la rencontre d'une fille de qui il tombe amoureux. Il se rend alors compte de son attirance aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Il éprouve également un peu plus de difficultés à s'intégrer dans cette ville du sud de la France dans laquelle il s'est nouvellement installé et qu'il considère comme étant « verrouillée ».

Quelque temps après, il se retrouve plusieurs mois en prison du fait de son mode de vie et de ses consommations. C'est un événement qui marque un tournant : « c'est fini le monde parallèle ». Il se rend compte des limites de son rythme de vie qui pourrait bien l'amener définitivement en prison. Il saisit alors une opportunité, celle de la démarche de soins comme alternative à son mode de vie et comme possibilité de réduire une partie de sa peine.

Il fait le choix de solliciter un CSAPA avec hébergement dans l'est de la France. Il y reste plusieurs mois. Il ponctue son séjour par l'expérimentation d'une autre structure, plus atypique, dans la banlieue parisienne. Un autre CSAPA avec hébergement mais pour des séjours plus courts et très

intenses en matière de travail sur soi et de travail psychothérapeutique. Il y trouve beaucoup de sens et prend alors conscience de certains de ses fonctionnements : « ça a été vraiment le moment d'être dans ce truc positif de déconstruction-reconstruction ». Il retourne ensuite dans le premier CSAPA pour finaliser son long séjour qu'il critique beaucoup. Il trouve le fonctionnement trop cadrant. Anthony évoque un fonctionnement vertical qui le contraint à respecter un ensemble de règles dont il ne perçoit pas le sens. Il se sent infantilisé et surveillé. Anthony ressent une forme d'injection à l'abstinence et évoque des difficultés à communiquer avec les professionnels sur son vécu personnel et sur son rapport à l'usage de substances. Il sollicite alors un CSAPA avec hébergement autonome dans le Nord dans lequel nous le retrouvons aujourd'hui. Il souhaite reprendre le cours de sa vie de manière autonome.

À la fin de son récit, Anthony fait état d'une relation naissante avec une fille qu'il avait rencontré pendant la période punk. Cette dernière vit justement dans cette ville du sud de la France. Il se sent très valorisé par cette relation. Cette personne lui fait remarquer que sa métamorphose vestimentaire et que son changement d'attitude lui plaisent. Il arrive partiellement à faire la jonction entre ce qu'il était avant et ce qu'il est maintenant. Il est moins provocateur et plus calme. Il se rend compte que toute l'esthétique et l'imaginaire provocateur développés dans le cadre du milieu punk représentent seulement une partie de son identité :

> Il y a une reconnaissance de cette part de moi en tant que personne... des qualités qui me sont intrinsèques et qui me sont intérieures... qui ne sont pas juste tout ce que le milieu punk m'avait accolé dans le sens esthétique, des fringues ou d'un style de vie. […] Même si je pense que c'est ce qui me... ma métamorphose elle est toujours en cours et que je recouperai avec ce côté un peu plus rock'n'roll mais plus tard quand j'aurais réglé d'autres choses. […] En fait de me reconnecter avec le passé c'est hyper dangereux pour moi. Parce que j'ai l'impression que ça me reconnecte aussi avec la folie et que du coup j'arrive pas à savoir ce qui était vrai et pas vrai et puis que ça m'obsède (il fait notamment référence à ce séjour récent dans le sud qui a été l'occasion de reconsommer plusieurs fois de la cocaïne).

Il s'inscrit aujourd'hui dans une tentative encore fragile de régulation de ses consommations (seul ou avec d'autres ? Quels types de produits ? Quels modes de consommation ? Quelles fréquences ? Quels risques ? Quelle place ? Quel sens ?) et a aujourd'hui repris ses études de philosophie. Il s'y engage pleinement. Avec du recul il convient d'une fascination obsessionnelle, dès l'âge de quatorze ans, pour les drogues et l'envie de vivre une vie alternative : « à la Bérurier Noir ». Il associe les consommations d'héroïne à l'âge de 18 ans à l'univers punk et à la dureté de la vie à rue. Pour ce qui est des amphétamines et de la cocaïne, il les corrèle à l'envie de vivre un maximum d'expériences sans jamais s'arrêter :

> Pour être tout le temps réveillé, pour faire tout le temps plein de trucs et pour être vraiment dans un rapport au monde tout le temps. […] En fait je prends de la drogue je pense parce que ça vient remplacer, ça vient constituer mon rapport au monde et que c'est un outil, c'est une prothèse pour traverser mon existence. Et que maintenant tout ça en fait je l'ai transféré dans les bouquins. Mais de manière un peu obsessionnelle.

Anthony se questionne beaucoup sur le sens profond de cet investissement dans les études. Il associe cet engagement à la valeur travail que son père lui a transmis de manière obsessionnelle et au souhait de prendre de la distance avec le monde dans lequel il s'est construit, notamment à partir de ses vingt-quatre ans. Il ressent un besoin de construire un nouveau rapport au monde, une nouvelle philosophie de vie :

> J'ai un rapport au monde qui est peut-être pas forcement centré sur moi, mais je me sens beaucoup plus connecté à des imaginaires ou à des auteurs. Quand je marche dans la rue, je pense à des auteurs ou à des livres ou à des choses comme ça. J'ai un imaginaire assez conséquent qui me permet de vivre dedans. Mais par contre je n'arrive pas à me reconnecter avec des nouvelles personnes dans la vie de tous les jours.

Il évoque à ce propos un sentiment de solitude. En prenant de la distance avec un univers qui a façonné son identité, il se reconnecte à une autre forme de vitalité mais qu'il a du mal à socialiser. Cette perspective semble aiguiser sa réflexion sur le monde mais trouve peu d'écho dans la vie pratique du monde social, ce que contribuait par contre à lui apporter l'univers punk alternatif. À l'inverse, cet univers n'épuisait pas son besoin de réflexivité et de pragmatisme :

> Je suis en train de régler un truc que j'arrivais pas a régler justement entre le monde punk et l'absence... et la pauvreté théorique que je trouvais dans le monde punk militant anarchiste.

Néanmoins, pour la troisième fois, il ressent de l'illégitimité. Il a l'impression de ne pas être totalement à sa place à l'université. Son souhait d'appartenir à un nouveau groupe social se heurte à un sentiment défaitiste lié à sa condition sociale et à son histoire : « il y a peut-être un pour cent de chance que je puisse appartenir à ce monde-là ».

Il semble que cette situation participe de son surinvestissement. Il veut prouver aux personnes qui ne croyaient pas en lui, et se prouver à lui-même, qu'il n'est pas un « imposteur » dans ses connaissances du monde social et philosophique :

> Je me rends compte que c'est pas vrai... vu les notes que j'ai et vu la facilité que j'ai là-dedans... si je ne suis pas allé à l'école c'est parce que j'avais des problèmes sans doute de drogues et de comportements. Mais c'était sûrement pas parce que j'avais pas les capacités.

De ce fait, Anthony dit vouloir aller jusqu'au bout de ce cursus universitaire pour combler ce sentiment de manque d'estime de lui-même, alimenté selon lui par la figure paternelle et par certains

des membres de son entourage, et enfin se sentir « légitime ».

VIII.1.2. Commentaires et hypothèses

À partir du récit d'Anthony, nous souhaitons désormais proposer quelques hypothèses. Certaines d'entre elles ont été élaborées conjointement et soumises au narrateur au cours des deux phases du travail biographique. En effet, après un premier entretien centré sur le récit de vie d'Anthony, nous nous sommes retrouvés un mois plus tard pour explorer encore davantage certains éléments de son histoire. Par ailleurs, d'autres hypothèses sont le résultat d'une relecture a posteriori sans la présence du narrateur.

VIII.1.2.1. Poids des figures parentales et construction de repères contradictoires

Anthony se construit dès son enfance à travers deux figures marquantes. D'une part, la figure maternelle du « bien vivre et ne pas s'en faire » et d'autre part, la figure paternelle, violente, autoritaire et peu attentive à son potentiel.

La maxime qui le berce dès son plus jeune âge et que la famille semble perpétuer depuis la génération de ses grands-parents maternels semble résonner en lui. Anthony explique avoir échoué à incarner cette maxime du fait des angoisses existentielles qui le traversent et de son parcours semé de prises de risques. Toutefois, son implication dans le milieu punk semble finalement rejoindre certains aspects de cette maxime, mais de manière extrême. L'univers symbolique de l'anarchisme et du punk se réfère en effet à l'idée d'une vie « au jour le jour » qui prête peu d'attention au lendemain. À la fin des années 1970, une partie de la scène punk britannique revendique le slogan : « No Future », issu d'une chanson des Sex Pistols « God save the queen ». À l'époque, ce titre se réfère à l'avenir incertain des jeunes britanniques et ouvre à une idéologie cynique voire pessimiste et nihiliste de la société. À ce propos, nous évoquons avec Anthony l'hypothèse d'une appropriation personnelle de la maxime maternelle. Il précise néanmoins que ce mode de vie lui a « coûté des points de vie » tout en réaffirmant sa position de sujet face à cette histoire :

> En fait ça a aussi fait la richesse de mon parcours. Je me rends compte qu'aujourd'hui je peux me permettre de reprendre des études parce que j'ai tellement vécu de choses et de situations qui m'ont enrichi que refaire des études maintenant c'est avoir un regard sur le monde par rapport à l'endroit d'où je viens. C’est pas juste reprendre des études pour accumuler un savoir. C’est aussi reprendre des

études pour analyser mon parcours et aussi peut-être essayer d'en faire quelque chose dans le futur.

À ce sujet, il semble trouver des résonances à un échange que nous avions eu en dehors du cadre de la recherche. Nous avions évoqué avec lui le concept « d'hédonisme ascétique » qui renvoie à la philosophie d'Épicure[583]. Cette perspective ne se limite aucunement à la vie supposément « débridée » liée à l'acception populaire de l'épicurisme, elle se réfère plutôt à une orientation existentielle attentive au plaisir de l'immanence, de la matière et des atomes, par opposition à la transcendance. Il s'agit en fait d'une philosophie des plaisirs simples et de la jouissance des beautés de la vie naturelle. De la sorte, la maxime maternelle semble s'incarner pleinement dans ce registre philosophique et dans cette recherche d'équilibre qu'Anthony cherche à construire au fil de sa démarche de soins et du travail biographique.

Du côté de la figure paternelle, autoritaire et attachée au gaullisme, il retient les valeurs du labeur, de l'exigence et du pragmatisme. Il en garde une saveur amère mais qui le conduit à une forme de rigueur de la pensée telle la figure de « l'empêcheur de tourner en rond ». Au sein de l'univers punk il finit par s'ennuyer par manque de matière théorique en y observant « beaucoup de folklore » selon ses termes. Il s'intéresse à des auteurs moins directement reliés à l'idéologie communiste et anarchiste comme par exemple Nietzsche et d'autres (qu'il rattache à l'idée de : « ne pas se plaindre mais faire les choses ») pour se relier à la dimension de la contradiction intellectuelle mais aussi du sens d'un mode de vie alternatif. Il devient lui-même subversif dans un univers subversif. Il devient paradoxalement « l'outsider » d'un monde « d'outsiders »[584]. Il semble essayer de se raccrocher à ses origines paysannes, celles du terroir, de la matière et du sens concret. Il a besoin de sortir de l'utopie pour incarner davantage sa pensée encore en construction. Il oscille entre le bien commun, l'attachement à la communauté punk et une appartenance forte à un monde agricole finalement enraciné. Sa double posture « d'outsider » lui confère une forme de fragilité dans le même temps qu'une force critique. Anthony ne se laisse pas dicter sa conduite par les autres.

Il lui sera souvent reproché, au cours de sa démarche de soins, de trop intellectualiser et de ne pas assez passer à l'action. Sans doute peut-on y voir la matérialisation du hiatus entre la figure du « bien vivre et ne pas s'en faire » et celle du labeur et du sens concret de l'action. L'éducation de sa mère le renvoie symboliquement à l'univers punk, alors que l'éducation de son père le renvoie symboliquement au monde universitaire et à la recherche d'une philosophie de vie pragmatique.

Enfin, la génération d'Anthony semble également éprouver des difficultés à appréhender la perte de

583Onfray, M. (2006). *Les sagesses antiques, op. cit.*
584Becker, H.S. (1985). *Outsiders, op. cit.*

repères dû à l'effondrement des sociétés traditionnelles et de la continuité généalogique[585]. La génération des années 1980 et 1990 incarne une nouvelle ère qui reproduit peut-être moins ce que faisaient les parents, tout en éprouvant des difficultés à trouver une nouvelle place au sein de la modernité avancée[586] et de la société devenue liquide[587]. L'héritage familial des mondes ouvriers et agricoles se délite en partie. La transmission du métier et du sentiment d'appartenance de classe n'est plus systématique et aussi prégnant qu'avant, de sorte que l'avenir devient incertain pour de nombreux individus.

VIII.1.2.2. Un capital qui fait défaut

Le récit d'Anthony permet de mettre en lumière trois périodes importantes qui alimentent un sentiment d'illégitimité en raison d'un capital économique, social et culturel qui, selon lui, fait semble-t-il défaut.

Tout d'abord la vie à la ferme le confronte aux rudes réalités du travail agricole. Cette vie ainsi que certains investissements immobiliers du père permettent à la famille d'acquérir un statut social nouveau qu'il assimile à la petite bourgeoisie. Toutefois, une branche de la famille du côté paternel le ramène à des enjeux de conflits de classe entre bourgeoisie aisée et petite bourgeoisie qui obligent la famille d'Anthony à se battre pour asseoir leur statut. Les parents souhaitent en effet s'émanciper du seul statut d'agriculteur qu'ils valorisent par ailleurs :

> Ils sont traditionnels et ils sont plutôt de droite mais ils ne sont pas du tout... les gens avec qui ils ont peut-être les meilleures relations c'est un couple de mecs qui habitent au-dessus de chez eux ou alors des Serbes qui habitent à côté, ou alors des profs de Paris, de grandes écoles. Donc ils aiment bien se faire des amitiés avec des gens qui ne leur ressemblent pas, et à la fois ils savent d'où ils viennent.

La famille apprend donc à se mouvoir dans d'autres sphères sociales, parfois très différentes, mais qui semblent leur apporter une richesse sociale et culturelle. Néanmoins, cette situation participe peut-être d'une forme de désaffiliation pour Anthony car le père ne souhaite pas que ses enfants deviennent agriculteurs plus tard. Anthony cherche alors à s'échapper de ce milieu et à fuir l'enracinement :

> Je pense aussi qu'il faut un ancrage territorial. Et moi toute ma vie j'ai été un être en mouvement. J'allais à un endroit... fuir l'enracinement […] et puis j'ai été renié par cet esprit paysan. Mon père ne

585Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*
586Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique, op. cit.* ;
Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*
587Bauman, Z. (2006). *La vie liquide*, *op. cit.*

> voulait absolument pas qu'on devienne ça, donc il nous a rejeté de ce monde-là. Ma sœur, elle a réussi à s'accrocher. Elle a eu plus de force que moi. Mais du coup, d'être comme ça balloté dans les villes et dans les métropoles... il y avait un truc qui me plaisait beaucoup. De dire : « voilà, on est les rebuts de ce monde et on habite comme ça, un peu dans les flux... entre marchandises, drogues et ce qu'on peut ».

Dans ce contexte, Anthony cherche un nouveau groupe d'appartenance et une nouvelle manière d'exister dans le monde. Il rencontre le milieu punk envers qui il a toujours ressenti de la fascination. Pourtant, cette rencontre le conduira vers une nouvelle forme « d'imposture ».

Il se sent par la suite en décalage avec ses pairs. Il a l'impression de ne pas être exactement du même bord politique, de ne pas avoir les mêmes références littéraires et de ne pas avoir l'héritage social et culturel suffisant pour lui permettre de comprendre tous les enjeux de ce milieu, lui qui est fils d'agriculteur. Il finit par prendre de la distance intellectuelle avec ce monde qu'il considère comme trop peu réaliste. Cette période le perturbe, mais c'est finalement l'occasion pour Anthony de s'affirmer davantage en tant que sujet en devenir. Il veut penser par lui-même, ne pas suivre le mouvement. Il se reconnecte à sa propre normativité sociale[588] qu'il a du mal à associer à l'univers punk et anarchiste. Néanmoins, cet univers constitue un enracinement possible et un socle qu'il considère comme « constitutif de son être ». Le programme officiel et la carte du monde[589] d'Anthony permettent alors de mettre en exergue un paradoxe :

- Programme officiel d'Anthony :

« J'ai besoin d'appartenir à un nouveau groupe social ».

- Carte du monde d'Anthony :

« L'appartenance à un nouveau groupe social me renvoie à une autre forme d'enracinement dont je veux me défaire... moi qui suis un être en mouvement rejeté par mon enracinement paysan ».

Enfin, un troisième univers le confronte à une nouvelle illégitimité. À l'université il semble s'épanouir pleinement. Toutefois, il a l'impression que le parcours qu'il a traversé et que ses origines sociales ne lui permettront pas de devenir un vrai universitaire :

> Notre génération, on fait le constat qu'on nous a donné accès à des études supérieures mais qu'elles ne nous donnent accès à rien. Et qu'en fait c'est une impasse, que ce monde est une impasse, que le pluralisme en fait nous met face à des grandes contradictions et que si on va à l'université et qu'on se retrouve à bac +5, bac +8... ça servira pas à grand-chose. En fait il n'y a pas de mobilité sociale comme vous nous l'avez promis.

588Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.*
589Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas, op. cit.*

À l'image de ses parents, il doit donc fournir un effort colossal pour « y arriver », dépasser sa condition et mériter sa place (à défaut peut-être d'avoir toujours mérité ce qu'il y avait dans son assiette étant petit). Il veut prouver aux autres et à lui-même qu'il a des capacités et qu'il peut faire quelque chose de ce qu'on a fait de lui. Autrement dit, qu'il peut faire quelque chose des figures qu'on lui a, selon lui, assignées. D'abord le « bien vivre et ne pas s'en faire » et ensuite le punk anarchiste et extraverti. Il tente de déjouer les principes et codes sociaux qui le pèsent tout en éprouvant un besoin d'équilibre entre le nouveau moi qu'il construit, le besoin d'ancrage et le besoin « d'une touche de rock'n'roll » :

> Mais cet équilibre est hyper dur à trouver parce que ça veut dire s'entourer de gens pour pouvoir penser les choses et à la fois trouver des gens pour vivre des moments opportuns assez intenses. Dans un premier temps, l'idée c'était de retourner à la fac et là, maintenant que j'ai un quotidien qui est quand même assez carré et pépère, il va falloir que je me reconnecte avec quelque chose. Une petite touche d'irrationnel, de folie... une petite touche de rock'n'roll.

VIII.1.2.3. Registres existentiels du recours aux substances

Dans ce récit de vie, les consommations semblent rejoindre la perspective d'un homme-sujet qui trouve dans l'usage de substances une manière d'incarner la transgression et l'émancipation.

Anthony paraît se reconnaître dans la figure de « l'outsider ». H. Finestone avait déjà montré comment, à Chicago, certains consommateurs d'héroïne et membres d'une « bande » décrivaient un contenu positif de leur engagement dans la délinquance et la consommation de drogues (rejet du monde normatif, adoption de nouveaux codes socio-culturels, désir de « s'éclater », etc.)[590]. Anthony évoque des raisons personnellement et socialement signifiantes de son usage, en particulier des aspects contemplatifs, esthétiques, festifs et immersifs ou encore liés à une appartenance sociale et communautaire qui le fascine. Il s'intéresse d'ailleurs beaucoup aux outils de la réduction des risques et aux effets des drogues. Les échanges que nous avons eus en dehors du dispositif biographique permettent d'observer qu'il se place en expert des usages. À ce propos, Anthony réalise des actions de pair-aidance et d'auto-support qu'il aimerait développer davantage à l'avenir.

D'autre part, les motifs du recours peuvent être analysés comme une manière de s'affirmer en tant que sujet après le rejet du père et du monde paysan. Dès le départ, Anthony souffre d'une fragilité qui s'incarne d'abord dans la tuberculose puis ensuite dans un échec relatif à satisfaire aux exigences de ses parents. Il est angoissé, inquiet et ne semble pas être à la hauteur des attentes de son père, à

590Finestone, H. (1957). Cats, Kicks and Color, *op. cit.*

l'école comme à la ferme.

Par ailleurs, il se décrit rapidement comme un hyperactif. Toutefois, cette spécificité ne sera que peu prise en compte par son entourage. C'est à l'âge adulte, au moment de sa démarche de soins, qu'un diagnostic est posé. Ce diagnostic lui permet d'accéder à un traitement qu'il compare beaucoup à la prise de stimulants. En effet, l'action du méthylphénidate se rapproche de l'action pharmacologique des substances qu'il a consommé (amphétamines et cocaïne) et dans lesquelles il a certainement trouvé une occasion de réguler ses troubles, tout comme nous avons déjà pu le voir chez d'autres sur le terrain clinique. En effet, la reconnaissance récente du TDAH chez les adultes et la délivrance complexe du méthylphénidate jusqu'au début des années 2020 ont favorisé, pour certains, l'usage de stimulants palliatifs. L'usage de substances psychoactives intervient donc aussi dans ce cadre précis. Toutefois, cela ne saurait épuisé l'enjeu de ses troubles. À l'appui d'une revue de littérature, S. Ponnou montre les limites et les impasses des approches biomédicales et psychosociales de l'hyperactivité chez l'enfant. Il pointe notamment l'absence d'un cadre étiologique et diagnostic clair et solide ainsi que les effets contrastés du méthylphénidate au long cours. En ce sens, la surmédicalisation du TDAH opacifie l'accueil de la parole et du vécu subjectif de l'enfant et de ses parents. L'auteur, avec d'autres, opte donc pour une perspective clinique et psychanalytique : « *Selon cette perspective, les symptômes du TDAH sont considérés comme un mode d'expression de l'enfant, une vérité en errance, qui n'a trouvé pour se dire que les symptômes du corps ou les "troubles du comportement". Ces conceptions appellent un travail de parole en direction de l'enfant, et si possible, de ses parents. Selon cette perspective, il s'agit d'accueillir le symptôme de l'enfant, de l'entendre afin de l'accompagner dans sa prise en compte et dans la découverte de ce qui en lui cherche à se dire, pour le soutenir dans un travail de composition et d'inscription sociale* »[591]. Ainsi, les troubles du comportement d'Anthony marquent sans doute, dès son enfance, une tension psychologique et identitaire qu'il ne parvient pas encore à mettre pleinement en mots. Son « agitation » trouve alors un écho dans sa vie de marginalité et d'errance.

Un autre élément important : juste avant son arrivée dans le Nord, Anthony exprime le souhait de poursuivre ses consommations (notamment d'héroïne et de cocaïne en injection). Il dit y trouver encore du plaisir et du sens en les rattachant à l'univers punk et à son souhait de contourner certains codes sociaux. Néanmoins, il convient d'une forme de noirceur liée à certaines périodes de consommation. Les bonnes et mauvaises expériences liées à la tentative d'usage régulé dans le Nord l'amènent régulièrement à reconsidérer son cadre de consommations et la place qu'elles peuvent prendre dans sa vie. Au moment de l'exposé de son récit de vie, après un séjour dans le sud empreint

591Ponnou, S. (2020). Clinique, psychanalyse et travail social : enjeux de pratique et de formation, *op. cit.*, p. 129.

de consommations qu'il juge excessives, il évoque un nouveau cadre de consommations encore fragile :

> En fait, moi maintenant, la coke et l'héro je veux même plus en prendre en fait. J'aimerais bien prendre juste du speed (amphétamines)... enfin si, de la coke en sniff, mais je voudrais bien ne plus m'injecter parce qu'en fait l'injection c'est un mode un peu particulier où tu es tout seul, où tu es que dans ton délire. En fait, pour moi, boire des bières et prendre une trace de speed pour aller à un concert, c'est cool. Mais autrement ça m'intéresse plus l'ivresse et tous les délires comme quand je suis arrivé ici. Écouter de la musique chez moi en tapant de la coke ou de l'héro c'est pas mon truc... c'est plus mon truc.
>
> De toute façon, j'en prends tous les jours (des amphétamines) avec le méthylphénidate. C'est un médicament mais au niveau chimique c'est une amphétamine donc du coup... enfin je ne sais pas.

Ses usages et l'expérience qu'il tire de son parcours paraissent lui conférer le statut d'un acteur relativement réflexif mais encore en construction. Un acteur à qui on ne peut opposer un cadre de soin normatif et abstinentiel. Son parcours préalable est d'ailleurs marqué par des conflits avec les équipes de professionnels à ce sujet. Au regard de son parcours, plutôt que l'obligation préalable de respecter un cadre conventionnel, la somme de ses expériences lui permettra certainement de mieux cerner son statut de sujet et la place qu'il veut laisser ou non à la consommation, à la philosophie et à son enracinement premier. Il a d'ailleurs en partie renoué des relations avec ses parents au moment de l'enquête et retourne parfois les voir.

VIII.1.2.4. Un mois après...

Nous nous retrouvons un mois après l'exploration de son récit de vie pour examiner de nouveau certains aspects de son histoire et certaines pistes d'analyse. En regardant de nouveau le dessin de sa ligne de vie, il constate que la partie la plus fournie est celle concernant la période de 18 à 27 ans. Il fait état d'un vide avant cette période que nous l'amenons à relativiser dans la mesure où son énonciation orale avait permis d'aborder davantage cette période. Il observe également que les consommations ne prennent pas tant de place sur sa ligne de vie :

> C'est marrant, parce que le punk il vient avant l'héro, le speed et la coke, donc je pense que c'est par le punk que j'ai trouvé une porte de sortie... et qu'il y avait l'héro avec... et que grâce à ça en fait ça m'a permis de vider le sens du reste. Ma famille est vraiment décrite et qualifiée de manière objective, il n'y a rien de personnel ou d'affectif. Mais je pense que ça veut aussi dire que j'ai peur de leur regard. Que je ne saurai jamais quoi dire parce que j'ai l'impression de toujours être face à une critique ou que ce ne sera jamais assez bien.

Néanmoins, c'est aussi l'enfance qui lui permet de s'imprégner d'un nouveau mode de vie et de s'affirmer en tant que sujet. Le premier univers permet le second. Il quitte l'assujettissement initial, la dépendance du « petit d'homme » décrite par V. de Gaulejac[592], pour s'émanciper. C'est par opposition au cadre initial qu'il se tourne vers un monde alternatif et devient un « outsider ». Anthony confirme d'ailleurs en partie cette hypothèse :

> Oui ça fait sens. C'est une manière de vraiment m'autodéterminer, d'aller vers une autonomie, enfin de prétendre à l'autonomie. Mais c'est toujours plus compliqué.

Les normes héritées de son univers initial l'amènent à reconsidérer les dérives de son mode de vie que la justice finira d'ailleurs également par condamner :

> La prison m'a dit que j'avais mené une vie qu'il ne fallait pas, ma famille aussi, que ce n'était pas la voie à suivre et qu'il allait falloir changer de trajectoire : « tu as le droit de faire ce que tu veux mais dans un certain cadre à partir de maintenant, donc c'est fini le monde parallèle. Il faut absolument que tu fasses un compromis sinon tu vas finir pour de bon en prison ».

Il semble néanmoins pris entre Éros et Thanatos, entre une pulsion de vie et une pulsion de mort qui le déstabilisent :

> Elle s'est vachement formalisée ma pulsion de mort. Elle a vachement pris forme. Il y a beaucoup de gens qui brident l'aspect négatif de leur vie, en tout cas pour qui il ne prend pas une place expressive, artistique. J'ai l'impression que pour moi, dans la vie de tous les jours, ça a pris presque la dimension d'une forme de vie, que c'était l'expression quasiment unique de tout ça. Et pourtant c'est bizarre parce que c'était quand même l'accomplissement d'un truc puissant. Et en fait il y avait beaucoup de joies aussi là-dedans. Même les drogues elles étaient... il n'y avait pas vraiment d'avenir dans le sens carrière, construction sociale et tout... mais pourtant j'étais ultra socialisé. J'avais beaucoup d'amis, j'avais beaucoup de projets et en fait c'était une période assez dense en activités et en constructions. Mais c'est à partir du moment, surtout à 27 ans, où j'entends des voix que c'est compliqué, où là je m'isole et où je suis allé en prison. Avant c'était plutôt une puissance joyeuse. Peut-être qu'en fait c'était faussement joyeux. Mais moi je reste persuadé que c'était... peut-être que là où il y avait de la mort qui se réalisait c'était dans un truc hyper extrême des drogues mais qu'après, dans beaucoup de choses à côté, ce qui se réalisait c'était intéressant et c'était fort.

Il est toujours confronté à la difficulté de trouver un équilibre entre ses différentes ancrages. Anthony explique d'ailleurs qu'il ne sait pas dans quelle direction aller pour être heureux[593]. Il essaye donc d'opérer des changements mais le résultat n'est pas totalement satisfaisant selon lui. D'une certaine manière il fait ce que la société prescrit, il « joue le jeu ». Il s'engage dans ses études,

592Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*

593Il est important de préciser qu'au moment de cet échange la solitude et le soin le pèsent beaucoup. Il met en avant une phase dépressive.

dans le suivi éducatif et thérapeutique. Il consomme moins. Toutefois, il se sent beaucoup moins intégré socialement à un groupe ou à une communauté qu'avant :

> Avant je refusais la société et j'étais dans une communauté, peut-être un peu fermé, mais il y avait une solidarité presque mécanique.

Il fait état d'un manque de reconnaissance sociale et d'une forme de mépris social en se référant aux travaux du sociologue et philosophe A. Honneth. Il se sent exclu par les membres de sa promotion universitaire qui forment des petits groupes chacun de leur côté. Il se sent exclu par les minima sociaux qui lui confèrent un statut très précaire et enfin il se sent exclu du fait du peu de débouchés professionnels liés à ses études. Son discours marque certaines limites de notre société renvoyant l'individu contemporain à la liberté du choix de son avenir sans qu'il ait, pourtant, les réels moyens de toujours y parvenir. Les effets délétères de la modernité avancée sont d'autant plus marqués chez les individus présentant des parcours de vie complexe. Ces derniers éprouvent encore plus de difficultés à trouver en eux-mêmes les solutions à leurs problèmes. Anthony semble trouver un écho favorable à l'idée d'un impact structurel et social qui ne peut être résolu par l'individu seul. La reprise d'études contribue apparemment à modifier son regard sur le monde et à prendre de la hauteur. Il se cherche lui-même en explorant les contradictions du monde social qui le ramènent à certaines de ses contradictions internes. Il essaye d'accéder à ce qu'il appelle une nouvelle « esthétique du monde » en tentant de se dégager, dans une certaine mesure, de son individualité et de sa propre responsabilité. Toutefois, cette idée n'épuise pas ses difficultés concrètes du moment, par exemple liés à ses ressources personnelles.

À ce sujet, alors qu'il est dans une tentative d'ouverture au monde, le soin semble constamment le ramener à son individualité et à ses problèmes personnels. Au moment de cet échange, il se pose beaucoup de questions sur la suite de son parcours : arrêter le soin ou le poursuivre et jusqu'à quel moment ? D'autre part, il craint que la manière dont il s'est raconté et dont il se raconte par le biais du soin ne l'enferme dans certains aspects identitaires de sa vie. En effet, le soin l'amène une quatrième fois à se redéfinir. Après l'enfance, le milieu punk et le monde universitaire c'est maintenant le soin et son identité de patient/résident qui le questionnent. Dans ses autres espaces de socialisation, il précise d'ailleurs qu'il craint de se définir uniquement par la manière dont il se raconte dans le soin. Il a peur d'être déterminé par une histoire finalement plus complexe que celle qui est racontée aux différents professionnels pour accéder à une structure ou à un traitement :

> Quand les médecins ou quand les institutions disent aux gens de raconter un peu leur histoire... en fait c'est pas une très bonne idée de poser la question comme ça. Il faudrait dire : « qu'est-ce que tu penses qui est utile à partager avec nous ? » Juste ça. Mais ça sert à rien de poser comme préalable de savoir le plus de choses possibles pour connaître la personne... parce que je trouve que c'est un peu... ça sert à

rien parce que ça peut jouer en faveur ou en défaveur du soin.

À la fin de l'échange nous lui proposons de relire le courrier de sollicitation qu'il a envoyé pour arriver dans le Nord. Il fait le constat qu'il se raconte d'une manière à pouvoir mettre toutes les chances de son côté. Il évoque un projet d'abstinence en pensant qu'il est nécessaire de se conformer au discours imaginairement attendu par les professionnels. Il s'appuie en fait sur son expérience dans le premier CSAPA résidentiel qui l'oriente dans cette direction conventionnelle. L'accueil dans le Nord lui permet finalement d'expérimenter un projet de régulation des consommations. Anthony se questionne encore sur l'abstinence et sur son cadre qu'il arrive en général à maintenir un temps mais qui finit par déborder. Il est encore à la recherche d'un équilibre que la parole et l'adaptation continue du dispositif de soins contribueront sans doute à éclairer au fil du temps. L'équilibre qu'il recherche actuellement se situe semble-t-il à l'interface des identités multiples qui le traversent et qui le questionnent encore : entre l'enfant, le punk, l'universitaire et le patient.

En conclusion, les contradictions identitaires dans lesquelles Anthony s'est trouvé dès sa jeunesse peuvent être appréhendées à la lumière du modèle bio-psycho-social de l'addiction. La tension entre la devise maternelle et les exigences du père, couplée à l'hyperactivité, renvoient à des enjeux multiples et complexes. Anthony doit faire face à son trouble du comportement, alors non pris en charge, mais aussi au rejet qu'il ressent de la part du monde paysan. Il tente de s'y faire une place mais en vain en raison des exigences et probablement d'un souhait de changement de classe sociale de la part du père. Anthony tente d'allier le travail à l'école et le travail à la ferme tout en ressentant des difficultés de concentration. Il essaye, par ailleurs, de vivre simplement et de profiter de la vie alors même que son rythme de vie et son trouble le contraignent à des efforts intenses qui l'épuisent psychiquement et physiquement. Dans ce contexte, on peut alors envisager les consommations d'Anthony comme une manière de composer avec les impasses identitaires et comportementales de sa jeunesse. C'est sans doute une force vitale, plutôt qu'un projet d'auto-destruction, qui le conduit à se tourner vers un nouveau mode de vie. Anthony fait ainsi valoir un pouvoir de normativité sociale et vitale. Il produit lui-même et pour lui-même son nouveau milieu de vie. « *Tout homme veut être sujet de ses normes* (qu'elles soient vitales ou sociales) »[594]. Les substances lui permettent tantôt de contourner les impasses identitaires de sa jeunesse, tantôt de s'en dégager. Elles lui permettent également de réguler physiologiquement ses troubles du comportement, à défaut d'avoir pu les mettre en mots par le passé.

594Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail, *op. cit.,* p. 135.

VIII.2. Samuel : Le syndrome de Peter Pan

Samuel est en démarche de soins depuis environ quatre ans. Il est passé par un CSAPA ambulatoire puis successivement par deux CSAPA avec hébergement collectif. Un dans le Nord, au sein duquel nous avons déjà réalisé un entretien relaté dans le chapitre I de cette thèse, et un autre dans le sud de la France.

Nous retrouvons Samuel dans une nouvelle structure, un CSAPA avec hébergement autonome dans le Nord. Son courrier de sollicitation pour accéder à la structure relate le souhait de consolidation d'une abstinence acquise depuis environ huit mois. Il souhaite également reprendre le cours de son existence tout en se confrontant de nouveau à la vie en autonomie sans consommation de psychotropes. Ce projet sera cependant rapidement mis à mal. En effet, dès le premier jour au sein de son appartement, Samuel se tourne à nouveau vers les consommations. Elles seront ensuite présentes tout au long de son séjour. L'entretien se déroule en face à face dans un bureau de la structure plusieurs mois après son entrée. Après avoir dessiné de manière autonome le dessin de sa ligne de vie il en fait une restitution orale dont nous présentons ci-après les grandes lignes. Ce récit permettra de poursuivre les réflexions engagées au chapitre I.

VIII.2.1. Récit de vie

Âgé d'une quarantaine d'années, Samuel est consommateur de cocaïne dite basée, aussi appelée crack, qu'il consomme à l'aide d'une pipe. Il fait usage de cette substance dont il a du mal à se défaire depuis plus de dix ans. Samuel consomme généralement seul et selon ses ressources financières.

Samuel est issu d'une famille du Nord de la France. Ses grands-parents paternels semblent se reconnaître dans un modèle familial traditionnel. Ils sont catholiques et pratiquants. Le grand-père est attaché à son jardin qu'il cultive avec passion et a travaillé en tant qu'ouvrier dans la même usine toute sa vie. La grand-mère est mère au foyer et s'est occupée d'une grande fratrie. Du côté des grands-parents maternels, le statut social semble plus précaire. Sa grand-mère s'est retrouvée seule à élever ses enfants qui n'ont pas ou peu connu leur père. Elle a travaillé dans son jeune âge en région parisienne. Elle faisait le ménage au sein d'une famille d'origine sociale bourgeoise. Toutefois, elle a ensuite passé sa vie à s'occuper de ses enfants et de la mère de Samuel. Contrairement à la famille du père, elle n'a jamais été propriétaire de son logement et a toujours vécu des allocations dans un

logement HLM résidentiel. Elle a eu des compagnons au cours de sa vie, dont l'un est décrit comme violent mais que Samuel n'a pas connu. Il a par contre connu un autre compagnon, qui n'était pas identifié comme un concubin officiel de sa grand-mère maternelle, et dont il dresse un portrait plutôt positif.

Le récit de Samuel est marqué par des valeurs familiales très fortes. Il a une sœur dont il se sent très proche. Par ailleurs, la famille se retrouvait très régulièrement autour des grands-parents, avec les oncles, tantes et leurs enfants, dans les deux branches parentales. Il dépeint une famille unie où les membres se soutiennent. Samuel est très attaché à son grand-père paternel et à sa grand-mère maternelle. Sa grand-mère le gardait très souvent au sein de son HLM avec son cousin du même âge, le fils de la sœur de sa mère :

> C'était moi son chouchou. Je sais que moi et mon cousin, on était les chouchous parce qu'elle nous voyait le plus souvent et que c'est elle qui nous a gardés quand on était petit.

La mère de Samuel et la sœur de sa mère travaillaient dans une usine, à la chaîne, proche du logement de sa grand-mère :

> Mon cousin et moi on était déposé tôt le matin chez notre grand-mère et c'est notre grand-mère qui nous conduisait à l'école maternelle, à l'école primaire même. Après par la suite, c'est elle qui venait nous chercher, on mangeait avec elle le midi. Donc on a beaucoup connu notre grand-mère maternelle.

Il dresse le portrait d'une personne très attentive à son endroit et qui lui « passait ses bêtises ». À l'âge adulte, elle lui demandait régulièrement des nouvelles de sa vie sentimentale. D'autre part, Samuel a eu de nombreuses périodes d'inactivité professionnelle et sa mère l'interrogeait et l'interroge encore souvent sur les évolutions de sa vie professionnelle. D'ailleurs, dans la famille tout le monde travaille et fonde son foyer, tels sa sœur, ses cousins et ses cousines. Le cousin du même âge que lui a fondé sa propre famille et occupe un poste important dans une entreprise. Samuel a longtemps été comparé à lui au cours de son cursus scolaire compliqué et de sa vie de jeune adulte. Cet intérêt de la grand-mère maternelle et de la mère concernant sa vie sentimentale et professionnelle peut sembler relativement ordinaire. Néanmoins, dans le parcours de Samuel, l'exemple de ses proches et les questions régulières à son égard sur ces sujets semblent imprimer chez lui une forme d'idéalité : avoir un bon travail et une vie de famille :

> Pour ma mère c'est important le travail car à chaque fois elle me demande si je travaille. Si un jour je dis à ma mère... je lui ai déjà dit d'ailleurs... que j'ai plus envie de travailler, que je vais rester toute ma vie au chômage... c'est dur pour elle. Pour elle, la normalité c'est de travailler. Pour moi aussi pendant un temps c'était ça, même encore maintenant je pense qu'avoir une vie normale c'est travailler. Tu ne peux pas vivre sur le dos de l'État, des allocations, c'est pas une vie… […] C'est pas la normalité.

> Donc je peux la comprendre. Ce qu'elle veut, c'est que je sois heureux. Et pour elle être heureux c'est avoir une famille, avoir une femme, faire des enfants et avoir un travail. Mais elle ne comprend pas que pour moi c'est peut être pas ça... je ne sais pas si c'est ce qui me correspond ou pas, mais en tout cas je n'ai jamais réussi à le faire.

Cette idéalité se heurte d'ailleurs à l'épisode du suicide de son père. Nous l'avions vu au début de cette thèse, Samuel a longtemps relié le suicide de son père à une vie de famille qui ne lui convenait pas, c'est-à-dire une vie de famille « ordinaire et normée » selon Samuel (femme, enfants, travail). L'idéalité du projet familial se heurte donc à une représentation pessimiste de la vie de famille de son père entraînant une impasse pour Samuel. La vie de famille est une norme intériorisée mais qui le confronte à l'angoisse de la mort.

De plus, Samuel fait état d'un vide jusqu'à l'âge de douze ans, marqué par le suicide de son père :

> Il n'y a plus rien pour moi. Je n'ai le souvenir de rien. […] L'événement, la chronologie du jour du décès, oui je m'en rappelle. Mais avant non, plus rien. […] J'étais en sixième. […] Je me rappelle de comment ça s'est passé, j'ai des souvenirs de comment j'ai vécu ça. Mais je n'ai pas de souvenirs de mon entrée au collège, des mois qui ont précédés le décès de mon père...

Sur le dessin de sa ligne de vie il hachure d'ailleurs la partie où son père était encore présent et note en dessous : « vide » :

> Ça me frappe quand je fais une frise comme ça. Pour moi c'est pas compliqué avant le décès de mon père il n'y a rien à mettre... parce qu'il n'y a pas de souvenirs.

Son père était infirmier dans un établissement de santé mentale. Nous avions déjà évoqué la dépression de son père lors de notre première rencontre relatée au début de cette thèse. Samuel précise aujourd'hui que son père n'aimait pas son travail. Il faisait face chaque jour aux dures réalités liées à l'accompagnement d'un public présentant des troubles psychiatriques importants :

> Infirmier ça ne lui plaisait pas, il était malade tous les jours, il devait nettoyer du vomi, des gens qui se faisaient dessus et puis lui il vomissait tous les jours, il était malade tous les jours.

D'autre part, la grand-mère paternelle décède lorsque Samuel est âgé de onze ans. D'après Samuel, son père semble avoir été grandement déstabilisé par la mort de sa mère.

À travers ce récit, Samuel apporte donc de nouveaux éléments sur les conditions potentielles du suicide de son père : un grand mal-être au travail et la perte de sa mère un an plus tôt. Le suicide n'a jamais été vraiment parlé dans la famille, même du côté paternel. Samuel précise qu'il n'y avait pas de tabou à ce propos mais que personne n'en parlait. Il a donc suivi ce principe tacite : « J'étais jeune, 12 ans, je n'ai jamais réfléchi à ça. On n'en parlait pas, donc la vie continuait ».

Le père de Samuel laissera seulement un court mot à l'attention de sa femme avant de se suicider :

> Il a marqué simplement à ma mère sois forte pour les enfants, un truc comme ça. Désolé, sois forte pour les enfants et c'est tout.

Ainsi, de nombreuses interrogations demeurent qui l'ont amené à intérioriser et à dresser lui-même des explications subjectives à ce suicide (l'angoisse de la vie ordinaire et normée), qu'il considère d'ailleurs comme l'expression d'un choix : « Il n'est pas mort d'un accident, ce n'est pas une mort bête d'une maladie, d'un accident. C'est un choix qu'il a fait ». Sa sœur, par contre, lui confiera beaucoup plus tard que ce suicide a été vécu comme un abandon pour elle.

Au fil du récit, Samuel insiste non pas sur le vide laissé par son père mais sur l'effacement de ses souvenirs à la mort de son père. Pourtant, au cours de nos échanges, il rapportera de nombreux souvenirs chez sa grand-mère maternelle et chez son grand-père paternel au moment où son père était encore vivant. Son père apparaît cependant comme une image figée et abstraite au cœur même de ses souvenirs :

> Des souvenirs de regarder Zorro chez mon grand-père avec mes parents qui étaient là mais pas l'image de mon père assis à la table.

> J'ai des souvenirs de l'époque où il était vivant mais pas de lui, il n'est pas intégré à ces souvenirs. Je sais qu'il était là, qu'il était présent mais je n'ai pas d'images vidéo de lui en train de se mouvoir dans les souvenirs. […] J'ai des souvenirs photographiques de lui. Des souvenirs d'images figées, et encore c'est des images figées que j'ai chez moi sur des photos, des vraies photos. Même la voix, je n'ai plus le son de sa voix. Je ne m'en souviens plus.

Malgré l'image « inerte » qu'il garde de son père, il se souvient pourtant d'une enfance heureuse. Il vivait avec ses parents dans une maison à la campagne qui constitue un ancrage affectif très important pour lui. Il se souvient aussi des moments passés chez sa grand-mère maternelle avec son cousin. Comme chez lui à la campagne, tout le monde se connaît dans le quartier HLM. Il a beaucoup d'amis du même âge et se sent heureux dans une atmosphère conviviale et rassurante. Chez son grand-père paternel il se rappelle de travailler avec lui au jardin, du plaisir de cultiver les fruits et les légumes qu'ils allaient ensuite manger :

> Je n'ai jamais mangé de haricots en boîte. J'ai toujours mangé les haricots de mon grand-père et les pommes de terre de mon grand -père. […] Dès que c'était les beaux jours, en mai-juin, on allait tout le temps chercher des barquettes de fraises chez mon grand-père paternel.

Il se remémore un grand-père toujours en bleu de travail, même après sa retraite, et se souvient des moments passés autour de la télé, autour d'un café ou d'un repas en famille pendant les weekends. Par ailleurs, l'oncle de son père, menuisier, vivait juste à côté ce qui contribuait à instaurer un cadre de vie familial et sécurisant pour Samuel.

Sa mère a gardé le lien avec sa belle-famille après la mort de son mari, mais Samuel évoque une cassure. Pour ce qui le concerne, il voyait encore son grand-père mais de moins en moins. Sa mère s'est ensuite remariée quelques années après et a d'ailleurs continué à vivre au sein du foyer familial de son enfance. Le grand-père paternel de Samuel était semble-t-il content pour sa belle-fille et venait parfois manger à la maison malgré des relations plus distantes.

Au décès de son père, Samuel entre au collège. Il évoque une perte de repères et ses notes baissent au fil des années :

> Je pense que je suis quelqu'un qui est quand même assez intelligent, qui aurait pu faire de supers études mais j'étais sans repères. Ma mère a perdu son mari du coup elle était désarçonnée, donc j'étais sans repères. J'étais livré à moi-même.

À la fin du collège, il se rend compte de son laisser aller. Samuel est marqué par le fait qu'il ne peut pas accéder à une scolarité secondaire en filière générale. On lui propose soit de redoubler, soit de s'orienter vers les filières techniques et professionnelles. Cette orientation constitue un échec pour lui face à l'idéal d'un cursus scolaire qu'il s'était imaginé : « À l'époque pour moi, faire un BEP carrosserie ou menuiserie, c'était les mauvais élèves qui faisaient ça ». Samuel souhaite redoubler mais sa mère n'est pas du même avis. Il était comparé à son cousin du même âge qui réussissait bien à l'école. Ce modèle constitue un objectif pour la mère de Samuel :

> On avait le même âge. Lui il passait en seconde générale donc moi il fallait que je passe en seconde. Il ne fallait pas que je sois le redoublant.

Samuel aura une discussion à ce sujet avec sa mère plusieurs années plus tard qui regrettera de ne pas l'avoir laissé redoubler.

Ainsi, Samuel accepte d'entrer dans un lycée technique et choisit la filière électrotechnique un peu au hasard. Mais il n'est pas bien dans ce lycée où le niveau scolaire est trop bas :

> Les élèves de ce lycée c'était que des cancres en fait, des gens qui aimaient la bagarre. Des gens qui étaient… un peu comme on disait au Collège, des « S ». Des SEGPA. C'était un lycée où il n'y avait que des SEGPA. Je me suis dit : « c'est quoi ce lycée ? Non moi je m'en vais de là ».

Il termine son année et s'oriente vers un lycée professionnel. Il choisit le lycée le plus proche de chez lui et opte sans grande conviction pour la préparation d'un BEP vente qu'il reprend en première année. Samuel finit donc par redoubler mais se sent bien dans l'ambiance de ce nouveau lycée. Il a l'impression d'être un peu plus à sa place. Il se reconnaît davantage dans le profil social et économique de ses camarades. Le niveau scolaire est un peu plus relevé et Samuel reprend le goût du défi scolaire. Il a envie d'être dans les premiers de la classe. Toutefois, il ne sait toujours pas

réellement ce qu'il veut faire de sa vie. Après deux années, il obtient son son CAP puis son BEP vente avec des notes excellentes sans fournir trop d'efforts.
Ses résultats lui permettent de revenir en filière générale. Il saute sur l'occasion et intègre une classe de première pour préparer un baccalauréat dans les domaines du secteur tertiaire. Néanmoins, cette orientation est un échec pour Samuel. Il constate un décalage important de niveau scolaire entre le BEP et la filière générale. Il se sent perdu dans de nombreuses matières.

En parallèle, quand il entre au lycée en filière technique, il débute les consommations de cannabis. Puis, à dix-sept ans, en filière professionnelle, il commence lui-même à vendre du cannabis. Samuel explique que dans le lycée professionnel de nombreux secteurs sont représentés : vente, comptabilité, hôtellerie, arts graphiques, etc. Il précise que : « tous ces gens-là c'était des babas cool qui fumaient beaucoup de cannabis ». Il voit là une opportunité à saisir. Il commence à vendre dans le lycée puis en dehors du lycée. Samuel continue à vendre pendant son retour en filière générale et termine son année avec difficultés. Il n'ira pas à l'oral de français du baccalauréat. À ce moment de son parcours, il quitte donc le cursus scolaire et décide de travailler.

Il a dix-neuf ans et intègre l'usine de sa mère et de sa tante sur des missions intérimaires. Son travail, dans le secteur alimentaire, le ravi et plus encore l'ambiance familiale qui règne dans l'usine. Sa mère y travaille depuis qu'elle a quinze ans :

> Il y a toutes les copines de ma mère. Elles me connaissent depuis que je suis né. Donc quand tu arrives là, tu connais tout le monde. C'est une usine en fait où il n'y a presque que des femmes. […] J'étais le « fils de [prénom de sa mère] ». J'étais pas Samuel intérimaire de telle entreprise. Là-bas, c'était une entreprise avec des employés qui faisaient rentrer leurs enfants. […] On était tous les « enfants de ».

Il ne ressent pas de concurrence entre les employés. Samuel y travaille pendant une petite dizaine d'années sur des missions intérimaires de moins en moins longues. C'est une époque heureuse pour Samuel. Lui qui a pourtant un discours pessimiste sur l'ensemble de sa vie se rend compte qu'il s'agit de périodes marquées par le bien-être et la sécurité affective. Il a une compagne à cette époque, se sent reconnu dans l'usine de sa mère et dans la vente de cannabis. On l'appelle régulièrement. Il croise beaucoup de monde et noue des relations avec certains clients.
Toutefois, à l'âge de vingt-sept ans, Samuel quitte le foyer familial et la maison de son enfance pour se mettre en ménage avec sa compagne. Samuel précise qu'il ne voulait pas quitter sa maison mais que sa compagne a insisté. Pour Samuel, cette étape marque le début de difficultés personnelles importantes. Après un an, des problèmes dans le couple apparaissent. Ils décident de se séparer et Samuel reste seul dans l'appartement pendant un temps. L'ennui et la solitude le gagnent. Il décide

de changer d'appartement pour passer à autre chose mais le résultat est le même. C'est également dans ce second appartement que les consommations de crack débutent avec d'autres personnes qu'il fréquentait à l'époque. Il consomme de manière occasionnelle notamment le weekend et continue à vendre du cannabis, même si cela commence à lui peser. Il y consacre moins de temps.

Vers l'âge de trente ans, ses consommations de crack remplacent progressivement ses consommations de cannabis, mais il n'a cependant pas l'impression de perdre le contrôle. Avec le recul et notamment pendant l'entretien d'approfondissement deux mois après le récit de vie, Samuel fera un lien entre le début de ses consommations de crack et la vente de sa maison d'enfance :

> Avant il y avait des consommations de cannabis, mais elles n'étaient pas problématiques. Les consommations de crack elles sont venues après... elles sont venues quand ma mère a commencé à vendre la maison. C'est vrai que je n'y pensais pas, je viens de le voir là. Trois ans après être parti de chez ma mère, j'ai commencé les consommations de crack et je pense que c'est à peu près trois ans après être parti de chez ma mère qu'elle a vendu la maison. Je n'avais pas fait le lien. Je fais le lien maintenant parce qu'on parle de ça devant la frise chronologique... mais je n'y avais pas pensé. Si, ça coïncide pas mal, carrément même...

Par ailleurs, trois ans plus tard, sa grand-mère maternelle décède : « Là, ça m'a vraiment secoué. […] J'étais dévasté ». À ce moment de sa vie, il arrête la consommation et la vente de cannabis, mais le décès de sa grand-mère provoque une accélération de ses consommations de crack : « j'ai consommé beaucoup de crack pour essayer d'oublier, de penser à autre chose ». Au moment du décès, il fait le choix de se rendre tous les jours au salon funéraire. Il reste aux côtés de sa grand-mère toute la journée jusqu'à la fermeture. Il ne regrette pas ce choix mais admet que cela ne l'a peut-être pas aidé sur le coup. En sortant du salon funéraire, il se dirige chaque jour chez un dealer et consomme du crack seul dans son appartement jusqu'au bout de la nuit.

Avec le décès de sa grand-mère, il perd également le logement HLM dans lequel elle vivait mais dont elle n'était pas propriétaire. Un logement où il avait aussi posé les bases d'une sécurité affective. Ainsi, il perd coup sur coup deux points d'ancrage imprégnés de valeurs familiales sécurisantes : « à l'heure actuelle, tu me dis : "c'est où chez toi ?" Je ne sais pas, je n'ai pas de chez moi ». Samuel retrouve d'ailleurs régulièrement dans ses rêves la maison de son enfance.

Au décès de sa grand-mère, Samuel commence donc à consommer quotidiennement et les finances ne suivent plus. À trente-quatre ans, il n'a pas d'emploi stable (favorisant toujours l'intérim) et n'est plus capable de payer son loyer. Samuel retourne donc vivre chez sa mère avec son beau-père dans leur nouvelle maison :

> Ça aussi c'était important. Je ne suis pas retourné vivre chez moi. Je suis retourné vivre chez ma mère,

> pas chez moi, pas dans ma maison d'enfance, la maison où j'avais mon socle on va dire.

Samuel reste plus d'un an chez sa mère et arrive à réguler ses consommations qui reprennent rapidement le weekend après une courte période d'abstinence. Financièrement, il se stabilise. Il décide de reprendre un appartement mais le résultat est le même. De plus, à trente-six ans, son grand-père paternel décède. Il est de nouveau marqué par un décès et touche un héritage de plusieurs milliers d'euros : « je les ai fumés en huit mois de temps ». Samuel est alors rongé par les remords :

> Un an après avoir tout fumé l'argent, je ne m'en sortais plus du tout. J'étais au bout de ma vie. Je pensais à me foutre en l'air tout le temps, tous les jours. Je ne le faisais pas, mais j'y pensais tout le temps.

Samuel ne travaille plus du tout en raison de ses consommations intensives. Il perçoit le RSA, ne se nourrit pas beaucoup et dort très peu :

> C'est vraiment à cette période-là que j'ai commencé à dépérir physiquement. […] Le cinq du mois je touchais mon RSA et je me disais : « prends ton RSA, va acheter dix grammes de cocaïne, tu fumes dix grammes de cocaïne et dès que tu n'as plus rien tu te fous en l'air ». Au final, au bout de trois, quatre jours, quand j'avais tout fumé, il y avait quand même cette envie de vivre... [...] Cette force de rester en vie.

Samuel ne peut plus payer son loyer, il cumule les dettes, vend sa voiture et finit par se tourner à nouveau vers sa mère et sa sœur. Il parle d'un « appel au secours ». Il se confie auprès de sa mère et de sa sœur. Il revient sur l'héritage, ses consommations et ses difficultés. Sa sœur accepte de l'accueillir à la condition qu'il se soigne et s'occupe de ses dettes.

Il débute donc un accompagnement au sein d'un CSAPA ambulatoire et met en place un dossier de surendettement. Les professionnels lui conseillent d'entamer une démarche de soins plus poussée et de se tourner vers un CSAPA avec hébergement. Malgré un refus au départ, il finit par accepter car les consommations de crack sont toujours présentes. Il intègre un lieu de soins fermé. C'est à cette période que nous le rencontrons pour un premier entretien. Il est abstinent pendant quelques mois mais finit par reprendre ses consommations, d'abord en dehors de la structure le weekend puis à la fin du séjour au sein même de la structure de manière cachée. Toutefois, il précise :

> C'était quand même une délivrance. J'étais heureux. Retrouver le goût de vivre, de faire des activités, de vivre avec des gens, de retrouver des amis entre guillemets, de vivre en communauté. J'étais pas seul isolé chez ma sœur ou seul isolé dans mon appartement.

Arrivé au terme du séjour, il se sent plus fort mais pas encore prêt. Il rejoint alors un autre CSAPA avec hébergement dans le sud de la France. Il fait choix de s'éloigner de son lieu de vie et de se

diriger vers une structure qui attache une importance forte au paradigme abstinentiel. Il a besoin d'être davantage sécurisé. Ainsi, il choisit une structure qui fonctionne sur un autre modèle d'accompagnement. L'ambiance est décrite comme étant moins communautaire et conviviale, mais il arrive à maintenir une abstinence pendant de longs mois : « ça s'est bien passé, il n'y a pas eu de consommation du tout parce que c'était très strict ». En effet, les personnes accompagnées doivent se soumettre à des tests urinaires toutes les semaines pour attester de leur abstinence. Samuel se sent plus serein et décide de revenir dans le Nord au sein d'un CSAPA avec hébergement individuel où il aura un suivi approfondi tout en disposant d'un appartement autonome. C'est ici que nous le retrouvons une seconde fois presque deux ans après.

Dès qu'il entre dans l'appartement et que le professionnel qui l'accompagne lui remet les clefs et s'en va, Samuel se dirige chez un dealer :

> Dès que je suis arrivé, le jour même de mon entrée dans l'appartement, on m'a donné les clefs de l'appartement, on m'a fait visiter l'appartement, l'éducateur est parti et je crois que juste après je suis parti pour aller au quartier chercher du matos.

Il consomme toutes ses économies en quelques semaines et perd pied une nouvelle fois. Néanmoins, l'accompagnement se poursuit. Les professionnels lui proposent des stratégies pour réguler puis arrêter ses consommations. Un accompagnement budgétaire très strict, encadré par l'équipe, lui permet notamment de limiter les dégâts au niveau financier et de pouvoir se projeter sur d'autres activités en dehors des consommations. Samuel, se projette encore dans une optique idéale d'abstinence. Cependant, au fil du séjour, ses objectifs se modifient et de fait, même s'il ne l'accepte pas complètement, il s'inscrit davantage dans une stratégie plus ou moins volontaire de régulation de ses consommations en se saisissant partiellement des outils qui lui sont proposés. À l'appui d'un « monitoring permanent »[595] de la part de l'équipe, il arrive à retrouver un semblant d'équilibre qui lui permet d'avancer petit à petit sur d'autres aspects de sa vie personnelle. Samuel ne consomme donc pas tous les jours étant donné ses faibles revenus et la mise en place d'un cadre budgétaire (l'équipe conserve une partie de ses revenus pour lui céder au cours du mois par petites sommes). Le produit occupe pourtant toujours beaucoup son esprit et Samuel fait face, plus que jamais, à une angoisse existentielle marquée par le sceau de l'immobilisme et du pessimisme. En effet, même s'il conserve une forme d'élan vital et de bonne humeur, il ne sait toujours pas quoi faire de lui et de sa vie.

595Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques, *op. cit.*

VIII.2.2. Commentaires et hypothèses

VIII.2.2.1. Bref rappel des éléments d'analyse de la pré-enquête et émergence de nouvelles perspectives

Au cours du chapitre I de cette thèse, nous avions déjà évoqué certains éléments d'analyse qui seront enrichis à la lumière des nouvelles données. Nous voulons reprendre ici les éléments significatifs perçus au moment de l'analyse de l'entretien semi-directif.

Nous avions tout d'abord convenu que le suicide de son père, atteint de dépression, constituait un élément central de son histoire. Samuel insistait déjà sur l'idée de ne pas vouloir d'une vie comme celle vécue par son père, qualifiée de non heureuse, ordinaire et normée. Cette perception de la vie de son père s'est donc superposée à une vison péjorative et non souhaitée de la vie d'adulte.
Plutôt que de survivre dans un modèle de vie générateur de mal-être et d'ennui « mortel », Samuel a préféré s'orienter vers des expériences « alternatives » afin de ne pas avoir à assumer les mêmes difficultés que son père avait vécues. La vente de cannabis semble d'abord lui procurer une forme d'accomplissement personnel en lui évitant de s'inscrire dans un schéma socio-professionnel traditionnel et la consommation de cocaïne apparaît ensuite comme « un moindre mal » face au vide existentiel qu'il ressentait et ressent toujours.
Par ailleurs, s'il éprouve lui-même des difficultés importantes liées à son addiction (isolement, dégradation physique, dettes, etc.), son parcours de soins semble au départ s'imposer davantage comme une réponse à l'insistance de sa famille que comme une intention personnelle et assumée. Au cours de son premier parcours de soins, il reprend finalement ses consommations et éprouve parfois des difficultés à en parler aux professionnels en raison du cadre symbolique qu'il associe à un parcours de soins. Ainsi, les reconsommations répétées de Samuel le placent dans une situation de culpabilité face à son entourage et face aux professionnels qui l'accompagnent. Cette perspective participe du codage négatif du recours à la cocaïne alors même que, dans une certaine mesure, son expérience lui montre parfois le contraire. Il s'inscrit et s'implique malgré tout dans la vie de la structure et dans les différentes activités. Il semble satisfait de pouvoir vivre en communauté au sein d'une structure qui le sécurise et limite les dommages de ses usages.
La trajectoire biographique de Samuel est marquée par les bénéfices objectifs et subjectifs liés à la consommation, alors que la perspective de l'abstinence, pourtant souhaitée, le confronte à des contradictions (faire face au vide existentiel et à l'angoisse d'une vie « normée » versus « être

autonome » et s'inscrire dans un projet socialement acceptable par l'entourage) qu'il ne parvient pas à articuler. À travers le modèle de M. Elkaïm[596], nous avions identifié un programme officiel et une carte du monde marquant certains paradoxes. D'une part, la conduite addictive de Samuel peut être lue comme une tentative d'émancipation afin d'échapper à une « vie ordinaire » et à l'angoisse de mort. D'autre part, l'échec de l'accompagnement vers l'abstinence peut aussi être envisagé à l'aune de cette perspective, puisqu'« être autonome » et donc cesser d'avoir besoin d'un accompagnement le confronte également à cette même logique de « vie ordinaire » et à la mort.

Le récit de Samuel fait état de nouveaux éléments de compréhension qui permettent d'étayer un peu plus ces premières analyses. Samuel évoque tout d'abord de nouveaux éléments liés au mal-être de son père, notamment sur les registres professionnel et affectif :

> Ma mère elle n'a jamais trop voulu nous en parler. Si, elle nous disait qu'un an avant il avait perdu sa mère, donc ma grand-mère, dont il était super proche. Il n'avait jamais encaissé la mort de sa mère et en même temps il n'était pas heureux dans son travail. Il était malade en allant travailler.
>
> Je me suis rendu compte que comme pour moi ces causes de suicide étaient pas assez fortes, je me suis peut-être inventé le fait qu'il n'était pas heureux dans sa famille. Du moins je n'ai pas voulu reproduire le même modèle.

De plus, le début des consommations de crack semble intervenir dans un contexte plus complexe que l'ennui et le simple arrêt de la vente de cannabis évoqués au chapitre I. La fin de son activité professionnelle dans l'usine de sa mère, le départ du foyer familial, la disparition de certains proches et la perte successive de ses deux lieux d'ancrage affectif ont également fragilisé son état émotionnel. Dans ce contexte, Samuel est progressivement amené à devenir adulte et « autonome » mais sans toujours y consentir.

La symbolique de l'enfance perdue, liée à l'effacement de ses souvenirs à la mort de son père, semble jouer un rôle prédominant dans ce qui se joue pour lui dans sa vie d'adulte. Il cherche perpétuellement à associer idéalité et réalité. Cette impasse provoque un vide et par voie de conséquence un immobilisme de la part de Samuel dont nous allons maintenant discuter.

VIII.2.2.2. Une subjectivité pessimiste qui brouille le processus de subjectivation : entre idéalité et réalité

À la fin de son récit, le discours de Samuel met en lumière un pessimisme patent. À la consigne

596Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas, op. cit.*

consistant à évoquer trois éléments positifs et trois éléments négatifs, Samuel se retrouve démuni. En effet, il est incapable de noter des éléments positifs qui l'animent et sur lesquels il pourrait se projeter et fonder son action. Pour ce qui est des éléments négatifs, il les énumère très facilement : « drogue, pas de travail, pas d'amis ».

Samuel explique que sa ligne de vie est marquée par des événements négatifs qui le percutent au moment de l'échange. Il a l'impression que « rien ne va ». Pour lui, sa vie est traversée par des échecs, des décès et par la cocaïne, éléments qu'il ne relie pas systématiquement, mais qui l'amènent à convoquer un registre défaitiste pour parler de sa vie.

Néanmoins, en décortiquant son récit avec lui, il est évident que des périodes de vie sont marquées par une forme de bonheur et de bien-être aux côtés de sa famille. De sa naissance à douze ans, il décrit par exemple une enfance relativement heureuse dont il se remémore des souvenirs positifs à l'occasion de l'exercice proposé. De dix-neuf ans à vingt-sept ans, il s'épanouit dans son travail aux côtés de sa mère et profite des bénéfices pécuniaires de la vente de cannabis. Samuel vit positivement le fait de vivre chez sa mère, voit sa grand-mère régulièrement, a une copine et semble également s'inscrire dans différents lieux de socialisation. Par ailleurs, il reconnaît posséder certaines qualités intellectuelles malgré un cursus scolaire en demi-teinte et surtout des qualités relationnelles associées à une forme de bienveillance. De plus, il ne sait dire si c'est le manque de détermination ou la peur qui l'en empêche, mais il s'aperçoit que malgré certaines idées noires, il est toujours en vie. Ce qu'il associe finalement à un élément positif.

Le dispositif biographique lui permettra peut-être à l'avenir de relire et de coder différemment certains événements de sa vie. Il admet d'ailleurs, à travers l'échange approfondi, que son récit actuel constitue peut-être seulement un : « un angle de vue de la réalité ».

En outre, si le récit de Samuel le montre en toile de fond, la connaissance clinique que nous avons de sa situation permet également de souligner son fréquent recours au « oui, mais ». En effet, les propositions et solutions avancées par les professionnels pour aider Samuel se heurtent en permanence à un discours venant justifier une impossibilité de passer à l'action. Évoquant sa sœur à ce propos, il précise :

> Ma sœur par exemple, qui est franche avec moi, elle me dit tout le temps : « tu as toujours une excuse pour tout, oui je consomme encore mais c'est pas facile la vie... ». Elle me dit : « tu vas toujours dire oui, mais. On est bientôt à la date d'anniversaire du décès de papa, puis à la date d'anniversaire du décès de mémé, tu vas toujours trouver une excuse pour dire oui, mais. Je consomme encore parce que ci, parce que ça ». C'est vrai qu'elle n'a pas tort.

Samuel ne sait globalement pas quoi faire de sa vie et éprouve des difficultés à sortir de son

immobilisme dont il convient lui-même : « il n'y a rien qui m'anime », « il y a des choses que j'aime, j'ai des envies, mais après j'ai toujours des excuses pour ne pas les faire ». L'échange permet par exemple de faire émerger un souhait qu'il a depuis longtemps, celui de se tourner vers les métiers d'aide à la personne :

> J'ai du goût pour faire un travail où je peux aider des gens. Mais dans ce cas ça impliquerait une reprise d'études et beaucoup de travail, beaucoup d'efforts. J'ai l'impression de ne pas avoir assez de détermination.

Au-delà d'un manque de détermination, ce projet le confronte sans doute aussi au vécu du père qui occupait lui-même un métier d'aide à la personne :

> Dans ma jeunesse, j'étais attiré par ces métiers-là, j'ai failli faire AMP[597] mais quand on m'a dit ce que c'était... j'ai dit : « laisse tomber c'est pas pour moi », parce que je me suis toujours dit que si mon père ne supportait pas ça, moi non plus je ne supporterais pas.

Plus largement, le mal-être du père face au monde du travail suscite certainement chez Samuel une peur des responsabilités et de l'implication à long terme :

> Il n'était pas heureux, qu'est ce qu'il pouvait faire à part mettre fin à ses jours ? Changer de travail ? À cette époque-là quand tu as un crédit en route et que tu as le plus gros salaire de la famille c'est chaud de démissionner de son boulot pour trouver un autre boulot, surtout quand tu as que ce diplôme-là. Lui il était infirmier, à part être infirmier qu'est-ce qu'il pouvait faire d'autre ? Et puis infirmier ça ne lui plaisait pas, il était malade tous les jours. […] En même temps arrêter ton travail ça veut dire refuser pendant quelques mois d'avoir ton salaire. Je pense qu'il s'est senti piégé.

Samuel n'a d'ailleurs jamais accepté aucun CDI. Ainsi, une partie de l'immobilisme et du pessimisme de Samuel face à ses projets professionnels trouve sans doute un écho dans le principe d'un « à quoi bon ? » en lien avec la trajectoire du père.

Dans le même ordre d'idées, Samuel entretient un rapport de dépendance assumée avec le soin :

> En structure de soins, tu ne te soucies de rien, tu vas faire les courses avec un éducateur comme si tu allais faire des courses avec tes parents, c'est pas toi qui paye, c'est pas toi qui gère le budget. Moi j'étais content, on me disait va chercher ci, va chercher ça. Je sais faire à manger, des choses d'adulte mais en même temps je suis rassuré de ne pas devoir gérer un loyer, des factures, des revenus et les dépenses qui vont avec. Moi si on me dit : « tu as autant pour acheter à manger », c'est bien ça me suffit.

Son rapport à l'usage de cocaïne semble également rejoindre la logique de l'effort minimum :

> Quand tu as connu un gros plaisir, c'est difficile de se satisfaire d'un plus petit plaisir en sachant qu'il y

597Aide médico-psychologique

> a un plus gros plaisir qui existe. Oui tu peux avoir un gros plaisir en faisant du sport par exemple, tu vas avoir tes entraînements de sport toutes les semaines et à la fin de l'année tu vas passer un concours, tu vas avoir la médaille d'or et tu auras une grosse adrénaline. Mais ça te prendra un an alors que là, il suffit de mettre un caillou dans une pipe, l'allumer avec un briquet et puis ce plaisir-là tu l'as en dix secondes. Pourquoi attendre un an quand tu peux l'avoir en dix secondes.
>
> Le piège de l'addiction je pense, c'est que c'est un moyen facile d'arriver à ses fins psychologiques, être heureux, avoir un moment d'évasion.

À ce moment précis, nous lui proposons l'hypothèse d'un lien entre sa facilité à évoluer dans l'univers du soin où « tout est pensé pour lui » et le recours à la cocaïne à effet immédiat. Samuel établit alors une connexion entre son fonctionnement et un discours entendu dès l'enfance :

> Ça me fait penser, ça revient encore une fois à ma mère en fait, ma mère qui m'a traité de feignant toute ma jeunesse. Directement ça me fait penser à ça. Comme ma mère m'a toujours dit tu es feignant, je pense qu'a force qu'on te le rabâche, tu deviens feignant. Les psychologues savent ça, quand on te matraque une idée, tu deviens cette idée. […] Je pense que ça a fait son petit effet, le fait qu'elle me le dise toutes les 5 minutes.

Samuel semble en effet avoir intériorisé en partie ce discours négatif à son encontre qui d'une certaine manière le paralyse. La construction de la représentation du travail et de l'effort pour Samuel paraît s'organiser à l'interface de l'image disqualifiante qui lui est proposée dès sa jeunesse et de l'exemple du suicide de son père :

> Autant vivre ma vie de bohème et de jeunesse un peu comme je l'ai toujours vécu, pour ne pas reproduire la même chose.

Pour autant, Samuel n'est guère satisfait de cette vie de bohème, laquelle, avec le recul, lui apparaît comme relevant de l'expression d'un échec :

> J'ai aussi envie d'être père, quand je vois des enfants, des amis qui ont des enfants, j'adore les enfants et je me dis que j'aimerais trop avoir un petit moi, une part de moi, une continuité de moi. Mais dans ma tête je me dis toujours : « tu n'arrives déjà pas à être responsable de toi-même, tu ne vas pas être responsable de quelqu'un d'autre ».

Dès lors, son mode de vie et son parcours de soins le mènent inlassablement vers une forme de déresponsabilisation et d'impasse. L'immobilisme et le pessimisme de Samuel ne sauraient être réduits à l'hypothèse d'un simple trait de caractère. Samuel est marqué par plusieurs conflits :

- Entre ce qu'il imagine des aspirations de son entourage le concernant et son incapacité à y satisfaire. Incité à trouver un travail, à trouver une compagne et à quitter le foyer familial, Samuel se complaît parfois dans une image d'Épinal qu'il a pu construire à travers une

enfance heureuse auprès de ses grands-parents et de sa famille ;

- Entre ses aspirations professionnelles et son rapport au labeur. Il veut travailler mais s'est construit sur une représentation négative de ses capacités. D'autre part, il aspire toujours aux métiers d'aide à la personne mais y a déjà paradoxalement renoncé eu égard au parcours de son père ;
- Entre ce qu'il projette parfois de la vie des autres et la lecture pessimiste de sa propre histoire. Il veut vivre une vie comme les autres mais son mode de vie le conduit dans une autre direction pour échapper à l'expérience de son père. Il veut des enfants mais ne peut pas ou ne veut pas en être responsable ;
- Entre son souhait de se défaire de son addiction et son installation dans le soin. Il ne comprend pas pourquoi il consomme toujours et aimerait être autonome face à sa dépendance mais l'autonomie le conduirait à ne plus avoir besoin des professionnels.

Entre vie rêvée et parcours émaillé de difficultés, Samuel fait tout pour ne pas être responsable tout en aspirant à un autre mode de vie qui s'appuie sur les principes de la responsabilité des adultes. Dans ce contexte, l'usage de cocaïne intervient potentiellement comme exutoire.

VIII.2.2.3. Un désir marqué de retour symbolique à l'enfance

Le récit de Samuel, contrairement au premier entretien semi-directif, permet de mettre en lumière un attachement très fort à l'ancrage familial source de stabilité. Cependant, il semble associer cet ancrage à son identité d'enfant et de jeune adulte dont il a du mal à se défaire. La représentation péjorée de son parcours et de celui de son père ne lui permet pas d'entrevoir une vie d'adulte sereine. L'idéalité chez Samuel, au-delà de la transmission de schémas familiaux, se cristallise également dans la figure symbolique de l'enfance. Une enfance heureuse, par ailleurs perdue ou effacée à la mort de son père. Toutes les époques de sa vie où il est le plus malheureux et où interviennent de manière trop excessive les consommations se situent dans les périodes à responsabilités et à faible rattachement affectif. Autrement dit, quand il se retrouve face à lui-même dans un appartement ordinaire : « Avoir des responsabilités ça m'effraie ». En outre, après avoir « perdu » son enfance et la figure du père, parfois synonyme de sécurité, Samuel perd également ses foyers d'attachement au déménagement de sa mère et à la mort de sa grand-mère :

> Je n'ai plus mon lieu repère, mon lieu où j'ai grandi, où j'étais bébé. Tous mes souvenirs d'enfance c'était chez mon grand-père, je ne les ai plus, chez ma grand-mère, je ne les ai plus. Ma maison d'enfance je ne l'ai plus non plus. En fait je n'ai plus de lieu de sécurité.

À ce propos, Samuel semble mettre en place des fonctionnements qui le ramènent toujours chez sa mère ou dans sa famille. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé à deux reprises avant sa démarche de soins, une fois chez sa mère et une fois chez sa sœur. Samuel dira d'ailleurs à ce propos mais sans terminer sa phrase : « même encore aujourd'hui, si ma mère me disait… ». Il serait en effet tout à fait prêt à retourner vivre chez elle.

L'histoire de Samuel s'apparente finalement au parcours du personnage d'un célèbre conte fantastique. Celui d'un petit garçon nommé Peter Pan qui répugne à devenir adulte. Cela caractérise une forme d'immaturité émotionnelle qui trouve potentiellement sa source dans le fonctionnement familial, certainement appuyé par la perte du chef de famille :

> C'était pas moi le chef de famille, j'étais l'enfant de la famille. J'étais enfant quand j'étais bien. À l'époque où j'étais bien, où j'habitais chez ma mère, je mettais les pieds sous la table, j'ai jamais fait à manger, j'ai jamais rien fait.
>
> Ma grand-mère, bêtise pas bêtise, je ne me faisais jamais engueuler […] jamais de restrictions, jamais d'engueulades. […] En plus, comme mon père était décédé j'étais devenu le chouchou.

Il partira d'ailleurs relativement tard de sa maison, à l'âge de vingt-sept ans, sous l'impulsion de sa compagne de l'époque. Par ailleurs, Samuel décrit une scène intéressante qui a eu lieu juste avant le début du dispositif biographique :

> En venant ici je n'étais pas bien sur la route. J'ai senti comme un mal-être. J'ai vu une femme avec une poussette et le gamin dedans. J'ai dit... j'y ai repensé et ça m'a marqué moi-même, je me suis dit : « qu'est-ce que j'aimerais bien être à la place de ce gosse, j'aimerais bien être un gosse en fait ». Tu n'as pas de soucis, l'innocence de l'enfance c'est ça... ça me manque.

Il a cependant noté « vide » sur sa ligne de vie à l'endroit de l'enfance : « En fait c'était tellement bien que je l'ai oubliée pour ne pas me faire du mal après ».

Samuel refuse alors inconsciemment toute forme de responsabilité plutôt que de se voir incapable de l'assumer. Son parcours professionnel est d'ailleurs marqué par ce souci d'absence de responsabilités. Il travaillait de manière sporadique avec sa mère, il était le « fils de » comme d'autres jeunes de l'usine et côtoyait les amies de sa mère. Il n'a jamais eu à « faire sa place ». Samuel se voit d'ailleurs très bien, comme avec sa mère, vivre toute sa vie en institution :

> C'est ce que j'ai dit au psychologue ici. Je lui ai dit : « si tu peux trouver un lieu de soins comme celui que j'ai fait et qui prend les gens à vie j'y vais tout de suite ». Au moins tu n'es responsable de rien. […] Je n'arrive pas à faire moi-même mes propres règles... mais j'arrive à suivre les règles. […] J'aime bien suivre des règles en fait.

Samuel est paralysé par l'idée d'avoir à construire son propre cadre de fonctionnement et d'avoir à

choisir ses propres contraintes. Il semble vouloir rejouer une période de sa vie dont il a été dépossédé. Il a besoin de l'autre, comme l'enfant a besoin de ses parents. Il est dépendant de cette relation et semble s'y complaire :

> Quand je n'ai pas d'argent je ne consomme pas. Quand je sais qu'on va me faire pisser dans un pot je ne consomme pas, sinon je vais me faire griller donc c'est facile. A contrario, quand j'ai de l'argent je n'arrive pas à ne pas consommer.

Nous lui demandons alors s'il souhaite que les professionnels jouent le rôle de parents avec lui :

> Oui, c'est ce que j'aimerais... ou plutôt j'aimerais bien trouver un endroit comme ça... je sais que ça n'existe pas... mais s'il y avait des postcures à vie, j'irais tout de suite.

Le récit de Samuel peut ainsi être analysé à la lumière des travaux J. Marpeau[598] puis de S. Starck[599] concernant la distinction entre travail d'éducation, travail éducatif et travail d'imprégnation. Quand le travail d'éducation se réfère à l'action du professionnel et au cadre de l'accompagnement, le travail éducatif, permis par le travail d'éducation, s'apparente à l'action concrète de l'individu lui permettant de se construire en tant que sujet autonome et réflexif. Lorsque le travail d'éducation s'appuie sur des dimensions répétitives et récurrentes qui s'imposent à l'autre, il relève davantage d'un travail d'imprégnation qui agit durablement sur l'individu et le façonne sans qu'il en soit totalement conscient.

Dans le cas de Samuel, la tentative d'un travail d'éducation auprès de lui se heurte à des difficultés d'appropriation. Le travail réellement éducatif qui revient à Samuel ne peut se mettre en place car il semble façonné, dès son plus jeune âge, par une logique d'imprégnation. Il n'a eu que peu l'occasion de s'exercer à l'effort du devenir adulte. Une partie de sa vie a été façonnée par l'étayage familial. Il s'est laissé porter par l'autre en exécutant ce qu'on attendait de lui ou ce qu'il pensait de ce qu'on attendait de lui. Ainsi, il se retrouve parfaitement dans la figure de l'usager institutionnalisé qui attend du professionnel des consignes à exécuter. Il est capable de s'imprégner des consignes en les exécutant de manière répétée mais pas de se les approprier. En effet, face à une vie autonome, tous les principes s'effondrent et Samuel se tourne alors de nouveau vers sa famille ou vers les professionnels avec un besoin de toujours plus de cadre. Le travail d'éducation ambitionne une approche non-dirigiste de l'accompagnement pour permettre à l'autre de déployer son potentiel créateur. Toutefois, Samuel ne se reconnaît pas tout à fait dans ce paradigme car il ne souhaite pas totalement devenir adulte. Alors même qu'il l'est déjà, il souhaite au contraire retrouver sa place d'enfant et rejouer le « vide » de ses premières années de vie.

598Marpeau, J. (2013). *Le processus de création dans le travail éducatif, op. cit.*
599Starck, S. (2018). Réflexions sur le travail éducatif et ses usages, *op. cit.*

À ce propos, le portrait générique du dépendant que l'on retrouve chez A. Memmi[600] trouve un écho significatif dans l'histoire de Samuel. L'auteur rappelle le caractère universel et vital de la dépendance et la manière dont le dépendant consent en partie à sa pourvoyance. Il y trouve un profit même si cela le contraint. En ce sens et comme nous l'avons déjà discuté, V. de Gaulejac postule qu'il n'y a point de sujet sans assujettissement initial. Le sujet advient à lui-même à partir d'un soi initial empreint de déterminismes et de contradictions. C'est justement la dépendance à cet assujettissement, dans la mesure où elle est fondatrice pour la survie et le devenir du « petit d'homme », qui rend le processus de subjectivation si complexe : « *Le petit d'homme est d'emblée assujetti au désir de l'autre, à celui de ses parents, et aux normes du système social dans lequel il vit. Double dépendance, sociale et psychique, qui opère par l'influence de multiples déterminations* »[601]. Il précise : « *Si la dépendance est fondatrice, l'autonomie est un processus – et non un état – par lequel le sujet tente de se construire dans la durée, comme une exigence pour "être soi-même" et une quête jamais satisfaite d'être un autre* »[602]. Un autre que le soi initial, si difficile à abandonner : « *car si la dépendance produit le sujet, comment sortir de la dépendance sans se dissoudre soi-même ?* »[603].

Peut-être touchons-nous ici au nœud existentiel relatif au parcours de Samuel. Abandonner l'enfance reviendrait à abandonner définitivement ses figures d'attachement dont celle de son père qu'il a déjà perdue une fois. Au contraire, rester enfant lui permettrait de perpétuer symboliquement l'identité construite auprès de son père. Par ailleurs, abandonner la consommation reviendrait à abandonner la démarche de soins à travers laquelle il a pu nouer de nouvelles relations d'attachement. Samuel semble avoir intériorisé la figure du dépendant et ne semble pas vouloir s'en défaire malgré les efforts fournis (par les professionnels et par lui-même). Peut-être pouvons-nous lire sa dépendance à la cocaïne comme une manière de ne pas se dissoudre face à « l'indépendance » familiale que son parcours lui a imposée. Après l'enfance perdue à la mort de son père, Samuel, par ailleurs forcé à devenir adulte en raison de son âge, se tourne sans doute logiquement vers un objet de dépendance « inépuisable ».

VIII.2.2.4. Conclusions et perspectives d'accompagnement

La manière dont Samuel raconte et analyse son histoire s'apparente d'abord à une somme

600Memmi, A. (1979). *La Dépendance, op. cit.*
601Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit.*, p. 117.
602*Ibid*, p. 118.
603*Ibid*, p. 118.

d'événements tantôt reliés, tantôt dissociés. Le registre causal se retrouve en partie dans ses propos mais n'efface pas son élan vital. Il associe d'abord son addiction à l'ennui, à la solitude et au vide sans pour autant la relier à son parcours de vie. Samuel fait preuve de peu de réflexivité face à son addiction, il résiste en tout cas à associer parcours de dépendance et histoire familiale. Il nous confiera d'ailleurs en dehors du dispositif sa crainte de renvoyer, par ce travail, la faute sur sa mère et sur les membres de son entourage. L'addiction semble lui être tombé dessus sans qu'il n'ait pu en comprendre les enjeux. Le dispositif biographique lui permet cependant d'entrevoir une nouvelle passerelle entre la perte de ses ancrages (foyers) familiaux et le début puis l'accélération de ses consommations. Pour autant, Samuel explique qu'il souhaite surtout s'émanciper de son histoire et penser à l'avenir :

> Je pense que le futur il faut le créer à partir d'aujourd'hui et c'est tout. Il ne faut pas rabâcher le passé pour créer un nouveau futur. C'est intéressant mais en même temps ça me met aussi face à l'échec de ma vie entre guillemets. Quand je vois une frise comme ça je me dis super... dans les « credo » il y a zéro point positif. En fait je pense qu'à force de rabâcher ce passé j'arrive pas à voir un futur positif. Il y a tellement de négatif dans mon passé... et je me cache derrière ça aussi en me disant : « oui mais tu as vu, ce n'est pas de ma faute, regarde j'ai eu ça... ».

Cet extrait issu de l'entretien d'approfondissement met en exergue paradoxalement une appropriation progressive de son histoire et de la manière dont il la raconte. En discutant le cadre du processus biographique, il semble finalement s'affirmer face à certains déterminismes liés à son histoire. D'ailleurs, au cours du dispositif, il semble convenir que ce n'est pas l'addiction mais bien la dépendance à l'autre qui représente l'enjeu décisif du nœud existentiel. En évacuant l'addiction, il se repositionne face à son histoire et face à son suivi thérapeutique.

Samuel arrive d'ailleurs à se défaire de la cocaïne ou à en limiter les dégâts quand il dispose d'un cadre relativement contraint. Il arrive même parfois à bénéficier de certains effets positifs de la cocaïne (plaisir, évasion, etc.).

Samuel sait maintenant ce dont il a besoin et là où il se sent le mieux ou le moins mal. L'accompagnement en addictologie et sa tendance normative ont sans doute également alimenté l'idéalité d'une vie ordinaire qui, par expérience, ne lui correspond pas. Cette idée renvoie à un des écueils du travail social mis en exergue par C. Niewiadomski : « l'illusion du "déni et de la réparation" ». Cet écueil : « *s'organise autour d'un mécanisme de défense développé par certains professionnels : le refus de reconnaître la réalité de la perception traumatisante de la désaffiliation durable des personnes dont ils ont la charge et la volonté démiurgique de vouloir guérir et réparer l'autre en supposant pouvoir répondre à tous ses problèmes* »[604]. L'impasse dans laquelle se trouve

604Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 245.

Samuel ne dépend donc pas seulement de lui. Elle dépend également du cadre de l'accompagnement proposé par les professionnels. Vivre en appartement autonome, reprendre une formation, avoir un travail, arrêter de consommer constituaient les premiers axes de travail. Cependant, lui imposer un cadre de vie conventionnel ou lui imposer l'abstinence revient à souhaiter pour lui un mieux-être dont il ne parvient pas à se saisir sur la durée.

Samuel évoque aujourd'hui un projet de pension de famille, soufflé par les professionnels et appuyé par la restitution auprès de l'équipe d'une première analyse de son récit de vie, dont il semble se saisir au moment de l'entretien d'approfondissement. Les pensions de famille sont des établissements destinés à l'accueil sans condition de durée (et donc potentiellement à vie) de personnes dont la situation sociale et psychologique ne permet pas l'accès à un logement ordinaire. Le montant du loyer est adapté en fonction des ressources des personnes qui peuvent donc y vivre sous le régime du RSA. Ces structures allient espaces collectifs et espaces privatifs permettant aux personnes de bénéficier d'un logement pérenne sans se retrouver isolées. Même si l'accompagnement global y est moins soutenu qu'en CSAPA avec hébergement, des activités et un suivi social y sont proposés par une équipe de professionnels. Certaines structures sont par ailleurs habituées à travailler avec les personnes sur des projets de régulation des consommations qu'ils ne sanctionnent pas systématiquement. Cette perspective semble finalement rejoindre les capacités de Samuel et les besoins qu'il a pu identifier à travers son expérience biographique et son expérience du soin. À propos de son projet de pension de famille, Samuel précise :

> Je cherche peut-être cette famille, cette vie de famille, mais pas en tant qu'adulte, c'est ça aussi le problème, je le cherche plutôt en tant qu'enfant. […] Je cherche cette enfance... que j'ai eu quand même, mais qui a été... je ne sais pas... trop courte ou floutée.

Si en apparence et dans certains éléments d'intellectualisation Samuel renvoie l'image d'une personne adulte et autonome, les professionnels, dont nous faisons partie, se retrouvent finalement contraints d'accepter sa double dépendance. D'abord la dépendance à l'autre puis ensuite la dépendance à la cocaïne. En parallèle, nous apprendrons que Samuel a accepté la mise en place d'une mesure de curatelle volontaire lui permettant d'éviter les débordements financiers. Il aura donc l'occasion de consommer mais sera systématiquement limité par une mesure judiciaire contraignant ses dépenses.

Le tiraillement de Samuel face à l'idéalité de ses projets de vie et face à un double registre d'imprégnation-rejet des normes sociales lié à son histoire familiale a longtemps conduit les professionnels à l'orienter vers certaines perspectives de vie normatives. L'acceptation par Samuel de sa situation reste encore fragile mais l'impossibilité pour les professionnels de modifier

drastiquement l'état des choses doit pouvoir les conduire à accepter pleinement ses résistances et la réalité de son vécu biographique. Une réalité complexe que le dispositif biographique contribue en partie à faire émerger.

Lui qui ne voulait pas d'une vie normée, d'une vie ordinaire, comme celle vécue par son père, se reconnaît dans l'idée de revivre symboliquement une vie d'enfant « en famille » au sein d'un établissement social atypique. Un établissement dans lequel il pourra, s'il le souhaite, vivre toute sa vie. Samuel délaisse ainsi en partie l'idéalité d'une vie d'adulte qu'il a longtemps souhaité et rejeté et dont il a encore du mal à dessiner les contours, pour parfaire sa construction personnelle en retournant aux sources imaginaires d'un bien-être idéalisé. Peut-être pourra-t-il alors, dans ce contexte sécurisant mais atypique de pension de famille, stabiliser ses consommations à long terme et élaborer de nouveaux projets d'adulte. Et pourquoi pas, au final, devenir abstinent.

VIII.3. Charles : Une parole longtemps éteinte

Charles est en démarche de soins depuis quelques années. Il a emprunté un parcours de soins traditionnel. Charles a débuté par un suivi en CSAPA ambulatoire l'ayant conduit rapidement vers une cure de sevrage pour ensuite investir un CSAPA avec hébergement collectif. Ces démarches lui permettent aujourd'hui d'intégrer un CSAPA avec hébergement individuel dans lequel nous nous retrouvons pour l'exposé de son récit de vie. Charles est abstinent à l'alcool depuis le début de sa cure et souhaite stabiliser cette abstinence tout en reprenant une vie autonome au sein d'un appartement thérapeutique. Il envisage de reprendre une formation et un travail mais surtout de continuer à prendre confiance en lui. L'entretien se déroule en face à face dans un bureau de la structure quelques mois après son entrée dans la structure. Après avoir réalisé de manière autonome le dessin de sa ligne de vie, Charles en fait une restitution orale dont nous présentons ci-après les grandes lignes de force.

VIII.3.1. Récit de vie

Âgé d'une bonne trentaine d'années, Charles est consommateur d'alcool depuis la fin du lycée. Vers l'âge de vingt-quatre ans, à la fin de ses études, il se renferme de plus en plus et l'alcool prend une place particulièrement problématique dans sa vie. Charles est une personne réservée qui a du mal à entrer en lien avec l'autre. Il dégage une sensibilité à fleur de peau mais sa démarche de soins

semble lui avoir permis de se révéler davantage à lui-même.

Charles est le troisième d'une fratrie de quatre enfants originaires du Nord-Pas-de-Calais. Il a un petit-frère, un grand-frère et une grande-sœur en situation de handicap. Du côté paternel, très peu d'éléments sont connus. Son grand-père était ouvrier. Il s'est remarié bien après la naissance du père de Charles. Sans avoir de certitude, Charles pense que sa grand-mère était décédée. Le remariage ferait donc suite à cet événement que le père de Charles n'a pas accepté. Cela a entraîné un conflit entre son père et son grand-père.

Du côté maternel, il est en lien avec sa grand-mère qui habite à proximité du domicile familial. Il se réfugiait d'ailleurs chez elle quand l'ambiance familiale était trop anxiogène. Charles se rappelle l'entendre se confier sur sa jeunesse en période de seconde guerre mondiale :

> Elle se rappelle qu'elle se cachait sous les voitures, qu'il y avait les bombes, des allemands, des tickets de rationnement. C'est des trucs qu'elle a encore en tête, qui l'ont marquée.

Sa grand-mère était tout d'abord mère au foyer. Elle s'occupait de la mère de Charles et de la sœur de sa mère. Toutefois après son divorce, elle s'est mise à travailler en tant qu'aide-ménagère pour subvenir aux besoins de sa famille. À ce propos, la sœur de sa mère vit toujours chez la grand-mère de Charles :

> Elle a un peu des problèmes... là elle vit toujours chez ma grand-mère, elle est isolée, elle ne voit personne. Elle a des phobies.

Sa grand-mère ne s'est jamais remariée mais elle a eu un autre compagnon avec qui elle a eu une fille que Charles connaît bien. Cependant, il n'a plus aucun contact ni avec son grand-père maternel qu'il n'a presque pas connu, ni avec le second compagnon de sa grand-mère. Charles explique que les conversations les concernant sont très rares. C'est un sujet très peu abordé dans la famille, comme beaucoup d'autres d'ailleurs. Il sait cependant que le divorce de sa grand-mère fait suite à des violences conjugales, voire intrafamiliales. L'évocation de cette situation au moment du récit provoquera de l'émotion chez Charles. Après un petit temps de latence, il nous confiera avoir entendu sa mère lui expliquer, semble-t-il, que son propre père « montait dans sa chambre » quand elle était plus petite. Charles adopte de lui-même le conditionnel pour évoquer cette situation dont il n'a pas de certitudes même s'il se souvient pourtant l'avoir entendu au cours de conversations avec sa mère. Cela manifeste peut-être une forme de posture défensive face à un événement d'ampleur peu détaillé et d'autant plus difficile à appréhender pour Charles que la communication dans la famille est difficile. À l'occasion du divorce, sa mère et la sœur de sa mère sont toutes deux parties en pension, laissant derrière elles le foyer dans lequel elles avaient grandi. D'autre part, sa grand-

mère s'est séparée de son second compagnon en raison d'infidélités de la part de ce dernier.

Le père de Charles, quant à lui, est ouvrier et a longtemps travaillé au contact de l'amiante. Son travail permet certainement d'expliquer en partie la survenue d'un cancer des voies œsophagiennes. Charles a neuf ou dix ans au moment de l'apparition de ce cancer. Le père de Charles est décrit comme une personne colérique et impatiente. Charles précise qu'il était lui-même consommateur excessif d'alcool. Une consommation qu'il a arrêté pendant une vingtaine d'années avant d'y revenir à la fin de sa vie. Son père avait un frère, décédé avant lui, et une sœur qui consommait également beaucoup d'alcool, décédée après lui. Le père de Charles se remettra finalement de son cancer, au moins pendant un temps, et décédera une dizaine d'années plus tard des suites de ce cancer. Charles a peu de bons souvenirs avec son père. Il fait état de quelques éléments d'ordre matériel, la participation financière pour l'obtention de son permis et l'achat de sa première voiture, mais rien d'ordre affectif :

> Même à Noël... il m'achetait une console, il me disait : « au moins tu me feras plus chier, je serai tranquille ». […] Pendant mes études il ne m'a pas soutenu. Il était là quand ça n'allait pas pour critiquer.

Charles décrit des relations très conflictuelles avec son père. Son grand-frère, lui aussi consommateur d'alcool, a d'ailleurs été renvoyé du foyer familial en raison de conflits :

> Ils se défiaient, mon grand-frère le défiait. […] Mon père je sais qu'il le rabaissait, c'était : « fainéant, banane ».

Cette menace pesait tout autant sur Charles : « souvent il me menaçait de me mettre aussi dehors à dix-huit ans ».

La mère de Charles était plus jeune que son père. Elle travaillait en tant que femme de ménage dans des hôtels pendant sa jeunesse. Elle s'est ensuite occupée de la maison pendant de longues années. À la mort de son mari, elle s'est remise à travailler et travaille encore actuellement en tant que femme de ménage. Charles dresse le portrait d'une femme relativement passive qui devait s'occuper de la maison et faire ce que son mari lui demandait :

> Elle était dépendante de mon père financièrement. C'est lui qui travaillait, et puis tout ce qui était administratif, papiers, elle ne gérait pas. C'est mon père qui faisait tout. Elle, en fait, elle s'occupait que de nous, faire à manger, lessives, laver... Et puis à la fin, quand mon père est décédé, elle ne savait rien faire en fait. Donc c'était compliqué, c'était quasiment à moi d'assumer tout ce qui était administratif...

Charles ne perçoit pas de scènes de tendresse entre ses parents mais plutôt des scènes de conflictualité où la mère semblait subir la colère du père : « elle n'avait pas son mot à dire ». Lorsqu'il s'agissait de conflits entre le père et les enfants, Charles se retrouvait par exemple contraint de devoir lui-même séparer son père et son petit-frère. Par ailleurs, tout comme Charles, sa mère allait parfois se réfugier chez la grand-mère. Charles avoue également avoir était dur avec sa mère pendant son enfance :

> Quand j'étais petit, je reproduisais un petit peu le comportement de mon père. J'étais assez méchant avec ma mère. Je n'hésitais pas à l'insulter, à lui crier dessus.

À ce propos, le portrait qu'il dresse de sa mère semble refléter, au moins en partie, une vision héritée du père.

À sa naissance, Charles est le troisième enfant de la famille. Un dernier petit-frère les rejoindra par la suite. À ce moment du récit, Charles insiste sur le handicap de sa sœur et sur son malaise face à ce handicap. À l'école maternelle, la sœur de Charles présentait des troubles importants de l'apprentissage. Ces troubles ont donné lieu à des tests permettant de diagnostiquer une déficience intellectuelle qui semble avoir créée une rupture avec le reste de la famille. D'ailleurs, sa sœur apparaît très peu dans les scènes de vie à la maison que Charles décrit. Son récit ne permet pas non plus de savoir si elle vit à la maison ou dans une institution spécialisée. Le sujet est, comme beaucoup d'autres, très sensible et difficile à investiguer :

> C'est vrai qu'en vieillissant, j'étais un peu mal à l'aise par rapport à son retard mental. C'est méchant, mais j'avais un peu honte d'en parler aux gens. […] Aujourd'hui ça va mieux, mais c'est vrai que par le passé... je n'osais pas en parler.

De surcroît, Charles nous fait part d'un comportement potentiellement incestueux (même si Charles ne pose jamais le mot) du père envers sa fille. Il a l'impression d'avoir entendu sa mère lui dire que son père « montait » dans la chambre de sa grande-sœur quand elle était plus petite. Charles n'est certain de rien et a peur d'opérer des confusions entre l'histoire de sa mère et l'histoire de sa sœur. Par ailleurs, ces informations semblent provenir de discussions au cours de repas de famille qui le mettent particulièrement mal à l'aise. Dans ces circonstances, Charles a tendance à boire beaucoup ce qui brouille ses souvenirs et participe de cette confusion :

> C'était en repas de famille, souvent dans les repas de famille c'est avec ma grand-mère, ma mère, mon petit frère et c'est des trucs où je suis mal à l'aise. Quand c'est comme ça je consomme beaucoup... Et puis quand c'est comme ça, on passe à un autre sujet... […] C'est sorti comme ça et puis est-ce que je ne confonds pas entre ce qu'il s'est passé avec ma mère et ce qu'il s'est passé avec ma sœur... ? […]

> C'est grave quand même ce que je dis, je n'ose pas trop m'avancer.

Charles explique s'être déjà requestionné sur ce que sa mère lui aurait potentiellement dit, sur elle-même ou sur sa sœur, en se demandant s'il ne faudrait pas en parler de nouveau avec elle. Toutefois, il n'y est jamais parvenu. Charles est certainement en tension entre l'envie de savoir et la peur de savoir :

> Je me suis demandé : « est-ce qu'il ne faut pas que j'en parle à ma mère pour savoir si ce qu'elle m'avait dit était vrai ? » Et puis finalement je ne l'ai jamais fait. Je n'ose pas trop en parler. Ça me questionne. Est-ce que je n'imagine pas des choses ? Est-ce que c'est mon cerveau qui me joue des tours ?

L'enfance de Charles est en tout cas imprégnée par la règle de conduite suivante : « on ne fait confiance à personne ». Cette dernière est soutenue en particulier par le père et renforcera sans doute l'isolement de Charles :

> Moi je dis bonjour, au revoir. […] Bonjour, au revoir... c'est difficile de créer des liens avec d'autres personnes, et d'ailleurs ma famille avait très peu d'amis. […] Est-ce que c'est mon père qui reproduit ce que faisait mon grand-père ? C'est peut-être un schéma qui s'est reproduit. […] Aujourd'hui, c'est présent et quand j'y repense... adolescent c'était compliqué pour moi de me faire des amis. Et puis quand j'en avais, souvent mon père il me disait... limite il m'interdisait les relations. Parce que c'était un quartier un peu délinquant. Il fallait que je sois méfiant par rapport à ça. […] Je pense qu'il voulait me protéger... Il ne voulait pas que je me créé un mauvais entourage. Je sais qu'il y avait une méfiance par rapport aux gens.

Une frontière très mince entre la protection et la méfiance semble se jouer dans cette règle de conduite. Se méfier de quoi ? Se protéger de qui et pourquoi ? Ces énigmes semblent encore aujourd'hui déterminer le comportement de Charles sans qu'il puisse en identifier tous les fondements et enjeux.

Charles se souvient avoir eu une scolarité correcte jusqu'à la fin de la primaire. Il avait des amis à l'école : « c'était plutôt une bonne enfance ». Il se rappelle également d'une chute marquante à la maison vers l'âge de quatre ou cinq ans où il a été conduit inconscient à l'hôpital. Il en garde une cicatrice. Vers l'âge de neuf ans il apprend le cancer de son père qui sera rapidement soigné :

> Je me souviens que j'avais dû lui rendre visite à l'hôpital avec son truc à la gorge... Je n'ai pas beaucoup parlé ce jour-là et je pense que ça m'avait choqué aussi. […] Je ne me souviens même plus de sa voix d'avant. Après il a dû apprendre à reparler.

Néanmoins, la maladie semble accentuer l'impatience et le comportement colérique du père ainsi

que l'isolement de la famille : « Déjà qu'on était une famille assez discrète... Je me demande si on ne l'était pas encore plus suite à ça ». La menace du martinet était également présente : « À la maison, une connerie, une bêtise : c'était le martinet ». Charles relate d'ailleurs une situation pourtant anodine où la sanction est tombée :

> Je jouais avec mes copains à l'extérieur, c'était l'été. Je rentre tard, mon père il me voit de loin, c'est lui qui me dit de rentrer donc il me fait comme ça avec son doigt. Il me fait rentrer, je rentre à la maison, je passe le petit couloir et puis derrière je me prends un coup de martinet par surprise.

Il se revoit également dans une autre situation courir autour de la table de la salle à manger pour fuir son père. Il se rappelle du repas préparé ce jour-là et du fait que ce soit sa mère qui le rattrape pour que son père puisse le « punir ». En grandissant, après le cancer du père, les coups de martinet semblent cependant moins présents. Charles relativise également les difficultés de son enfance : « tout n'était pas noir », en précisant qu'il était gâté, qu'il jouait parfois avec les amis de son frère dehors et qu'il se souvient de repas de famille agréables, malgré une éducation qu'il qualifie de stricte.

La présence d'un groupe au cours du dispositif biographique aurait certainement permis d'explorer davantage les différentes normes de l'enfance et de l'éducation à travers les effets de résonance entre participants. En effet, au cours de son récit, Charles semble minimiser un certain nombre d'événements de son histoire. Nous nous sommes donc permis de lui soumettre le qualificatif « sévère » pour décrire l'éducation reçue :

> Je ne sais pas si c'est strict ou sévère. J'ai du mal parce que je ne connais pas les éducations des autres personnes. Je ne sais pas si ce que j'ai reçu c'est normal. […] C'est vrai que je n'en avais pas parlé mais après une punition, donc après le martinet, j'ai des souvenirs d'être en état de choc. […] J'avais du mal à respirer, les larmes qui ne coulaient plus. […] J'étais choqué, j'étais énervé de ne pas pouvoir réagir... choqué, paralysé...

Son état émotionnel, physique et psychique du moment permet d'entrevoir, même s'il a des difficultés à l'objectiver, la violence intrafamiliale dont il était victime. À ce propos, les temps agréables qu'il décrit au sein de la maison sont finalement peu nombreux et se résument à des espaces sans violence mais, pour autant, sans trace d'affection spécifique :

> J'ai encore en tête une scène de vie normale. On est à table, mon père rentre du travail, ma mère faisait des pâtes avec du jambon. C'est un souvenir agréable finalement qui m'est resté. C'est peut-être le seul souvenir d'une vie normale j'ai l'impression. Une vie comme tout le monde pourrait avoir : le père qui travaille, qui rentre à la maison, la mère qui prépare à manger, moi qui rentre de l'école. C'est plutôt un souvenir agréable que j'ai encore en tête.

À partir de onze ans, Charles précise qu'il commence à changer en raison du harcèlement qu'il subit sur le chemin de l'école. En effet, il est régulièrement pris à partie par un petit groupe d'enfants de son âge d'une autre école : « c'était des claques, c'était se faire rabaisser. […] Et puis je comprenais pas pourquoi, pourquoi moi ? ».

À l'occasion d'une discussion avant la mise en place du dispositif biographique, Charles nous avait déjà décrit ce phénomène de harcèlement. Il le minimisait en le qualifiant de « petit » harcèlement alors même qu'il en faisait un tournant de son histoire. Ainsi au cours de son récit, il adoptera une posture plus réflexive face à ce harcèlement :

> C'est vrai que souvent quand j'en parlais je disais : « c'est un petit harcèlement ». Et finalement j'ai l'impression que ça a quand même beaucoup joué sur comment je suis actuellement. Parce que c'est là où, petit à petit, je ressentais de l'anxiété en partant à l'école, en rentrant de l'école. Et c'est là où je commençais à mettre des stratégies en place, petit à petit, pour fuir, pour ne pas les rencontrer. […] Je pense que je disais peut-être petit harcèlement parce que finalement, je n'ai pas non plus de grandes scènes de harcèlement... mais c'est parce que je mettais justement des trucs en place comme la fuite pour ne pas les rencontrer. […] J'arrivais à les esquiver... pas tout le temps. C'était des petites humiliations, c'était pas des tabassages, mais voilà c'est quand même marquant.

Charles commence à se renfermer de plus en plus au sein même d'un système familial déjà relativement fermé. Il passe son été enfermé à la maison ou chez sa grand-mère.

Au début du collège il a un camarade avec qui il fait la route, ce qui le rassure. Toutefois ce dernier se fait bientôt lui aussi harceler. Charles n'ose pas en parler à son père par peur d'être rabaissé, ni à un adulte par crainte des conséquences potentielles de la part de ses harceleurs. Il se sent bloqué et impuissant :

> Il y a un cauchemar qui revenait souvent. Je revenais de l'école, enfin je ne sais pas si c'est quand je partais ou quand je revenais de l'école mais je marchais... je marchais et puis mes jambes elles devenaient de plus en plus lourdes. Mon corps il devenait de plus en plus lourd et puis je devenais paralysé en fait. […] J'avais peur aussi que les autres se rendent compte, il y avait ça aussi. Dans mon rêve j'avais peur que les gens voient que... je ne sais pas. C'est peut-être le regard des gens qui commençait aussi à peser.

Les années de collège et les périodes de vacances scolaires suivent le même schéma d'isolement. À part les camarades de l'école et sa propre famille, il ne voit personne :

> Je n'allais plus à l'extérieur, je ne sortais plus en fait. Je rentrais chez moi, mon objectif c'était école, devoirs, console et puis c'était ça pendant des années.

La peur du harcèlement le poursuit. Charles évite à tout prix de se retrouver en situation de difficulté par des stratégies d'évitement. Ses harceleurs fréquentent d'ailleurs le même collège :

> Quand je devais me rendre au collège, je me disais : « je vais partir vraiment dix minutes avant comme ça je vais arriver pile poil à la sonnerie ».

Il arrive la plupart du temps à les éviter mais des scènes de violence se reproduisent parfois :

> Je me suis pris un coup de pied dans le dos, pareil, de quelqu'un que je ne connaissais pas. Mais je pense qu'il était en contact avec mes anciens harceleurs.

Aucun adulte au collège ne semble réagir à la situation de Charles qui se fait le plus discret possible. L'anxiété sociale le gagne de plus en plus :

> Même si j'ai rencontré quand même des bons potes, voilà ça reste des potes d'école. Sachant que je parlais très peu, j'étais plutôt quelqu'un qui était en retrait, qui écoutait les gens discuter.

Au lycée, les choses se calment un peu. Le harcèlement semble prendre fin. Ses harceleurs sont dans un lycée différent. Toutefois, la dynamique de crainte d'autrui s'est déjà installée et Charles est encore sur le « qui-vive ». Avec ses camarades du lycée, il passe parfois du bon temps mais il se cantonne à des relations peu approfondies. Charles ne voit plus personne à l'extérieur, lui qui jouait pourtant régulièrement avec les jeunes de son quartier et avec les amis de son grand-frère.
Charles obtient son baccalauréat à la fin de la terminale :

> Dans mes études j'étais quelqu'un dans la moyenne. En cours j'étais discret, c'était un peu les commentaires au niveau de mes notes : « discret », « il faudrait fournir plus d'efforts ».

L'atteinte psychologique se poursuit :

> Je me disais : « je fonce dans le mur ». Je ne vois personne, je ne parle à personne, je n'ai aucune confiance en moi. Je me disais : « comment je vais faire plus tard ? Est-ce que je vois un psychologue ? » Et puis finalement je n'ai jamais fait le pas. J'avais honte d'en parler à mes parents, d'en parler à l'école.

L'autre et le monde social deviennent source de craintes de plus en plus intenses. À l'image de la règle de conduite familiale, Charles « ne fait confiance à personne ». Une intériorisation presque pathologique de la règle du père s'opère. D'ailleurs, son expérience du harcèlement le conforte d'une certaine manière dans cette idée. Il a peu d'éléments de comparaison, mais il se rend compte qu'il n'est pas heureux. Les journées se suivent et se ressemblent. Charles commence à parler de dépression.

L'année de terminale est également marquée par le début des consommations d'alcool, pour l'heure non problématique :

> Pas régulièrement, mais voilà, je commençais à boire et je me rendais compte que l'alcool m'aidait un peu à lâcher prise, à déstresser, à oublier... […] Il y avait cette légèreté.

La première consommation d'alcool ne s'arrête cependant pas à un verre. Charles consomme du vin jusqu'à l'ivresse. Ce jour-là il est en repas de famille élargie. Une nouvelle fois, il ne se sent pas à l'aise et l'alcool atténue cette sensation d'anxiété :

> Pendant la terminale, la première fois où je consomme de l'alcool, c'est dans un repas de famille. On était une trentaine, des personnes de la même famille mais personne ne parlait à mon père ou très peu. On était un peu isolés par rapport aux autres familles. […] Je me souviens que je buvais du vin, du vin, du vin, du vin, et puis là c'est ma première cuite. […] Je m'étais mis une cuite... Je m'ennuyais, je ne me sentais pas à ma place, j'étais un peu renfermé donc je n'osais pas aller voir mes cousins et cousines. Je restais assis finalement. Je faisais en sorte que ça se passe le moins péniblement. L'alcool ça aidait […] à mieux endurer la situation, je n'allais pas vers eux pour autant. […] L'alcool ça baisse peut-être ma tension, mon anxiété... mais même avec l'alcool j'ai quand même du mal à parler aux gens, ça reste quand même très ancré en moi.

Charles a également une expérience de consommation d'ecstasy pendant ses études supérieures. Alors invité à une soirée proposée par une cousine, où il a surtout l'impression de servir de taxi, il ingère une pilule d'ecstasy et apprécie les effets relaxants, empathogènes et désinhibants de la substance. Toutefois, cela ne le conduit pas à investir les conversations ou à danser. Il reste dans son coin et ne parle pas aux autres :

> J'étais assis dans le fauteuil et ça m'aidait à passer la soirée. Si j'avais encore eu des contacts avec ces gens-là, je pense que je serais tombé dedans. Parce que le lendemain matin je voyais ça comme un truc génial. Ça baisse mon anxiété... ça me rendait heureux... Finalement dans mon malheur où je ne vois personne, où je suis renfermé, quelque part ça m'a évité de tomber dans la drogue parce que je n'avais pas les connaissances.

Ainsi, après le baccalauréat, Charles débute un premier DUT[605] qu'il n'obtiendra pas. La directrice de l'établissement lui permet néanmoins de rejoindre la deuxième année d'un autre DUT, dans le champ de la maintenance. Les études sont compliquées pour lui. Il a des examens où il doit s'exprimer oralement, il doit se rendre en entreprise pour des stages, passer des coups de téléphone :

> C'était horrible pour moi. […] À la fin de mon DUT je devais passer une soutenance. Je me souviens que j'avais bu une bouteille, enfin pas une bouteille de vodka, mais je me suis pris un shoot de vodka.

Charles validera tout de même son DUT mais toujours dans la douleur. D'autre part, il voit les étudiants faire des soirées, s'amuser alors que lui continue à avancer en baissant la tête. Il prend une nouvelle fois conscience que cela le mènera dans un mur, tôt ou tard.

En parallèle, son père décède lors de l'échec de son premier DUT :

605Diplôme universitaire de technologie.

> Ça ne m'a rien fait en fait. À la limite c'est méchant mais je me suis dit ça va peut-être me libérer. […] En plus, je voyais que mon petit-frère devenait un peu comme moi. Très renfermé, il parlait très peu. Quelque part c'est méchant mais je pense que quand mon père est décédé... au moins il n'y avait plus ces embrouilles avec lui...

Charles précise d'ailleurs que son père s'était remis à boire à la fin de sa vie et qu'il le conduisait parfois au supermarché pour acheter de l'alcool :

> Quand il s'est remis à boire il cachait ses bouteilles dans la cave et il ne faisait pas ça devant nous, c'était toujours... un peu vicieux. Il avait arrêté pendant plus de 20 ans.

Les raisons de cet arrêt ne sont pas expliquées, mais Charles explique qu'il le voyait se laisser mourir à la fin de sa vie.

Vers l'âge de vingt-trois ans, lorsqu'il obtient son DUT, Charles doit se confronter au monde professionnel. Il en est alors incapable. Dès lors, il sort de l'univers scolaire, le seul univers qui le maintenait dans le monde social, et se retrouve sans projet chez lui avec sa mère et son petit-frère.

Les consommations d'alcool sont alors présentes mais toujours pas de manière problématique. Mal à l'aise avec son corps, il se lance tout d'abord dans une pratique excessive du sport. Il devient obsessionnel vis-à-vis de son alimentation et cherche à sculpter son corps mais aussi à maigrir :

> Limite de l'anorexie. […] Je pesais mes aliments. Si je mangeais un truc en trop ça m'empêchait de dormir. Tous les matins, je me pesais. […] Et j'ai terminé à l'hôpital parce que je faisais des crises d'angoisse le soir quand je dormais, je ne savais plus si c'était un rêve ou si c'était vrai. […] Et en même temps, comme je n'avais plus de vie sociale il fallait que je m'occupe.

À l'issue du passage par l'hôpital, Charles se tourne davantage vers l'alcool par l'intermédiaire de son frère aîné :

> Il buvait déjà beaucoup à ce moment-là. Je sais que tous les mardis on allait le chercher à son travail avec la voiture. […] On allait chez ma grand-mère. Ça a commencé par une bière. La semaine suivante c'était une bière, deux bières, trois bières et puis après on est passé au pastis. Ça s'est installé tout doucement.

Dans un second temps, sa consommation d'alcool s'est installée comme récompense :

> Après, ma mère a commencé à m'acheter des bières pour me remercier de la déposer à son travail, de faire ses papiers. C'était un moyen de me payer, de me remercier. […] Quand j'allais chercher mon frère au boulot, il me récompensait comme ça, avec une canette.

Au départ, Charles arrive à gérer son pack de bières, mais plus le temps avance plus le pack est consommé rapidement. Il commence de nouveau à sentir la situation lui échapper. Dès lors, Charles

tente d'arrêter par lui-même. Ce qu'il parvient à faire pendant quelque temps en se tournant à nouveau vers le sport et l'alimentation mais cette fois sans excès. Cependant, lors d'un repas de Noël, il se retrouve confronter à une difficulté de taille. Parvenu à éviter les consommations d'alcool ce jour-là, il reçoit en cadeau un ensemble de bières :

> Je les ai mises à la cave. Et puis le deuxième jour, j'ai craqué. J'en ai bu une, puis la deuxième, puis la troisième, et puis après c'était reparti... du rosé, du Ricard... jusqu'à ce que j'arrive en postcure.

Ainsi, pendant plusieurs années, Charles sombre dans une dépression rythmée par ses consommations et ne voit que sa famille proche. Il fait face à des idées noires et des envies suicidaires. Il décrit une période de vide total. De plus, la dépendance physique s'est installée. En se levant le matin il ressent le manque. Il consultera son médecin généraliste pendant cette longue période mais sans résultat spécifique.

Vers l'âge de trente-trois ans c'est finalement sa mère qui le conduira dans un CSAPA ambulatoire sous prétexte d'un suivi administratif :

> C'est ma mère qui m'a emmené par surprise. Elle ne m'a pas dit que c'était un truc sur l'alcool, sur les dépendances. Elle m'a dit : « c'est pour tes papiers », parce que comme je le disais, je n'avais plus d'espoir, j'ai tout laissé tomber, je n'avais plus de CMU, plus de RSA, rien du tout. Elle m'a amené par surprise en me disant : « ils vont faire tes papiers ». Je m'en rends compte, je vois la psychologue et tout de suite ça m'a soulagé. J'ai accepté le soin tout de suite.

S'ensuit un suivi hebdomadaire. Charles se libère peu à peu. Il peut enfin exprimer certaines de ses souffrances. Il voit ensuite une psychiatre qui hésite à lui proposer des médicaments étant donné son contexte de consommations. Elle évoque alors l'idée d'une cure de sevrage que Charles accepte. Néanmoins, le rapport de dépendance qui semble s'être installé vis-à-vis de lui de la part de sa mère et de sa grand-mère le fait douter. Il a passé beaucoup de temps avec sa grand-mère avant le soin et s'est beaucoup occupé d'elle. Il l'emmenait se promener, la conduisait aux rendez-vous médicaux et faisait ses courses. Lui qui, plus jeune, se tournait vers sa grand-mère quand des conflits éclataient à la maison ou quand il avait besoin de calme, se retrouve face à un conflit de loyauté :

> J'avais l'impression que si je partais en soin, je l'abandonnais. Sachant qu'elle, elle était là pour moi... […] Et puis ça me faisait mal au cœur parce qu'elle commençait à avoir du mal à marcher donc je m'inquiétais encore plus.

Charles ressent le même sentiment vis-à-vis de sa mère qui se montre d'ailleurs plus directe :

> Si je rentrais en soins, je me demandais ce que ma mère ferait sans moi comme elle était assez dépendante de moi, de ma voiture, pour ses papiers. C'était compliqué pour elle, pour la gestion de son argent. Donc il y avait un petit chantage. Elle me disait : « tu vas rester avec moi, tu vas rester avec

> moi... ». Si je partais elle disait qu'elle allait se laisser mourir, qu'elle avait plus de raison de vivre. Donc il y avait un chantage par rapport à ça.

Il entre malgré tout en cure de sevrage pour environ trois semaines, reprend espoir et confiance en lui. Il y fait de nouvelles rencontres et arrive finalement à faire confiance aux professionnels. En outre, des préjugés tombent vis-à-vis des autres personnes accompagnées, il s'ouvre en groupe de parole. Charles se rend compte qu'autrui n'est pas seulement source de domination, ce qu'il semblait avoir perdu de vue : « Les autres m'ont encouragé, ils me disaient : "c'est bien, tu vas t'en sortir, tu le mérites." ». Le monde extérieur finit par lui « ouvrir les bras » et la règle de conduite familiale s'apaise. Un traitement contre l'anxiété l'aide également à se sentir mieux. Il souhaite alors approfondir la démarche en allant dans une postcure (CSAPA avec hébergement) sur du plus long terme. Charles précise également qu'il veut surtout ne pas retourner chez lui : « Je n'en pouvais plus de ma maison, de ma chambre, de la console, de l'alcool ». Néanmoins, dans un premier temps, l'image qu'il se fait de la postcure est assez négative :

> Une sorte de camp de redressement. […] Je voyais quelque chose d'assez triste. On te remet dans le droit chemin.

Par ailleurs, l'idée de la vie en communauté lui fait peur et il a du mal à s'adapter. Finalement, Charles tisse des liens avec les éducateurs et les personnes accompagnées. D'autre part, son traitement contre l'anxiété fait de plus en plus effet :

> Le regard des gens je l'ai senti d'un coup partir en fait. Je ne sais pas, ça m'a marqué ce moment-là. Puis après, quand j'ai senti ce truc-là, je pensais que c'était gagné : « ça va aller de mieux en mieux, c'est génial ». Et en fait non, ça ne fait pas tout. Cette sensation elle est partie, mais derrière il y a un travail psychologique à faire.

Il s'engage alors dans un travail approfondi en postcure qui porte ses fruits. À la suite de ce parcours, il prendra la décision d'intégrer un appartement thérapeutique autonome au sein d'une structure dans laquelle nous le retrouvons pour l'exploration de son récit de vie.

VIII.3.2. Commentaires et hypothèses

VIII.3.2.1. « Ne faire confiance à personne », ou comment dissoudre un sujet en émergence par la honte

La règle de conduite familiale portée notamment par le père consistant à ne faire confiance à

personne semble s'être matérialisée chez Charles par l'installation d'une anxiété sociale pathologique. Confronté lui-même à la violence du monde extérieur, Charles a suivi le précepte parental. Le harcèlement subi pendant l'enfance et l'adolescence octroie une forme de légitimité et de vérité à cette règle. En effet, lorsque Charles est confronté au monde extérieur, il fait face à la domination d'autrui sans d'ailleurs comprendre pourquoi. À l'école, personne ne semble réagir à son mal-être grandissant. Cette absence de réaction de l'adulte est certainement liée en partie à l'inhibition de Charles qui cherche à se fondre dans la masse plutôt qu'à s'affirmer face aux autres. Il a honte d'être victime de violence, n'ose pas en parler par peur des représailles et s'adapte alors, par des stratégies d'évitement, à sa situation de harcèlement. À la maison, le constat est le même. Il subit des violences de la part de son père sans en comprendre la logique, comportement par ailleurs relayé par la relative passivité de sa mère qui est parfois contrainte de « collaborer ». Ainsi, dans son foyer, il ne sent pas non plus en sécurité. L'absence de fondements affectifs, nécessaires à la constitution d'un sujet, l'amène à se renfermer sur lui-même.

En outre, l'histoire familiale de Charles est traversée par un ensemble de secrets de famille et de non-dits. La question de Charles relative à l'inceste ou à la violence subie par sa mère dans l'enfance, et potentiellement par sa grande-sœur, reste sans réponse. D'ailleurs, Charles n'ose pas la poser, mais il se remémore des éléments de discussion qui déclenchent une forte émotion chez lui mêlée certainement à un sentiment de honte. En tant qu'interlocuteur, l'attention portée à cette émotion et la vigilance face à une histoire sans réponse claire nous ont conduit à peu investiguer ces aspects. En particulier à propos de la situation de la sœur de sa mère souffrant de phobie sociale et celle de la grande-sœur de Charles. Cette dernière apparaît au début du récit, puis elle se dissout dans l'histoire de Charles, mal à l'aise avec son handicap. Le handicap de la sœur est également facteur de honte potentielle au sein de la famille.

Le flou apparent concernant la place de la sœur ; l'inceste hypothétique du père envers sa fille ; la situation de conflit voire de violence intrafamiliale du père envers ses fils ; l'histoire familiale du père qui n'a jamais accepté le remariage de son propre père avec sa belle-mère ; l'histoire de la mère a priori victime d'inceste de la part de son propre père et la phobie sociale de la sœur de sa mère, expliquent ici en partie la règle de conduite consistant à s'isoler et à ne faire confiance à personne.

À ce propos, le psychiatre J. Maisondieu propose une analyse intéressante de ce type d'atmosphère familiale qui semble rejoindre certains éléments concrets du récit de Charles. L'auteur précise : « *C'est bien parce que les jeux relationnels entre les différents membres de la famille sont perturbés que des situations troubles se créent. Elles sont propices à des passages à l'acte, eux-mêmes favorisés par l'érosion des barrière éthiques sous l'influence de l'alcool et par la fermentation des affects dans un univers clos interdit aux étrangers. Indiscutablement, c'est l'inceste entre père*

alcoolique et fille(s) qui est le plus classique. Lorsqu'un homme épouse une femme qu'il prend pour remplacer sa mère, alors que de son côté la conjointe règle des comptes avec lui, qu'elle prend pour son père, il y a un certain flou dans les frontières transgénérationnelles, et ce n'est pas l'alcool, bien au contraire, qui permettra de mieux se repérer. Dans cette confusion la fille est d'autant plus facilement considérée comme objet possible du désir que la femme se refuse à son mari (puisqu'il est le père) et/ou ne peut être abordée sans le secours de l'alcool (puisqu'elle est la mère). Malencontreusement l'interdit de l'inceste s'inscrit davantage entre les conjoints qu'il ne se place entre parents et enfants. Si on ajoute que pour notre homme les femmes sont des moins que rien, la fillette risque fort d'être en danger »[606].

L'organisation systémique de la famille s'opère donc davantage sur le modèle d'un système fermé que sur le modèle d'un système ouvert évoluant avec son environnement. Cette perspective empêche la famille, elle-même en décalage avec le reste de la famille élargie, de se réguler sainement. Le père y prend une place centrale, autoritaire, pendant que la mère occupe une place de second plan, plus ou moins contrainte à la passivité. L'enfermement de la famille et sa rigidité peut permettre d'éclairer la personnalité de Charles qui peut alors être lue à l'aune de cette perspective. En effet, si la personnalité peut être envisagée comme un système ouvert en échange perpétuel avec son environnement, il doit alors se conformer aux critères suivants des systèmes ouverts : « *Ils admettent et émettent matière et énergie, ils réalisent et maintiennent des états stables (homéostasie), ils produisent un accroissement d'ordre au cours du temps, enfin ils comportent de vastes relations transactionnelles avec l'environnement* »[607]. Toutefois, force est de constater que la personnalité de Charles échoue dans un premier temps à respecter l'ensemble de ces critères. La conduite de dépendance face au sport ou à l'alcool peut alors être envisagée comme une manière de s'auto-réguler, par un principe d'homéostasie ou de normativité par essence fragile, face à une image parcellaire du monde extérieur. D'une part, face à la rigidité de sa propre famille, qu'il a du mal à comparer faute de représentations alternatives de modèles familiaux. D'autre part, face aux jeunes de son quartier qui abîment l'idée de la découverte positive de l'altérité. L'atmosphère et la communication délétère au sein de la famille empêchent Charles de s'affirmer en tant que sujet à part entière. En tant qu'enfant, il doit se conformer à des règles qu'il ne comprend pas et en subit les conséquences, par exemple lorsqu'il sort jouer dehors. À l'âge adulte, il est parfois perçu à travers une perspective « utilitariste » : s'occuper des papiers, gérer l'argent, effectuer les conduites diverses, etc. L'obtention du permis de conduire représente d'ailleurs un élément de libération pour

606Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 443-444.
607Clapier-Valladon, S. (1986). *Les théories de la personnalité.* Paris : Presses universitaires de France, p. 115.

Charles sur lequel il revient régulièrement au cours de l'échange. Néanmoins, il sent bien que cela contribue davantage à rendre service à l'autre (se rendre au supermarché pour son père, faire les courses pour sa grand-mère, conduire sa cousine en soirée, etc.) plutôt qu'à lui-même. Une part plus complexe de la personnalité de Charles s'élabore dans un assujettissement à un environnement familial fragile dont il semble avoir honte. Il s'agit en effet d'un environnement statique et rigide qui n'intègre pas certains éléments du monde extérieur, sans doute pour se protéger mais peut-être aussi pour se cacher d'une histoire empreinte de fonctionnements et d'agissements troubles dont Charles hérite sans le vouloir.

Pour V. de Gaulejac, la honte est un « méta-sentiment » caractérisé par : « *une chaîne associative d'éléments disparates, réels et/ou fantasmatiques, qui sont reliés les uns aux autres dans un ensemble. […] On constate une imbrication d'enjeux affectifs, sexuels, émotionnels et sociaux* »[608]. Il ajoute : « *Si le sentiment s'enracine dans l'enfance, il se consolide par étapes au fur et à mesure que l'enfant grandit, et envahit, petit à petit, l'ensemble de la psyché. Il a peut-être des racines inconscientes mais semble lié surtout à des situations vécues par l'enfant ou l'adolescent, relayées par un contexte familial où dominent le secret, la déconsidération et l'opprobre* »[609]. Malgré la diversité d'éléments pouvant constituer le sentiment de honte, l'auteur identifie des composantes récurrentes dont certaines que l'on peut observer dans la situation de Charles :

- La défaillance parentale et l'effondrement de l'image parentale idéalisée » : « *l'enfant est humilié, soit à cause de ses parents, soit devant eux, sans qu'ils interviennent pour le protéger* »[610].
- Le sentiment d'infériorité : « *la honte s'enracine dans le sentiment d'être différent des autres. Être plus petit, plus démuni, plus imparfait, plus coupable* »[611].
- La violence : « *violence physique, parfois, violence symbolique, souvent, violence des relations familiales et psychologiques, toujours. Le sujet est confronté à une invalidation fondamentale. Pour des raisons diverses, on lui signifie qu'il est fondamentalement insatisfaisant ou inadéquat* »[612].
- Le non-dit : « *la honte s'installe parce qu'elle est indicible. Elle est indicible parce qu'en parler conduirait à mettre à jour des choses inavouables et au risque d'être soi-même désavoué* »[613].
- L'inhibition : « *les humiliations ne sont productrices de honte qu'à partir du moment où le*

608Gaulejac (de), V. (1996). *Les sources de la honte, op. cit.,* p. 62.
609*Ibid*, p. 61.
610*Ibid*, p. 63.
611*Ibid*, p. 64.
612*Ibid*, p. 64-65.
613*Ibid*, p. 67.

sujet est dans l'incapacité de réagir. La révolte interne que l'agression suscite ne pouvant se décharger vis-à-vis de l'agresseur, elle est intériorisée. […] Une fois installée, la honte devient alors inhibition. Le sujet redoute toutes les situations qui pourraient réveiller sa blessure. Il les évite, tend à s'isoler, à se replier sur lui-même, à se couper de toute relation pour ne pas risquer de revivre une telle violence »[614].

Charles subit la violence du père corrélée à la relative passivité de la mère, il subit un harcèlement extérieur sans que personne ne réagisse à son mal-être et sans en comprendre les raisons. Il se sent diminué et peu armé face à ce qu'il traverse. Charles aimerait réagir mais intériorise petit à petit sa honte, il se retrouve physiquement paralysé quand il subit les coups de son père. De plus, en évitant par exemple certains chemins pour se rendre à l'école, il contourne ses difficultés qui paradoxalement s'enkystent. Charles, par ailleurs baigné dans un univers familial trouble, se renferme d'autant plus sur lui-même. Les non-dits provoquent l'intériorisation d'un mode de communication éteint où le sujet ne peut que s'effacer. Charles est contraint d'adopter une posture défensive. Ses réactions défensives s'organisent d'abord autour du repli sur soi, puis ensuite autour des consommations d'alcool. V. de Gaulejac précise : « *Les réactions défensives désignent la façon dont un sujet apprend à vivre avec la honte, en se cachant, en la cachant, en essayant d'y échapper ou en la camouflant avec d'autre sentiments. Le repli sur soi, le secret, l'alcoolisme, la dérision, l'orgueil sont autant de réactions qui révèlent son existence* »[615]. Par ailleurs, Charles ne porte pas à lui seul le sentiment de honte. Sa famille, elle aussi, semble porter ce sentiment dont Charles hérite plus ou moins consciemment. Les parents se renferment également sur eux-mêmes. « *Dans la genèse du sentiment de honte on trouve souvent un secret qui tente de dissimuler une faute, un inceste, un crime, un suicide, une liaison illégitime, une maladie honteuse, une déchéance sociale, un déshonneur* »[616]. Si le secret reste par essence indicible, il peut néanmoins être transmis : « *les histoires de famille sont nourries de secrets dont personne ne parle et que tout le monde connaît. Mais ce savoir est ambigu. On sait qu'il y a quelque chose à savoir sans savoir exactement quoi. Il y a donc une trace, symptôme de quelque chose, sans que l'origine en soit connue. Le secret est donc paradoxal : il ne fait pas directement partie de l'histoire vécue et pourtant il structure cette histoire, il la surdétermine, il est agissant dans le psychisme, il est "marquant"* »[617]. La situation de Charles peut sans doute être lue à l'aune de cette perspective. Il hérite des secrets de famille liés à des situations potentielles d'inceste mais il hérite aussi de la probable culpabilité parentale liée au handicap de sa sœur. Charles se trouve contraint d'en subir les conséquences voire de les assumer

614*Ibid*, p. 68-69.
615*Ibid*, p. 241-242.
616*Ibid*, p. 242.
617*Ibid*, p. 243.

comme le souligne V. de Gaulejac : « *Ce n'est pas seulement de culpabilité qu'il souffre, mais de la honte d'être l'enfant d'un adulte coupable qui ne se reconnaît pas comme tel et qui refuse de s'amender. C'est parce que l'adulte n'a pas eu honte et n'a pas su, ou pas voulu, réparer sa faute que l'enfant a honte, jusqu'à se sentir lui-même coupable de la faute de son père ou de sa mère* »[618]. Le secret, plutôt que de la cacher, finit par alimenter la honte qui conduira inexorablement au repli sur soi et à une nouvelle source de honte. On peut alors observer chez Charles comment la consommation d'alcool permet d'atténuer son inhibition et par exemple de supporter les repas de famille où il ressent un décalage obscur entre ses parents et les autres membres de sa famille. L'alcool neutralise ainsi la tension qu'il ressent mais sans l'annuler complètement. En outre, c'est à force d'y recourir pour atténuer sa double honte (celle héritée et celle attenante à sa réaction de repli) qu'il se perd dans l'usage et que la dépendance s'installe. Il finit par perdre le sens de sa conduite. Honte et dépendance sont ici intimement reliées. C'est peut-être ce que Charles exprime quand il dit qu'il éprouve plus de facilité à parler de sa dépendance que de son inhibition :

> C'est plus difficile pour moi de parler de mon anxiété sociale que d'alcool. Ça peut étonner mais c'est vrai que j'ai moins honte de parler d'alcool... peut-être que l'anxiété sociale c'est un peu plus honteux.

L'inhibition intervient comme une réaction initiale à l'atmosphère familiale, qui constitue le nœud de sa honte, mais alimente une nouvelle source de honte. C'est parce que la consommation d'alcool est perçue comme moins honteuse qu'elle lui permet de corriger le reste. Toutefois, c'est aussi pour cela qu'elle s'installe dangereusement. Ainsi, si ses réactions défensives l'aident à vivre avec la honte, elles ne l'aident pas à s'en dégager totalement. Selon V. de Gaulejac, les mécanismes de dégagement nécessitent un travail approfondi : un travail d'ordre psychique pour sortir de l'inhibition et redéployer l'imaginaire, la création, la projection positive ; un travail de restauration de l'histoire personnelle pour se repositionner comme produit et surtout producteur de son histoire ; un travail de déconstruction des normes sociales (notamment celles renvoyant à l'illusion de la perfection ou de la réussite) et des formes de pouvoir qui s'exercent sur les individus (l'auteur évoque par exemple l'option du militantisme ou encore de l'humour). De notre point de vue, c'est après ce travail que l'alcool pourra être évacué consciemment ou renégocié pacifiquement.

VIII.3.2.2. Entre impression de duperie et souhait de s'ouvrir au monde social

Lorsque nous évoquons avec Charles les « credo » qui l'animent actuellement, ce dernier revient sur la règle de conduite familiale. Charles a l'impression d'avoir été trompé par les références familiales

618*Ibid*, p. 245.

face au monde social. Ainsi, il insiste sur l'idée de « ne plus s'écouter ». Le sens que revêt ce nouveau « mantra » s'explique par le souhait de ne plus avoir envie de faire confiance à ses croyances passées : « si tu sors, ça va mal se passer », « les gens, ces enfoirés », « si tu te confies à quelqu'un, ça va se retourner contre toi ». Des croyances intériorisées dès l'enfance et renforcées par la suite :

> Ce sont les choses qu'on me faisait comprendre quand j'étais petit et qui se sont installées petit à petit. Je sais maintenant, j'en ai conscience, que ce qu'on a ancré dans ma tête n'est pas forcément vrai. Mais c'est dur quand même de passer au-dessus. Les points positifs, c'est quand j'arrive à passer au-dessus de ça. Je prends conscience que les croyances sont fausses. J'en prends de plus en plus conscience. J'ai du plaisir à passer au-dessus de ça. À la fin il y a une récompense dans la tête ou une légèreté et puis je revis. Ça me bouffait des heures, des opportunités, je le vois bien. […] Je me mettais des barrières. Et les points négatifs c'est que ça me demande beaucoup d'énergie de passer au-dessus de ça. Souvent je tourne beaucoup en rond dans l'appartement, je réfléchis à des choses, j'anticipe les choses et je dépense beaucoup d'énergie. J'ai aussi l'impression de m'être fait avoir. On m'a trompé. […] On m'a formaté dans un truc.

Il regrette de ne jamais avoir pu en parler plus tôt, par exemple à un ou une psychologue. Il garde à l'esprit que sa situation aurait pu être différente s'il avait pu trouver des personnes ressources. Charles ne comprend toujours pas les raisons de ce renfermement de la famille même s'il explique que cela vient certainement de plus loin. Son père, contrairement à sa mère, était très peu proche de sa famille même s'ils se voyaient parfois : « C'est vraiment mon père où j'ai senti, où je sens qu'il y a un problème, qu'il était, je ne sais pas... isolé... ». La sœur de son père, décédée après lui et quelques jours avant ce travail biographique, était apparemment plus en lien avec la famille et le monde extérieur. Comme nous l'avons évoqué plus haut, le comportement d'isolement de son père trouve peut-être sa source dans le conflit lié au remariage du grand-père (après le décès de la grand-mère) jamais accepté par le père de Charles, mais peut-être aussi dans le handicap et dans la situation qui entoure la grande-sœur de Charles. De plus, l'histoire familiale de sa mère et de la sœur de sa mère, isolée chez la grand-mère, semble recouvrir un certain nombre de zones d'ombre liées au grand-père maternel qui contribuent peut-être également à cet isolement, mais cette fois de la part de la mère.

Dans le même ordre d'idées, Charles n'a jamais entretenu de relation amoureuse faute de rencontres. La simple idée d'avoir à emmener une fille chez lui pour la présenter à son père le paralysait. Le principe de ne faire confiance à personne transparaît également au sein même du cercle familial. La libération, pour Charles, s'opère au moment de la rencontre d'une psychologue au sein d'un CSAPA puis de sa démarche de soins. Charles peut enfin mettre des mots sur ce qu'il traverse sans crainte

d'être jugé ou malmené. Il « lâche prise » par un autre biais que l'alcool. Dès lors, l'entrée en soin constitue pour Charles une manière de s'émanciper d'un cadre de vie aliénant tout en aspirant à une vie autonome, en dehors de sa famille. Il se projette à nouveau dans un travail et dans la construction d'une vie sociale.

VIII.3.2.3. Registres existentiels du recours à l'alcool et influence de l'histoire sociale et familiale

L'arrivée de l'alcool dans la vie de Charles semble d'abord se manifester par la présence de la consommation chez certaines figures d'autorité comme son père, qui arrêtera pendant une longue période sans que nous n'ayons d'éléments de précision, ou la sœur de son père. La consommation d'alcool apparaît également chez son grand-frère avec qui il va d'ailleurs commencer à consommer de manière excessive. Par ailleurs, l'alcool intervient ensuite comme un renforcement positif de ses « bonnes actions ». Lorsqu'il rend service à son entourage, on le récompense en lui achetant des bières. Cela contribue sans doute à installer une forme d'apprentissage social de l'usage de l'alcool qui ici fragilise son rapport au produit. La consommation d'alcool prend valeur d'usage-récompense qu'il associe de fait au « travail » fourni.
En outre, l'anxiété sociale et la honte dont il souffre trouvent une solution dans l'usage d'alcool. C'est un moyen de se désinhiber, d'atténuer ses angoisses, mais aussi de rompre avec l'histoire de sa famille. Les révélations sur les potentiels abus subis par sa mère et sa sœur apparaissent d'ailleurs à l'occasion de repas au cours desquels Charles s'alcoolise. Incapable d'accueillir une histoire complexe et trouble, il trouve dans l'alcool une manière de se rendre sourd aux traumatismes familiaux.

Le sport puis l'alcool et même l'expérience de l'ecstasy interviennent dans un ensemble complexe de conflits internes et familiaux. L'atmosphère intrafamiliale annihile une part de la personnalité de Charles qui se trouve contraint de devoir naviguer dans une quête de soi instable :

> J'ai l'impression d'avoir refoulé une personne en moi finalement, à force de tout garder. À la fin je suis devenu une coquille vide. Je gardais tout pour moi. Puis à un moment, ça n'allait plus, je n'arrivais plus à garder, et je buvais, buvais, buvais. C'était un peu ma solution pour lâcher prise. […] J'ai l'impression qu'on m'a empêché de devenir quelqu'un. Je ne pouvais pas m'exprimer, je ne pouvais pas tenter des choses, faire mes expériences.

L'absence de réciprocité relationnelle et émotionnelle contraint sa parole. Plus qu'une fuite, Charles

cherche surtout une manière de contrecarrer ce que les autres ont fait de lui. Dès l'adolescence, il se rend compte que l'isolement de la famille et son isolement personnel face aux violences subies le conduisent vers une impasse. Il sait qu'il doit faire quelque chose sans pourtant trouver une écoute attentive auprès de ses proches ou de l'institution scolaire. Faute d'appui et de ressources, il se tourne vers l'alcool qui s'inscrit par ailleurs dans un cadre normatif acceptable au regard de l'histoire familiale.

La figure de l'homme-objet semble davantage se retrouver dans l'expérience de son histoire (incapable de s'affirmer face à son père ou face à ses harceleurs), plutôt que dans l'expérience de la consommation excessive d'alcool. Une consommation qui prend alors valeur thérapeutique dans un contexte dénué de ressources affectives profondes, même du côté de sa mère ou de ses frères :

> Quand ma mère me déposait en primaire, je voyais que tous les petits faisaient la bise à leur mère et moi, non... Je partais comme ça. Je n'avais pas ce lien... que je n'ai pas non plus aujourd'hui. Je vois ma mère mais c'est vraiment pour dire de la voir, sinon je ne le ferais pas. Je le fais plus pour elle que pour moi.
>
> Avec mon frère je n'ai pas de problèmes, mais on n'a pas besoin de s'appeler deux fois par semaine, trois fois par semaine... Il y a peu de liens entre nous. Il y a peu de contact entre nous. C'est un peu ce qu'on a gardé de notre enfance.

À défaut de contenance et de sécurité affective, pétri de honte et de peur pour reprendre les théories de l'alcoolisme proposés par J. Maisondieu[619], Charles trouve auprès de l'alcool une forme de relation qui l'apaise mais qui finira par le déborder.

À l'instar des travaux du philosophe A. Memmi[620], discutés dans cette thèse, Charles semble préférer la relation de dépendance à l'alcool plutôt que la relation de domination subie depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Assujetti aux règles et aux fonctionnements d'autrui sans en comprendre le sens, il choisit d'une certainement manière l'alcool comme objet de pourvoyance. La molécule d'éthanol lui permet de continuer à fonctionner au cœur même de sa « dramatique existentielle »[621], en partie éclairée par le biais de ce dispositif biographique. La relation trinitaire de la dépendance entre le dépendant, le pourvoyeur et l'objet de pourvoyance apparaît comme un moindre mal face à la relation duelle entre le dominant et le dominé. La présence d'un troisième élément dans la relation de dépendance caractérisé par l'alcool, auquel Charles consent en partie, permet de rééquilibrer la prise en main de son existence. La domination du père et de ses harceleurs mais aussi la domination symbolique du poids des règles de conduite et des non-dits au sein de la famille sur sa condition

619Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.*
620Memmi, A. (1979). *La Dépendance, op. cit.*
621Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme, *op. cit.*

d'être humain laisse peu de place à l'expression d'un sujet. Par contre, l'alcool, en partie procuré par la famille, lui offre la perspective d'une forme d'émancipation ou plutôt de régulation interne. « *Certes, l'alcool peut rendre malade (les preuves abondent !), mais il n'entre pas à son insu dans le corps d'un individu pour y provoquer des dégâts, comme le fait un virus ou une bactérie. Il s'y introduit avec sa participation active* »[622]. D'une certaine manière, Charles peut enfin reprendre la main sur un élément induit par l'espace familial. Il devient un individu « actif » dans l'évolution de sa situation, au risque de la dépendance physique et psychologique, mais cesse de subir les règles des autres.

Cette perspective est d'ailleurs suggérée par le « contrecorps » de la toxicomanie évoqué par D. Le Breton comme dernier recours d'appartenance à soi-même ou comme dernier rempart face à une réalité sociale invivable. L'auteur soutient que : « *le recours aux drogues* (ici à l'alcool) *est une forme de fabrique de soi, une manière de se construire comme individu en dépit des difficultés. […] Ce contrecorps de sensations, inhérent au manque et à sa suppression, enracine dans un contremonde en abandonnant le corps de la vie courante. Il fixe provisoirement une identité morcelée, rassemble les fragments de soi et rend l'existence enfin supportable. L'individu reprend la maîtrise du vide, mais au détriment d'un monde réel désinvesti* »[623]. Toutefois, la consommation d'alcool dans l'histoire de Charles ne saurait être réduite à la gestion de son addiction. Elle s'inscrit dans un long processus, en premier lieu sans addiction et sans dépendance physique, chez un individu capable de rationalité et ce même dans l'excès, ce qui confère à l'usage une valeur d'autant plus régulatrice. Il n'a d'ailleurs jamais recherché la désinhibition ou l'ébriété induites par l'alcool. Charles a plutôt cherché l'apaisement et l'effet de libération induits par l'effet anxiolytique.

Enfin, l'inscription du parcours de Charles dans un contexte de modernité avancée, laissant peu de place aux individus incapables de suivre l'urgence et les diktats du cadre socio-économique, contribue sans doute à l'isolement de ce dernier. Incapable de trouver en lui-même les ressources pour se sortir de sa condition sociale et familiale, il se tourne vers l'alcool comme palliatif. Abandonné également par la société, en tout cas avant le recours aux soins, Charles subit sa vie et cherche un moyen de s'en extirper.

622Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.,* p. 18.
623Le Breton, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie*, op. cit.,* p. 59 et 61.

VIII.3.2.4. Trois mois plus tard…

Après un délai de trois mois, nous nous retrouvons pour un entretien d'approfondissement. Dès le début, Charles évoque la plus-value apportée par l'organisation chronologique de la ligne de vie. Une chronologie qui lui a permis de remettre en ordre certains éléments de sa vie. Il constate également la pauvreté des informations concernant l'histoire de sa famille et précise d'ailleurs qu'il n'a pas nécessairement envie d'approfondir les contacts avec les membres de sa famille. Il se contente de quelques contacts sporadiques depuis maintenant quelques années ce qui contribue à son émancipation sociale. Il laisse sa mère et sa grand-mère en partie se débrouiller pour s'occuper enfin de lui-même.

Charles revient sur le fonctionnement de son père en se posant toujours la question du sens de cette éducation. S'inscrit-elle dans une dynamique éducative relative à l'époque ou s'agit-il d'autre chose ? Toujours est-il qu'il a pris de la distance :

> Tout ce qui est punition... aujourd'hui je commence à accepter le fait que ce n'était peut-être pas justifiable. Je vois que ça m'a quand même marqué. J'y repense encore de temps en temps et je vois que ça reste encore présent dans le sens où voilà... à chaque fois je me dis que je n'ai pas le droit de faire de conneries, je n'ai pas le droit de faire d'erreurs, faut que ça soit nickel et c'est ce qui m'a empêché d'oser prendre des risques. Aujourd'hui j'arrive quand même à passer au-dessus mais ça reste quand même présent.

Il revient sur la honte causée par son harcèlement et son impossibilité de pouvoir en parler à son père notamment. Le travail biographique semble lui avoir permis d'entrevoir davantage le lien entre ces différents éléments et son isolement progressif. Par ailleurs, il essaye également, depuis l'exercice, de ne plus minimiser le harcèlement vécu pendant l'enfance. Il tente de se réapproprier son histoire pour mieux la cerner et mieux la dépasser. De plus, Charles trouve un écho dans un terme utilisé pendant le premier entretien. Il se retrouve dans l'image de l'alcool-médicament lui permettant à l'époque « d'encaisser » sa situation :

> Même si ça durait que cinq ou dix minutes, j'en avais besoin à ce moment-là. […] Je ne vois pas comment j'aurais pu faire autrement en fait... d'un côté je ne m'en veux pas... La chose dont je m'en veux c'est de pas avoir su en parler à un professionnel, dès que j'étais au collège ou au lycée. Ce n'est pas vraiment l'alcool... Je ne m'en veux pas d'avoir... Je me dis que c'était ma seule solution à ce moment-là et ça aurait pu être d'autres produits chimiques... Là c'était ça, j'avais que ça sous la main.

Son mal-être date en effet d'une période précédant les consommations d'alcool. Comme nous l'avons vu, Charles explique qu'il se sent plus honteux de son anxiété sociale que de son addiction. Il voulait en discuter avec quelqu'un au moment de l'adolescence mais craignait les hypothétiques

représailles de son père :

> Souvent, quand tu es très jeune, tu as envie de sortir des limites qu'on t'a fixées. Et puis là, c'était martinet pour le peu que je sortais. […] À partir de là je n'osais plus... je n'avais plus confiance en moi, je n'osais plus sortir de ma zone de confort. Et puis j'ai encore des images ou je me faisais punir, où j'étais recroquevillé sur moi énervé, choqué, le souffle qui accélérait.

Au moment de cette deuxième rencontre, Charles a signé un contrat de travail. La perspective de la responsabilisation lui confère un sentiment positif d'accomplissement. Il réalise des tâches répétitives de nettoyage de la ville mais s'y engage pleinement. Il s'est également inscrit dans un atelier de théâtre qui lui permet de prendre confiance en lui et surtout de faire des rencontres en dehors des professionnels et de sa famille. Charles se sent aujourd'hui plus armé et moins bloqué pour affronter son anxiété. Il regarde le monde sous un nouvel angle qui nécessite un réapprentissage.

Au moment de l'échange, Charles est toujours abstinent mais évoque des envies récentes d'alcool qu'il associe de nouveau à la récompense ou à la ponctuation d'un moment de bien-être :

> J'ai passé une bonne semaine, pourquoi ne pas me faire plaisir ? […] Il peut y avoir l'envie derrière, le goût du frais, du pétillant...

De plus, il s'inscrit aujourd'hui dans un tissu social, notamment au travail, dans lequel ses collègues parlent d'alcool. Charles ramasse d'ailleurs souvent des canettes de bière à l'occasion de ses journées de travail. Il fait donc face à une nouvelle réalité de vie quotidienne qui vient le perturber, lui qui était encore très isolé peu de temps auparavant.

Par la suite, nous apprendrons la survenue de nouvelles consommations qui, contrairement à ses croyances, n'entraîneront pas une rechute importante mais plutôt une phase de déstabilisation. Elles seront l'occasion d'une nouvelle réflexion de sa part concernant les significations personnelles et sociales du recours à l'alcool, notamment lorsqu'il est seul chez lui ou dans un contexte festif et convivial. Après avoir dénoué en partie le nœud existentiel du recours nocif à l'alcool lié aux surdéterminations sociales et familiales de son parcours, Charles s'est intéressé à la possibilité d'un usage régulé de ses consommations.

Aux dernières nouvelles, cette perspective était encore fragile et surtout à l'état de réflexion. L'important consiste à remarquer sa capacité accrue, au sein d'une institution qui le permet, à pouvoir opérer des choix peut-être plus réflexifs concernant son rapport à l'alcool dans différents contextes. Des choix construits dans l'expérience, avec le soutien des professionnels, qui

consolideront certainement la perspective de l'abstinence ou la perspective d'un retour à usage régulé selon les conclusions de sa réflexion.

VIII.4. Rose : Un changement de trajectoire marqué par le sceau de la douleur

Rose est en démarche de soins depuis quelques années. Son accompagnement en addictologie a débuté par un suivi ambulatoire l'amenant progressivement vers un sevrage des antalgiques prescrits en raison de douleurs mécaniques importantes. Plusieurs années de douleurs, de dépression et de dépendance l'ont conduite vers une perte d'autonomie qu'elle souhaite restaurer. Ainsi, Rose décide d'intégrer un CSAPA avec hébergement individuel dans lequel nous nous retrouvons pour l'exposé de son récit de vie. Rose n'a plus de morphiniques à l'heure actuelle mais conserve un traitement pour la gestion de sa dépression et de ses douleurs. Elle envisage de reprendre le travail, de renouer avec son groupe d'amis et surtout de pouvoir retrouver un esprit combatif perdu au cours de son parcours. L'entretien se déroule en face à face dans un bureau de la structure quelques mois après son entrée dans la structure. Après avoir réalisé de manière autonome le dessin de sa ligne de vie, par ailleurs très dense, Rose en fait une restitution orale dont nous présentons ci-après les grandes lignes.

VIII.4.1. Récit de vie

Âgée d'une quarantaine d'années, Rose présente une addiction atypique pour le type de structure dans laquelle elle se trouve aujourd'hui. Son parcours de vie est marqué très tôt par des douleurs à la hanche qui la conduiront à se faire opérer à plusieurs reprises, sans pour autant aboutir à un résultat satisfaisant. La prescription de médicaments, et notamment de morphiniques, intervient dans ce contexte. Son récit de vie permet de mettre en lumière de nouvelles modalités d'entrée dans la dépendance. Rose est une personne à l'aise à l'écrit comme à l'oral, ce qui facilite le processus réflexif.

Originaire d'une petite commune des Hauts-de-France, Rose a vécu ses premières années en compagnie de sa mère chez ses grands-parents maternels. Le foyer accueillait également la mère de la grand-mère de Rose. Son grand-père était ouvrier à l'usine et sa grand-mère couturière puis

femme au foyer. Elle s'occupait de la mère de Rose et du frère de sa mère qui deviendra le parrain de Rose. La famille de Rose, catholique pratiquante, lui a transmis le précepte de « ne pas faire de vagues ». Le caractère traditionaliste d'une famille populaire et croyante qui cherche avant tout à rester à sa place semble se retrouver dans ce précepte. Rose a d'ailleurs été baptisée dès sa naissance. Les marques d'affection étaient peu présentes, pourtant Rose a reçu beaucoup d'amour de la part de ses grands-parents et de son arrière-grand-mère.

Le père de Rose, alors marié à sa mère âgée d'une vingtaine d'années, est parti peu avant sa naissance avec une autre femme en région parisienne pour ne jamais revenir. Il aurait tenté de la voir à la maternité mais sans pouvoir passer la barrière imposée par sa mère. Rose aura un unique contact téléphonique avec lui à l'âge adulte. Ce dernier, devenu papa de deux autres enfants, lui confiera avoir aimé sa mère mais que la période était marquée par une jeunesse encore naissante. Il sortait régulièrement et buvait beaucoup d'alcool, marquant ainsi une rupture avec la mère et les valeurs du cercle familial portaient par les grands-parents de Rose :

> C'est ce que mes grands-parents m'ont fait comprendre quand ils me parlaient de lui, ils disaient que ce n'était pas quelqu'un de bien. [...] On m'a toujours dit : « ton père, il ne faut pas le chercher parce que de toute façon, il n'en vaut pas la peine ».
>
> À l'époque, ça devait être quelque chose d'important pour mes grands-parents, il n'avait pas le permis de conduire. Ils disaient que c'était un peu un fainéant.

Dans le contexte de ce schéma familial traditionnel attentif à la valeur du travail et au sens des responsabilités, ces éléments ont sans doute accentué la transmission du précepte familial consistant à ne pas « faire de vagues ». La famille a d'ailleurs entretenu certains secrets concernant le père de Rose en évitant résolument le sujet.

Rose ne sait presque rien de ses grands-parents paternels si ce n'est que son grand-père est né en Pologne et était a priori déjà décédé à sa naissance. Elle a également rencontré par hasard sa grand-mère dans un supermarché quand elle était petite. Cette dernière lui aurait offert une poupée.

Ainsi, à sa naissance et peu après le départ de son père, Rose et sa mère sont allées vivre chez les grands-parents faute de ressources et d'alternatives. Sa mère, alors en partie émancipée, semble avoir vécu difficilement cette période de perte d'autonomie. Par ailleurs, le nouveau cadre de vie a contribué à brouiller les rôles de chacun au sein de la famille. En effet, Rose associe son grand-père à la figure paternelle. C'est à lui qu'elle offrait par exemple les cadeaux de fête des pères. De plus, elle porte son nom de famille et c'est lui qui est allé faire la déclaration de naissance à la mairie. Ce dernier répétait régulièrement qu'il ne fallait pas la « laisser tomber ». Rose explique également que sa mère a rencontré des difficultés à trouver sa place dans ce contexte. Elle le lui a d'ailleurs clairement exprimé plusieurs années plus tard, quelque temps avant le décès de la grand-mère :

« De toute façon, je ne suis pas ta mère, je suis ta sœur, ta mère c'est ta grand-mère ».
La mère de Rose, quant à elle, travaille en tant qu'aide médico-psychologique auprès de jeunes enfants dans un établissement de santé mentale. Rose la décrit comme une mère exigeante et sévère attentive au fait que sa fille réussisse ses études et obtienne un bon travail.

Rose grandit dans une famille nombreuse en présence de nombreux cousins et cousines de la famille qui passent régulièrement voir les grands-parents et l'arrière-grand-mère. Elle évoque une enfance heureuse jusqu'à l'âge de six ans. À six ans, Rose et sa mère déménagent. La mère de Rose souhaite retrouver son indépendance et sa place de mère. Ce déménagement a créé un conflit entre la mère et les grands-parents qui ne voulaient pas voir partir Rose. Même si le nouvel appartement se situe dans la même commune, Rose est également très affectée par ce changement alors que tout se passait bien pour elle jusque-là. Dès l'âge de huit ans, Rose est laissée seule à la maison pendant que sa mère part travailler. Cette dernière refusait de laisser ses parents la garder :

> Ma mère ne trouvait pas sa place en tant que maman avec la présence de mes grands-parents. […] Il y a eu cette rupture parce qu'elle avait besoin de prendre sa place de maman.

Selon Rose, elle trouvera sa place bien plus tard après le décès des deux grands-parents. Nos échanges lors du dispositif biographique l'amèneront à considérer l'idée que c'est davantage Rose qui a fini par laisser une place à sa mère.
À l'école primaire, Rose est en difficulté scolaire, ce qu'elle explique par l'atmosphère familiale :

> J'ai redoublé mon CE1. Je trouve que c'est important parce que c'est au moment de la rupture d'avec mes grands-parents. J'avais des difficultés énormes à l'école, j'avais de la difficulté à prendre ma place et je n'avais pas du tout confiance. Ma mère sortait beaucoup. J'ai beaucoup de souvenirs de fêtes avec ma mère et ses petits copains qu'elle ramenait à l'appartement. C'était compliqué et mes grands-parents me manquaient.

Vers l'âge de huit ans, sa mère décide de se mettre en ménage de manière officielle avec un homme qui devient le beau-père de Rose. Elle ne l'accepte pas du tout. Elle le rejette quand il essaye de la porter et omet par exemple de lui mettre un couvert en préparant la table. Deux ans plus tard, le couple aura un enfant dont Rose s'occupera avec beaucoup de joie. Toutefois, la naissance de cet enfant déstabilise sa mère décrite comme étant déjà fragile :

> J'ai des souvenirs d'une maman qui était déjà dépressive, qui était déjà sous traitement à l'époque, mais au moment de la naissance de mon frère elle a fait un gros épisode de dépression.

Suite à cette naissance, la famille déménage dans une commune voisine ce qui crée, aux yeux de Rose, un nouvel éloignement de ses grands-parents. Rose doit également changer d'école en cours d'année. Elle est toujours en difficulté scolaire et à cela s'ajoute des moqueries de la part de ses

camarades concernant son nom de famille, son physique et ses résultats scolaires. Elle se sent rejetée ce qui contribue à alimenter un manque de confiance en elle :

> Quand il y avait une fête d'anniversaire je n'étais pas invitée ou alors seulement s'il y avait quelqu'un qui se désistait. S'il fallait composer une équipe, j'étais la dernière prise.

Rose se retrouve souvent esseulée à l'école ce qui la fait souffrir. Elle rencontre toutefois une amie dans son voisinage, qui restera une amie proche. De plus, elle pratique une activité sportive où le groupe semble bien l'accueillir.

Lors de l'entrée au collège, Rose perd son arrière-grand-mère qu'elle voyait toujours occasionnellement. Elle est très affectée par ce décès. Elle avait partagé beaucoup de choses avec elle. Née au début du siècle dernier, son arrière-grand-mère avait évoqué son histoire avec Rose. Le décès précoce de deux de ses enfants, les conflits mondiaux, la mort de son mari victime d'un cancer vers l'âge de quarante ans, etc. Par ailleurs, l'entrée au collège n'arrange pas ses relations avec ses camarades. Rose est toujours sujette aux brimades. Elle précise d'ailleurs n'en avoir jamais parlé avec sa mère ou son beau-père. Rose semble avoir intériorisé l'idée de « ne pas faire de vagues » et de « ne pas montrer ses sentiments ». Il est important de rester fort selon les préceptes des grands-parents.
À la même période, son parrain, le frère de sa mère, décède prématurément d'un cancer du poumon. Sa mère entre alors dans une nouvelle phase dépressive. D'autre part, le grand-père tombe malade. Il est touché par l'hépatite B suite à une opération pourtant bénigne. Son hépatite se transforme en cirrhose et le risque vital est engagé. Cependant, les médecins parviennent finalement à stabiliser l'évolution de sa maladie.

L'entrée au lycée est une libération pour Rose :

> L'année de la liberté. J'ai rencontré ceux qui deviendront ma bande de potes, avec qui on a fait les 400 coups. On était tous des écorchés vifs. On avait tous des histoires un peu compliquées. Du coup on était très solidaires les uns avec les autres.

Rose se lance dès le départ vers une filière sanitaire et sociale. Elle sent tout de suite une envie de prendre soin des autres. À cette époque, Rose commence à boire et à fumer avec ses nouveaux amis. Elle est soulagée de pouvoir socialiser son histoire personnelle. Néanmoins, les premières douleurs de hanche apparaissent sans que les médecins s'en inquiètent.
Rose obtient son CAP et son BEP malgré le redoublement d'une classe. Elle est ravie par ce diplôme. Toutefois, cela ne semble pas suffisant aux yeux de sa mère : « Pour elle, ce n'était pas assez, ce n'était pas glorieux ».

Après son diplôme, vers l'âge de vingt ans, Rose passe des concours qui lui permettent d'obtenir un travail en tant qu'aide-soignante et auxiliaire de puériculture à l'hôpital. Elle note sur sa ligne de vie : « année de la liberté 2 » :

> J'ai eu mon permis de conduire, un travail qui me permet de m'épanouir pleinement. Mon grand-père était très fier de moi. Il m'a dit : « tu réussis toujours tout », c'est le seul. Enfin, je veux dire par rapport à ma mère.

Cette indépendance progressive lui permet de retourner plus régulièrement voir ses grands-parents et d'avoir une vie sociale plus remplie :

> J'ai commencé à beaucoup sortir, beaucoup boire d'alcool, beaucoup fumer. Par contre, je retournais énormément chez mes grands-parents. J'y allais tous les jours pour manger, quand c'était possible, parce qu'à la maison c'était compliqué.

Rose s'éloigne peu à peu du foyer maternel. Elle s'occupe toujours beaucoup de son petit frère mais éprouve encore des difficultés avec sa mère et son beau-père, qu'elle n'accepte toujours pas.

Quatre ans plus tard, Rose « s'échappe » de chez ses parents et prend son indépendance. Ses grands-parents la soutiennent dans ce changement (financièrement, pour son linge, etc.). Peu de temps après, l'état de son grand-père se détériore. La cirrhose tourne en cancer du foie dont il décédera rapidement. S'ensuit une première phase dépressive. Rose a beaucoup de mal à se remettre de ce décès. Par ailleurs, les douleurs mécaniques sont alors de plus en plus handicapantes. Pourtant Rose reste sur le diagnostic des médecins : « on m'avait dit que c'était psychosomatique », faute d'éléments radiographiques permettant d'objectiver une anomalie. Elle se sent incomprise face à ses douleurs. Il faudra attendre encore environ deux années avant que les médecins constatent l'étendue des dégâts : « C'est là qu'ils ont vu l'arthrose avec le trou dans le bassin. Mon articulation était complètement morte ». Les médecins ne veulent pas l'opérer de la hanche en raison de son jeune âge et décident alors de lui prescrire, au-delà des anti-douleurs classiques, des benzodiazépines. Un traitement qui lui permettra de mieux s'endormir la nuit malgré les douleurs. Pendant quelques années, Rose tente de conserver son rythme de vie : « beaucoup de sorties, des petits copains à droite, à gauche ». Elle va voir régulièrement sa grand-mère. Le grand-père les avait chargées de veiller l'une sur l'autre :

> J'allais toujours beaucoup chez ma grand-mère parce que mon grand-père, la veille de son décès, m'a dit : « tu ne laisseras pas tomber ta grand-mère ». Et il a dit à ma grand-mère : « tu ne laisseras pas tomber Rose ».

Toutefois, sa hanche s'abîme de plus en plus. Rose commence à être fortement limitée dans ses mouvements au travail, malgré l'adaptation partielle du poste, et dans sa vie quotidienne.

À la fin des années 2000, Rose subit sa première intervention qui sera un échec. Les douleurs sont toujours présentes et Rose doit marcher avec une canne. Au même moment, sa grand-mère décède d'un cancer du cerveau. Rose parle d'une « période noire ». Un autre épisode dépressif apparaît. Les médecins augmentent son traitement anxiolytique et ajoutent des antidépresseurs à la prescription. Pendant cinq ans, Rose fait des allers et retours à l'hôpital. Elle subit quatre opérations sur la période, avec des phases de rééducation intenses en internat et des phases de retour à domicile. Le traitement contre la douleur se cantonne pour le moment à du paracétamol contenant de la codéine.

Malgré cette période difficile et le temps passé à l'hôpital, Rose rebondit et rencontre un homme avec qui elle emménagera. Elle décrit une période heureuse, entourée de ses amis avec un travail qui lui plaît beaucoup.

Au milieu des années 2010, Rose subit une cinquième opération en raison d'une nécrose osseuse. Cette période est marquée par les premières prises de morphine (Skenan®[624]). Rose a du mal à rester combative face aux résultats peu probants de ses opérations successives :

> J'ai eu ma cinquième intervention qui a amené à la séparation, à la dépression, à la reconversion professionnelle, aux douleurs importantes, au retour chez mes parents et à une sensation d'échec...

Dans ce contexte, la reconversion professionnelle a joué un rôle important dans la dégradation de l'état de santé psychologique de Rose. En effet, elle passe sous le régime de l'inaptitude et se voit confier des missions administratives au sein de l'hôpital. Rose devient secrétaire médicale sans avoir eu la possibilité d'opérer un vrai choix :

> On m'a mise en inaptitude totale sur mon sur mon poste d'auxiliaire de puériculture et on ne m'a pas laissé le choix de ma reconversion. On m'a dit : « soit c'est secrétaire médicale, soit on demande une invalidité ».

Par ailleurs, elle se retrouve coupée de ses amis qui commencent à s'épuiser face aux problèmes récurrents de Rose :

> Ils en ont marre de me voir pas bien à cause de mes douleurs. Je me plaignais beaucoup d'avoir mal. Il n'y avait plus de place pour autre chose. Ils avaient également leurs problèmes mais moi je prenais beaucoup de place avec mes problèmes de santé. À l'époque je n'avais rien d'autre... c'était ma vie.

Cette nouvelle période est traversée par des consommations importantes de morphiniques :

> De 2015 à 2018, j'étais sous morphine avec des douleurs qui étaient hyper importantes. Je n'étais pas forcément soulagée par la morphine, donc j'ai fini par la prendre pour être bien psychologiquement. Ça me donnait de la force pour aller travailler sur un métier que je n'aimais pas du tout.

Rose suit d'abord les prescriptions de manière consciencieuse puis elle finit par sauter certaines

624Le sulfate de morphine est un antalgique puissant pouvant entraîner un syndrome de sevrage.

prises de Skenan® dans le but de pouvoir se créer un stock. Elle est alors suivie par le centre de la douleur qui essaye également d'autres opiacés, dont le tramadol et l'oxycodone. Ces multiples tentatives, plus ou moins fructueuses, alimentent également son stock de médicaments. La dépendance au produit s'installe. Rose explique que les anti-douleurs deviennent des traitements antidépresseurs pour elle. Les fonctions de ces molécules deviennent multiples :

> Jusqu'en 2018 j'ai fait comme ça... en prenant mes traitements et en abusant toujours de plus en plus pour avoir la force de vivre tout simplement. Sans les traitements, que ce soit au niveau physique ou moral, je ne pouvais rien faire. Ça m'aidait pour ma douleur mais ça m'aidait aussi à me confronter à ce que je n'avais pas envie de voir, la réalité de ma vie. J'étais toute seule chez mes parents avec une hanche qui me faisait souffrir, un métier qui ne me plaisait pas du tout. Je me sentais vraiment seule et je ne pouvais plus me confronter aux gens extérieurs. Je n'en avais plus la force.

Pendant près de quatre années Rose vit ce qu'elle décrit comme une « descente aux enfers ». Elle fait usage de ses stocks successifs pour s'anesthésier et continuer à fonctionner :

> Je prenais tous ces traitements que j'avais mis de côté. Je cherchais à m'assommer. Le fait de prendre de la morphine me donnait plus de courage. C'était vraiment pour m'échapper...

Selon Rose, c'est dans cette longue période que sa mère prend finalement sa place, ou plutôt que Rose la lui laisse. Faute de pouvoir se tourner vers ses grands-parents décédés, Rose se tourne vers sa mère. Malgré sa fragilité psychologique et une distance affective, la mère est présente pour Rose. Par contre, elle a du mal à cerner les enjeux réels autour des troubles mécaniques de Rose. L'intérêt de la mère est avant tout que Rose travaille à nouveau, ce qui est pourtant impossible à cette période. Rose évoque un manque de reconnaissance face à ses problèmes.

Rose se décide ensuite à consulter un service d'addictologie. Elle bénéficie d'une prise en charge avec une période d'hospitalisation pour démarrer un sevrage progressif. Rose décrit un sevrage complexe en raison des douleurs latentes et donc de la nécessité de conserver un seuil de morphiniques minimum en plus des benzodiazépines. Elle découvre également la méditation et les thérapies comportementales comme alternatives à la gestion des douleurs physiques mais aussi psychiques.

Encore chez sa mère et son beau-père, Rose aspire à retrouver son autonomie. Toutefois, elle se sent encore trop fragile psychologiquement et face à son addiction. Elle envisage donc d'intégrer un service d'appartements thérapeutiques spécialisé en addictologie. De surcroît, une nouvelle opération s'organise en région parisienne. Rose est prise en charge par un spécialiste du domaine qui lui propose une nouvelle prothèse. Cette perspective constitue pour elle une reconnaissance de ses difficultés physiques.

Après l'opération, au début des années 2020, Rose rejoint le service d'addictologie dans lequel nous

nous retrouvons pour l'exposé de son récit de vie. Elle dispose encore d'un traitement anxiolytique et antidépresseur malgré l'arrêt récent des morphiniques. Rose est dans l'espoir de retrouver son autonomie et surtout de s'émanciper du monde du soin peu à peu. Elle souhaite retrouver une vie sociale et professionnelle épanouissante. Néanmoins, elle sait que le handicap restera. D'ailleurs, la nouvelle prothèse présente de nouvelles complications. Rose craint de s'enfermer à nouveau dans les douleurs :

> La peur du vide et du retour au traitement ça me reste au-dessus de la tête. J'ai peur que les choses déconnent à nouveau, qu'on me remette des traitements à forte dose et que je retourne dans le même schéma. […] Même si je ne veux pas, même si je me dis que je refuserai, les médecins te disent : « non, il n'y a que ça qui peut vous soulager, il faut en reprendre ». J'ai peur qu'un jour on me dise : « il faut vous remettre sous morphine ».

VIII.4.2. Commentaires et hypothèses

VIII.4.2.1. Déséquilibres affectifs

Le récit de Rose met en lumière des rapports familiaux complexes. Rose grandit dans une atmosphère familiale qui perpétue un fonctionnement traditionnel attaché aux valeurs du catholicisme, du travail, de la famille soudée, etc. Toutefois, le divorce de la mère à la naissance de Rose et le départ du père dans une autre région déstabilisent les rapports entre les membres de cette famille. En effet, à cette période Rose et sa mère sont contraintes d'aller vivre chez les grands-parents en raison notamment de difficultés financières et du jeune âge de la mère. En outre, le père de Rose refait sa vie de son côté et la mère de Rose semble fragilisée par le divorce. L'émancipation parentale qu'elle aurait pu trouver dans le premier mariage, comme cela se voyait dans les générations antérieures, s'étiole considérablement.

Ainsi, Rose grandit sans père mais avec une figure paternelle, celle de son grand-père. De plus, sa grand-mère et son arrière-grand-mère lui apportent beaucoup d'amour ce qui dénote avec l'exigence et la distance affective de la mère. Les rôles de chacun sont alors brouillés. L'arrière-grand-mère devient la grand-mère, les grands-parents deviennent les parents, la mère de Rose devient sa sœur et le père de Rose est plus ou moins effacé de l'histoire. D'ailleurs, ses grands-parents l'invitent à ne pas renouer avec son père et entretiennent une forme de non-dit au sein du cercle familial. D'après Rose, la communication au sujet du père reste taboue :

> Je dis toujours que c'est se construire sur une jambe. Avec en plus le poids du secret. C'est-à-dire qu'on n'en parle pas. J'ai eu l'impression de devoir le porter quand même ce truc-là. Quand tu dois te présenter : « ton père fait quoi dans la vie ? », « je ne sais pas ». « Pourquoi tes parents se sont séparés ? », « je ne sais pas »...

Les grands-parents prennent un rôle théoriquement dévolu aux parents et la mère peine à se situer dans son rôle de mère. À ce propos, un hiatus perdure entre la perception de Rose et le vécu de la mère concernant l'éducation des grands-parents. Rose a reçu beaucoup d'amour de la part de ses grands-parents et éprouve des difficultés à entendre le point de vue sa mère qui explique avoir vécu une enfance bien différente :

> Elle revient toujours à ses parents, au manque d'amour. Un jour elle m'a dit : « on aime comme on a été aimé ». Elle m'a dit qu'elle m'aimait mal, mais qu'elle avait été mal aimée. Sauf que moi j'étais hyper aimée par ses parents.

Ce vécu différent participe de l'incompréhension entre Rose et sa mère sur le plan affectif :

> Je pense qu'il y a des données de sa jeunesse qui ont été compliquées. Il paraît que des fois elle rentrait trop tard et qu'elle s'en prenait plein la tête par mon grand-père. Mais le problème c'est que je n'arrive pas à le voir comme quelqu'un qui peut engueuler. Même quand j'avais vingt ans et que je sortais énormément il en rigolait.

Rose évoque, comme souvent dans les fratries et sororités, une concurrence entre l'une et l'autre. Chacune mettant au défi l'autre concernant l'éducation et l'affection reçues. L'une est « adulée » quand l'autre est « dépréciée ». Cette relation cristallise des conflits et empêche la mère de prendre sa place. Dans ce contexte, faute de pouvoir s'émanciper de son éducation en raison du divorce et du retour chez les grands-parents, la mère de Rose reproduit l'éducation qu'elle semble avoir elle-même reçue (exigence, sévérité, défaut de communication et d'affection, etc.). De plus, face aux vécus différents, la mère de Rose semble pousser davantage encore la logique autoritaire en marquant une rupture importante avec les grands-parents au moment du déménagement. Au risque de se mettre tout le monde à dos, elle s'oppose à eux et refuse que ces derniers gardent Rose pendant qu'elle travaille.

Dans le même ordre d'idées, cette organisation familiale se poursuit car la relation de la mère avec le petit frère de Rose suite au remariage ressemble davantage à ce que Rose a vécu avec ses grands-parents :

> Par contre, avec mon frère, quand il était petit et jusqu'à ces 20 ans, c'était hyper fusionnel entre eux deux. Je me suis sentie complètement à part de leur relation.

Par ailleurs, Rose remarque sa difficulté à construire des relations amoureuses. Elle note que le seul homme avec qui elle a vécu une relation de concubinage présentait une histoire familiale similaire

(absence du père, mère distante, etc.) :

> On était tous les deux des écorchés par rapport à ça. Et ça a duré quelques années mais c'est le genre de relations qui a des limites. […] On était trop en souffrance tous les deux.

L'absence du père marque en effet une perte de repères précoce pour Rose et a certainement entraîné dans sa jeunesse et sa vie d'adulte la recherche d'une figure symbolique manquante :

> j'ai vécu une période d'adolescence douloureuse. C'est à ce moment-là que tu te rends compte. […] J'ai beaucoup souffert du fait de ne pas avoir de père. […] Ne pas connaître mes racines à cette période d'adolescence m'a fait énormément souffrir. La question que je me posais c'était : « j'ai du sang qui coule dans les veines, je ne sais pas d'où il vient et je ne comprends pas que la personne qui me l'a mis ne s'interroge pas sur qui je suis ». Lui, il ne m'a jamais cherché.

Dès lors, Rose peine à trouver sa place. Elle ne connaît pas son père, s'attache à de nouvelles figures fragiles ou qui lui sont ensuite enlevées, par exemple lors du premier déménagement. Elle se retrouve à ce moment-là seule avec une mère jugée trop exigeante et pas suffisamment maternelle. Ce contexte contribue sans doute à fragiliser la construction personnelle de Rose qui est contrainte de devoir s'adapter à différentes formes de figures parentales et au déracinement non-consenti. La pression maternelle accentue le manque de confiance et de reconnaissance vécu par Rose qui parvient difficilement à satisfaire aux exigences de sa mère. En outre, elle hérite d'un conflit familial entre sa mère et les grands-parents. Ces derniers cherchent à protéger Rose de son père qui l'a abandonnée en exprimant clairement « qu'il ne faut pas la laisser tomber » mais contribuent d'une certaine manière à créer un fossé entre la mère et la fille : « Je n'ai vécu que de l'amour et du bonheur avec eux, j'étais même trop couvée, ils m'ont trop protégée ». Selon Rose, sa mère reprend sa place après le décès des deux grands-parents. Néanmoins, dans l'échange, Rose convient que c'est bien elle qui lui a redonné sa place après toutes ces années. Elle s'est tournée vers elle lors de ses dernières périodes d'opérations malgré les conflits. D'ailleurs, Rose exerce des fonctions professionnelles similaires à celles de sa mère malgré sa tentative de distanciation.

Ce déséquilibre affectif force Rose à se construire sur des bases fragiles qui ne l'aident pas à se stabiliser d'un point de vue personnel. De manière métaphorique, Rose commence sa vie sur une seule jambe et se voit contrainte ensuite d'utiliser une canne face à ses soucis physiques. Le double déséquilibre participera sans doute d'une fragilité face à l'usage des morphiniques sur lequel nous reviendrons par la suite.

VIII.4.2.2. Monde médical versus monde social

Le récit de Rose fait ressortir une prédominance du monde médical. En effet, sa dépression, ses douleurs physiques et les opérations successives y prennent une place centrale tout autant que la maladie des membres de la famille. Elle exerce également des fonctions paramédicales et semble avoir développé un vocabulaire très technique pour évoquer les pathologies des uns et des autres qui transparaît dans son récit. Par ailleurs, son addiction concerne elle-aussi un produit issu d'une prescription médicale. Ainsi, Rose opte assez logiquement pour un prisme médical qui invisibilise néanmoins une part de son histoire personnelle et sociale :

> La maladie a toujours été présente dans la famille. […] En même temps c'est ce qu'on a vécu. À un moment donné quand le téléphone sonnait on avait un peu peur de ce qui allait nous tomber sur le coin du nez. Ça s'est enchaîné avec mon parrain et mon grand-père. Après c'était ma mère (entre dépression et cancer du sein) et ensuite ma grand-mère.

Dans le choix des acteurs déterminants inhérent à la consigne du dispositif biographique, Rose reconnaît d'ailleurs avoir laissé peu de place à son frère et au fils de son frère pourtant très importants pour elle. Les médecins et addictologues y prennent par exemple une place plus importante. Rose précise qu'au moment des opérations successives : « la maladie a pris tellement de place que le reste n'en avait plus beaucoup ». Ses amis, eux-mêmes « écorchés vifs », finissent d'ailleurs par lui faire remarquer et se détachent provisoirement.

Rose a parfois du mal à être comprise face aux maladies des membres de sa famille : « moi, j'ai toujours été un petit peu en arrière-plan avec mon problème de hanche », d'autant plus que son handicap est peu visible et qu'elle souhaite renvoyer, certainement à l'image de son grand-père, la figure d'une personne active et combative. Lui qui l'a soutenue au départ de son père et qui a lutté contre la maladie. Outre l'hépatite, la cirrhose et le cancer contre lesquels le grand-père a longtemps lutté, Rose évoque un événement comportant une symbolique forte pour elle. À sa majorité son grand-père a été transféré par hélicoptère en raison d'un problème pulmonaire important dont il survivra finalement. Elle tient certainement en partie son esprit combatif de cette figure parentale chère à ses yeux. Toutefois, cet événement biographique, l'histoire médicale de la famille mais aussi la fuite du père face à ses responsabilités la contraignent, dans une certaine mesure, à rester combative face à son histoire et à son handicap alors même que Rose aspire certainement à pouvoir se reposer sur les autres. En particulier sa mère en raison de l'absence du père et du décès des grands-parents. Le manque de ressources affectives face à ses douleurs a certainement contribué à un épuisement de son esprit combatif marqué la prise d'opiacés.

Dès lors, la construction identitaire de Rose s'organise d'abord par le prisme d'un déséquilibre affectif puis ensuite par le prisme d'un déséquilibre mécanique. Si la douleur empêche de penser à autre chose, elle peut apparaître chez Rose comme une manière d'exister aux yeux des autres. La maladie confère une forme de passivité face aux soins biomédicaux mais également une manière de se définir face à soi-même et face aux autres. Elle permet parfois de se distinguer des autres mais aussi de se donner des objectifs, notamment dans le cas d'épreuves de rééducation fonctionnelle. En outre, dans la famille de Rose, les maladies successives ont amené les uns et les autres à s'entraider. À la fin de l'exposé de son récit de vie, nous lui avions soumis l'idée d'une composition de sa ligne de vie excluant les données médicales au regard de leur omniprésence. Cette idée avait tout d'abord déstabilisé Rose. Toutefois, lors du second entretien, quatre mois après, Rose nous livre une réflexion concernant le fonctionnement familial élaborée dans l'intervalle :

> C'est vrai qu'on va plus s'occuper de quelqu'un qui est malade dans ma famille, en prendre soin, que de quelqu'un qui va bien. Avec le recul et ce que j'ai vécu ces dernières semaines avec ma mère qui n'est pas forcément au top de sa forme et qui demande beaucoup d'attention à travers son mal-être, je ne suis pas si étonnée, je ne suis plus étonnée en fait. [...] On a beaucoup discuté avec le psychologue (au milieu du dispositif biographique) du pourquoi la maladie a toujours été aussi présente. Bon parce qu'elle était là, mais c'était très présent parce qu'on s'occupait beaucoup de la personne malade. On mettait peut-être plus les gens qui allaient bien de côté. C'est le fonctionnement de ma famille je pense.

Ainsi, Rose a assimilé l'idée que la place du malade permet d'accéder à l'attention de l'autre. Rose a d'ailleurs elle-même exercé des fonctions d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture qui conforte cette perspective. Toutefois, c'est bien de la reconnaissance de sa mère dont elle semble avoir le plus besoin :

> J'ai demandé à ma mère de venir passer les premières nuits avec moi au moment des dernières opérations. J'avais aussi besoin qu'elle comprenne que je n'étais pas le cas de monsieur et madame tout le monde. J'ai besoin qu'il y ait cette reconnaissance. Je n'ai jamais été reconnue dans cette maladie. Des fois j'ai l'impression qu'on me prend plus pour une fainéante.

Néanmoins, une attente réciproque entre la mère et la famille les conduit vers une impasse. La mère est touchée par une dépression chronique et souhaite se reposer sur Rose tandis que Rose est touchée par son handicap et souhaite se reposer sur sa mère. En outre, la pression maternelle face à l'insertion professionnelle de Rose accentue sa culpabilité et la conduit vers une seconde impasse : entre intention de satisfaire aux exigences de sa mère (qu'elle partage par ailleurs) versus la réalité mécanique de son corps qui l'en empêche :

> Il ne fallait pas décevoir ma mère non plus. Je découvre ça maintenant mais c'est vrai que je suis dans un sentiment de culpabilité. J'ai l'impression de la décevoir en ne reprenant pas le boulot aujourd'hui. Il

> n'y a que ça qui peut la rendre heureuse […] mais je ne peux pas physiquement parlant...

Ces deux impasses et la reconversion professionnelle de Rose constituent sans doute en partie le terreau de la conduite de dépendance sur laquelle nous reviendrons dans la partie suivante.

Le désir de reconnaissance de la part de Rose prend certainement valeur affective pour contrebalancer le défaut d'amour éprouvé jusqu'alors. Le handicap et la place qu'il prend dans son récit lui permettent peut-être de devenir paradoxalement actrice de son existence en déclamant haut et fort sa douleur et donc sa présence au monde après l'abandon du père et suite à la distance maternelle et à la maladie des membres de son entourage.

Cette perspective rejoint potentiellement un désir d'appropriation de son histoire et de son environnement par une forme « d'usage du corps-soi »[625]. D'une certaine manière, le handicap dépossède Rose de son statut de sujet mais l'appropriation de son expérience subjective et d'une identité sociale associée aux douleurs dépasse les seules dimensions de la maladie et de la passivité. Rose tente d'advenir à elle-même par une recomposition normative de son environnement social et vital[626]. Elle cherche semble-t-il à être reconnue en tant qu'individu à part entière et digne d'affection. Pour se faire, Rose se repositionne différemment au sein de son environnement après la découverte des troubles mécaniques et en particulier après le décès des grands-parents. Néanmoins, elle fait face aux réactions négatives de ses amis et de sa mère qui eux aussi connaissent des problèmes personnels et éprouvent des difficultés à intégrer le handicap de Rose en tant que nouvelle donnée. Une donnée pourtant constitutive du parcours de Rose avec laquelle elle essaye de conjuguer sa nouvelle vie sociale. Rose s'évertue à trouver un équilibre entre le vital et le social. Elle cherche à rester elle-même face à un handicap qu'elle semble en partie accepter mais qu'elle souhaite aujourd'hui dépasser. L'expérience biographique semble d'ailleurs avoir eu cette fonction de reconfiguration de son histoire. Lors du second temps d'échanges, Rose avait affirmé son souhait de ne pas s'arrêter à son handicap, son addiction, sa dépression ou à la médicalisation de son parcours de vie :

> Je ne veux pas que ce soit la maladie justement ou le handicap qui me définisse. À la fin de tout ça, je préférerais que ce soit le côté combatif qui ressorte et qu'on me définisse par ce côté combatif plutôt que par le handicap. C'est vrai que dans la société ça reste assez compliqué mais on n'est pas le handicap ! […] On n'est pas la personne qui boite ou celui à qui il manque un bras. Si je devais refaire l'exercice (biographique), je voudrais justement qu'il y ait ce côté combatif qui ressorte plutôt que le côté handicapée ou malade... qui va avec mais que j'aurais réussi à dépasser.

625Schwartz Y. & Durrive, L. (dir.). (2009). *L'Activité en Dialogues*, *op. cit.*
626Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique, op. cit.*

> Ça m'a un peu retourné de voir qu'effectivement quand je parle de moi, quand je parle de ma vie tout passe à travers la maladie de mes grands-parents, de ma mère et puis de ma maladie, même si moi c'est pas une maladie... Il faudrait plutôt voir le côté combatif.

En réaffirmant l'importance de ses difficultés et de ses douleurs mais surtout sa capacité à les combattre, Rose tente ainsi de transformer les normes de sa vie face aux modifications biographiques et organiques qu'elle subit. L'évolution de l'expérience biographique de Rose lui permet d'entrevoir un chemin positif poursuivant les valeurs de persévérance héritées pendant l'enfance tout en redéfinissant certains aspects de sa vie. Rose sublime progressivement son expérience pour renouer avec elle-même et poursuivre son existence sereinement.

À la suite de G. Canguilhem, qui reprend l'expression de R. Leriche, la santé peut se caractériser par : *« la vie dans le silence des organes »*[627]. Cependant, la santé semble également se caractériser par la vie dans l'agitation de la normativité. C'est cette puissance de vie qui permet de perpétuer une existence tout en l'adaptant aux modifications vitales et sociales. Elle permet de produire une nouvelle réalité dans laquelle l'individu cesse de subir les déterminations sociales et biologiques qui le traversent. Comme le remarquent C. Delory-Momberger et C. Tourette-Turgis : « *vivre avec la maladie c'est vivre et agir pour se maintenir en vie et pour se maintenir dans la vie. Le malade n'est pas un être passif, il n'est un patient que sous le regard médical qui fait de lui un objet de soin assigné le plus souvent à la pathologie dont il est affecté. Or le malade, destinataire du soin prodigué par un ensemble d'acteurs qui possèdent les significations médicales de son identité bioclinique devenue soudain l'objet et l'organisateur du travail médical, est pour lui-même sujet et producteur de soin. Proactif, il fournit un « travail », il déploie une activité incessante et encore largement invisibilisée qui se déploie à la fois en relation directe avec le fait pathologique lui-même (suivi du traitement médical, observance médicamenteuse) et dans l'inscription de son être-malade dans ses environnements physiques, affectifs, sociaux qui le transforment et qu'il transforme. On doit là encore à G. Canguilhem d'avoir précisément éclairé à quel travail de la norme, à quelle redéfinition de la productivité normative correspond l'autre allure de la vie qu'est la maladie »*[628].

À l'instar de la philosophie existentialiste proposée par J.-P. Sartre, Rose cherche à faire autre chose de ce que son histoire et son corps ont fait d'elle.

La consommation excessive de morphiniques comme béquille et manière de se rééquilibrer, tant physiquement que psychiquement, intègre par ailleurs cette logique que nous allons dorénavant discuter.

627*Ibid,* p. 67.

628Delory-Momberger, C. & Tourette-Turgis, C. (2014). Vivre avec la maladie. Expériences épreuves résistances. *Le sujet dans la cité, 5(2)*, 33-38, p. 35.

VIII.4.2.3. Registres socio-existentiels du recours excessif aux médicaments

Dans l'histoire de Rose, la prise de médicaments intervient tout d'abord pour faire face à la dépression par la prise d'anxiolytiques. Ensuite confrontée aux douleurs, Rose se voit prescrire, sans en avoir le choix, des morphiniques puissants qui présentent néanmoins une action mitigée. Ainsi, face aux douleurs, au mal-être affectif et à la modification de son environnement social et professionnel Rose se sent démunie. Elle finit par perdre courage et s'isole de plus en plus. La prise excessive de morphiniques, rationnés au fil des prescriptions, apparaît alors et devient problématique :

> C'était devenu trop dur à ce moment-là. Je venais de passer trois opérations, j'étais en mode guerrière et puis il y a eu des complications, une nouvelle opération et en plus de ça la réorientation professionnelle.

La reconnaissance tardive des douleurs par les médecins, d'abord diagnostiquées comme psychosomatiques, confronte Rose à l'attente. Elle s'évertue à expliquer l'ampleur de ses douleurs sans pour autant trouver une oreille attentive. Rose doit ensuite vivre au rythme des décisions médicales et des opérations successives malgré l'inconfort de la prothèse. Pourtant, force est de constater que ses douleurs sont souvent corrélées à des anomalies réelles post-opératoires qui mettront, à chaque fois, du temps à être reconnues par les médecins. Ainsi, Rose subit six interventions différentes en l'espace d'une dizaine d'années. Elle s'implique consciencieusement dans les rééducations successives mais se laisse en partie porter par les médecins et les traitements. L'arrivée des morphiniques intervient lors de la cinquième intervention à l'occasion de la découverte d'une nécrose osseuse. Rose commence par observer son traitement. Elle essaye différentes molécules dont l'usage finit par déborder de ses fonctions premières et retourne dans le même temps chez sa mère. Rose explique qu'elle tente de soigner son mal-être psychique et sans doute aussi de corriger la nouvelle trajectoire que prend sa vie. Une vie qui semble ne plus lui convenir tant professionnellement que personnellement. Dans cette perspective, la place du choix semble paradoxalement apparaître au moment de la prise de morphiniques. En effet, Rose rationne ces traitements et la prise de ces derniers. Elle s'organise pour obtenir des effets qui dépassent la seule gestion des douleurs. Elle se rend compte que les opiacés l'aident à garder courage et à assumer la nouvelle trajectoire de sa vie (handicap, douleurs, absence de reconnaissance, reconversion professionnelle, retour chez sa mère, phase de rupture avec son environnement social, solitude, etc.). Néanmoins, la réalité de l'addiction est finalement toujours plus complexe. Rose évoque un double registre émancipateur et aliénant de la consommation :

> Ça me donnait de la force pour aller travailler sur un métier que je n'aimais pas du tout. […]

> Sans les traitements, que ce soit au niveau physique ou moral, je ne pouvais rien faire. Ça m'aidait pour ma douleur mais ça m'aidait aussi à me confronter à ce que je n'avais pas envie de voir, la réalité de ma vie. [...]
>
> Je cherchais à m'assommer. Le fait de prendre de la morphine me donnait plus de courage. C'était vraiment pour m'échapper...

En effet, Rose évoque d'une part le caractère salvateur de l'usage lui conférant la force et le courage nécessaires pour continuer à vivre. D'autre part, elle évoque une forme de fuite face à sa réalité, elle cherche à s'assommer et à s'échapper. Rose perd peu à peu sa combativité. L'usage excessif de morphiniques semble tout aussi nécessaire que précurseur d'un cercle vicieux d'isolement. C'est l'absence de choix et de reconnaissance (d'abord des médecins puis de son entourage) qui la conduisent en partie vers cet usage devenu problématique. Elle craint d'ailleurs de devoir reprendre des morphiniques malgré ses oppositions et donc, une nouvelle fois, de ne pas avoir le choix.
Dans le même ordre d'idées, la reconversion professionnelle semble avoir joué un rôle décisif dans la prise d'opiacés. Faute de pouvoir se mouvoir comme avant, Rose se retrouve face à un dilemme : devenir secrétaire médicale car inapte à poursuivre son travail ou perdre sa place à l'hôpital, assumer le statut de l'invalidité total et décevoir sa mère :

> C'était un des éléments déclencheurs. Parce que je n'avais plus ce contrôle. Avant je faisais ce que j'aimais, ce que je voulais. Là on ne m'a pas laissé le choix. […] On m'a enlevé le choix donc c'est aussi à ce moment-là que l'addiction est arrivée. Je n'avais plus la force. C'était beaucoup plus facile de prendre des médicaments et de dormir que de combattre.

Dépossédée de certains choix, Rose doit accepter des perspectives professionnelles restreintes. Elle est contrainte par son corps qui lui fait défaut. L'usage de morphiniques vient atténuer le sentiment d'impuissance et devient une manière de garder prise sur son parcours faute de perspectives alternatives.

L'histoire de Rose permet de faire un détour par une crise sociale et sanitaire qui a touché et touche encore les États-Unis. Au milieu des années 2010, les médecins américains ont prescrit de manière massive des opioïdes puissants (oxycodone, fentanyl, etc.) à des patients présentant des pathologies diverses associées à des douleurs importantes. Le marché noir a par ailleurs contribué à l'augmentation de ces usages. Les cas de dépendance et de surdosage ont alors bondi sur le territoire entraînant la mort de dizaine de milliers de personnes. La force des lobbys pharmaceutiques a joué un rôle important dans cette « crise des opioïdes ». L'oxycodone, que Rose a d'ailleurs expérimenté en se faisant elle-même l'écho de la crise américaine, a par exemple été présenté comme un produit à effet limité dans le temps atténuant considérablement les risques de dépendance. La réalité des

usages a finalement démontré le contraire, contraignant certains groupes et lobbys à verser des sommes colossales à l'état américain.

L'utilisation contemporaine des anti-douleurs et autres anxiolytiques rejoint dans une certaine mesure quelques conséquences de la modernité avancée. L'urgence et l'enjeu d'efficacité personnelle qui pèsent sur l'individu contemporain, contraignent ce dernier à trouver des solutions pour perpétuer un mode de fonctionnement pourtant parfois à l'origine des troubles. La médicalisation systématique de certains troubles physiques ou psychiques empêche parfois de réaliser un diagnostic global. C'est souvent la réponse immédiate et rapide qui reste préférée sans prise en contexte du contexte social et biographique, mais également sans prise en compte des effets délétères à long terme. Il est d'ailleurs intéressant d'observer les représentations négatives liées à l'usage régulé de drogues, alors même que l'usage régulier de médicaments psychotropes, parce qu'encadré par le monde médical, bénéficie d'une représentation plus nuancée. Dans ce cas précis, un principe d'acceptabilité sociale s'observe malgré les effets addictogènes des molécules. La France se place d'ailleurs au premier plan des prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs qui visent à soigner des pathologies psychiques pourtant parfois d'origine sociale, professionnelle ou encore existentielle. Rose s'est quant à elle retrouvée au croisement de toutes ces molécules. Si l'usage de médicaments reste souvent nécessaire, la gestion de ses traitements n'en demeure pas moins problématique. Elle doit s'accompagner d'un suivi global mais aussi de perspectives alternatives. C'est d'ailleurs sur ce registre que s'achèvera le dispositif biographique.

Rose découvre peu à peu les soins holistiques à travers les médecines douces, le renforcement musculaire régulier, la méditation, les thérapies cognitives et comportementales, etc. Ces perspectives alternatives replacent Rose au cœur de l'action. Cette dernière se rend compte qu'elle peut elle-même influencer les douleurs et le mal-être psychique. Le séjour en appartement thérapeutique lui permet également un retour à l'autonomie qu'elle aspire depuis sa demande. D'autre part, Rose revoit plus régulièrement ses amis. Elle se rend également compte que son avenir professionnel ne se résume pas à l'hôpital et qu'elle peut envisager de nouvelles perspectives lui permettant de s'épanouir :

> Je sais que j'ai d'autres perspectives que de subir et de faire quelque chose que je n'aime pas et qui ne me permet pas du tout de m'épanouir. […] Je ne suis pas emprisonnée au centre hospitalier, je peux en sortir. Au moment où il y a eu cette addiction, je me sentais enfermé là-dedans : « je ne pourrais jamais en sortir et pendant encore 20 ans je vais devoir subir ça ». J'étais chez mes parents en plus à ce moment-là. J'étais obligée d'avoir quelque chose qui vienne m'aider. J'avais ma béquille mais il m'en fallait encore une autre.

Cette autre béquille que Rose évoque en parlant des morphiniques et des traitements lui permettait de rester stable dans une environnement devenu instable : entre déséquilibres affectifs (notamment la porosité des places de chacun dans la famille, l'absence du père et la relation complexe avec sa mère), douleurs, manque de reconnaissance, reconversion professionnelle et perte de repères.

Rose apprendra finalement, après une longue attente, la nécessité d'une septième opération. Cet événement la placera une nouvelle fois dans l'incertitude. Toutefois, l'état psychique de Rose lui permet d'entrevoir positivement l'avenir. Forte de ses expériences, Rose appréhende sa situation sous un nouvel angle :

> J'ai repris les rênes. Avant ma dernière intervention, avec les morphiniques, je subissais. Je n'étais plus actrice. Aujourd'hui malgré cette nouvelle intervention je reste actrice de ma vie. […] Je fais des choix. Après cette intervention j'ai bon espoir que ça aille bien. Il faudra que je remette mon costume de guerrière. Je l'ai toujours fait. C'est vrai que quand j'en parle avec le médecin il me dit toujours que je donne tout. Et à la fin, je veux que ce soit ça qui ressorte. […] Le fait d'avoir toujours combattu. […] Une fois que tu es sur la table d'opération tu n'as aucune prise mais là où je peux avoir un rôle, je ne veux pas subir. Je ne veux plus subir et reprendre une tonne de médicaments.

CHAPITRE IX. Pratiques socio-éducatives : enjeux de conventionnalité et d'adaptabilité

Nous l'avons vu, les conduites addictives interviennent donc dans un ensemble complexe de paradoxes (existentiels, sociaux, familiaux, psychiques, etc.) et l'accompagnement qui est proposé se situe, lui-aussi, à l'interface de plusieurs contradictions (institutionnelles, axiologiques, praxéologiques, etc.). Ainsi, une conduite addictive ne saurait être réduite à l'expression des symptômes du consommateur et l'accompagnement proposé à l'effacement de ses symptômes.

Les travailleurs sociaux se débattent ainsi dans l'univers de la dépendance et de la marginalité avec des réalités biographiques surprenantes et un cadre thérapeutique et légal parfois restreint. Qui n'a pas entendu en addictologie : « demain, j'arrête », ou : « cette fois c'est la bonne ». Et pourtant force est de constater que certains n'y parviennent pas malgré la batterie de dispositifs thérapeutiques qui leur est proposée.

À l'appui de nos entretiens (réalisés entre 2020 et 2021) et de notre pratique professionnelle, il nous importe ici de comprendre comment les paradoxes et la complexité de l'addiction sont vécus et appréhendés par les professionnels au regard de la dialectique éducative intégration-émancipation et surtout de comprendre comment ils peuvent venir bousculer l'éthique personnelle et professionnelle de ces derniers : entre enjeux de conventionnalité et logique d'adaptabilité.

Si les travailleurs sociaux interrogés semblent dégager des éléments de satisfaction liés à leur travail (budgets, moyens, dynamiques d'équipe, démarche de réflexion active, soutien apporté à un public peu considéré, etc.), nous verrons qu'ils ont parfois des difficultés :

- à rendre compte de leur travail clinique ;
- à affirmer et à singulariser leurs pratiques professionnelles ;
- à adapter le dispositif aux différents profils rencontrés (notamment quand il y a la présence d'un collectif) ;
- à équilibrer et à distinguer les dynamiques d'intégration des dynamiques d'émancipation ;
- à composer avec les acteurs socio-économiques ;
- à « faire avec » les contraintes légales et institutionnelles liées à l'interdit de certaines substances et produits ;
- à gérer les reconsommations, notamment intra-muros ;
- ou encore donc à proposer et à créer des projets et outils alternatifs en lien direct avec la substance quand cela est nécessaire (en dehors des traitements de substitution et de la

délivrance de matériel de consommation à moindres risques).

Les parties qui suivent visent donc l'exploration de nos entretiens à travers trois grands prismes : un prisme institutionnel, un prisme légal et social et enfin un prisme individuel renvoyant aux logiques d'action.

IX.1. Des logiques institutionnelles

Les pratiques socio-éducatives, que ce soit dans le champ associatif ou hospitalier, se réfèrent à un cadre institutionnel et à un projet de service. Un projet qui est donc défini a priori, c'est-à-dire avant de rencontrer les futurs usagers et résidents. Il est évident que c'est la rencontre d'usagers qui a entraîné, au départ, la mise en place d'un cadre d'accompagnement spécifique. Toutefois, la logique socio-éducative et la logique de projets qui sont impulsées dans les écoles de travailleurs sociaux invitent à redéfinir les besoins constamment. Autrement dit, elles invitent à réaliser un diagnostic socio-éducatif précis à l'appui d'un certain nombre d'observations permettant d'établir des constats et ensuite d'élaborer un projet d'accompagnement individualisé. Pourtant, les orientations institutionnelles dans lesquelles exercent les professionnels en addictologie (et ailleurs) sont finalement prédéfinies alors même que les usagers, dans toute leur complexité, présenteront des expériences singulières. En effet, chaque usager demeure de manière inconditionnelle un sujet singulier forcément différent de celles et ceux qui le précèdent. Par ailleurs, la société, les pratiques de consommation et les individus évoluent. Les institutions en addictologie se retrouvent donc aujourd'hui à un carrefour entre préservation d'une logique de soin conventionnelle bien rodée et adaptation des projets pour répondre aux contradictions et aux nouveaux enjeux que soulèvent les pratiques addictives contemporaines.

IX.1.1. L'institution et le projet de service : entre adaptations, paradoxes et conflits axiologiques

Le cadre et le projet de service constituent la colonne vertébrale de l'accompagnement. Ce sont des points de repère sur lesquels s'appuient les professionnels et les usagers. Pourtant dès le départ, cadre et projet de service présentent des contradictions et notamment au sein des CSAPA avec hébergement comme l'atteste ce verbatim :

> En ce qui concerne les injonctions paradoxales, la première que j'ai toujours décelé en addictologie, dans toutes les structures où j'ai bossé, c'est qu'on accompagne les personnes en leur disant dès le départ : « c'est un lieu où on prône l'abstinence, donc ici on est abstinent mais la reconsommation, la réutilisation de produits, peut faire partie de votre soin ». Et moi ça me rendait fou de me dire que tu démarres un truc en foutant ça sur la table, c'est insoluble [...] Tu lui dis : « ici tu ne consommes pas mais si tu consommes on va t'accompagner ». […] À chaque fois je me dis, s'il y en a un qui me dit : « bah alors je fais quoi je consomme ou je ne consomme pas ? » Qu'est-ce que tu veux répondre à ça ? [...] Ce n'est pas clair en fait, soyons clairs avec les gens qu'on accompagne. Tu consommes, tu as le droit, tu n'as pas le droit [...] soyons clairs, arrêtons de tourner autour du pot en disant : « ici c'est l'abstinence, parce que l'abstinence ça te permet de te reconnecter avec ton potentiel mais si tu reconsommes c'est normal » (Guillaume).

Ce témoignage met en avant une logique institutionnelle récurrente qui vient répondre partiellement à la difficulté pour les structures de maintenir le cadre de l'abstinence étant donné le caractère complexe et parfois compulsif de l'addiction. Ainsi, c'est cette lecture du projet de service promouvant l'abstinence qui est transmise aux générations de travailleurs sociaux. Si l'addiction se caractérise par l'incapacité à pouvoir se contrôler, il est important de nuancer et de signaler, par le discours, que l'on va tout de même continuer l'accompagnement si reconsommation il y a. Toutefois, c'est un discours qui s'essouffle sur le terrain professionnel. En particulier parce que cela nécessite une discussion libre, un échange autour de ses reconsommations voire de ses rechutes potentielles. Ainsi, en complément de ce premier nœud institutionnel, un autre s'y ajoute :

> La deuxième injonction paradoxale qui vient se superposer à celle-là, c'est que derrière on va leur dire : « si tu as des envies de consommations, si tu as reconsommé, il faut nous en parler ». […] Comment tu veux que les gens viennent te le dire librement si derrière tu dis dans un contrat qu'ils n'ont pas le droit ? Ce n'est pas possible. Les gens vont toujours te dire : « bah ouais mais nan, je ne peux pas t'en parler sinon je vais me faire virer » et à juste titre tu peux leur répondre : « bah oui effectivement ce que tu dis ce n'est pas déconnant c'est dans notre contrat » (Guillaume).

L'enjeu de la parole est central. Trop longtemps, dans leurs parcours de vie, les usagers de substances ont fait face à la honte, à la culpabilité, à la disqualification sociale ou encore à la justice et son lot de sanctions :

> La consommation et l'isolement que ça peut amener ont généré des fêlures ou des ruptures dans les liens sociaux et familiaux. De fait, ça a aussi entraîné parfois du rejet, des regards jugeants ou des échecs dans leurs relations du fait de leurs consommations qui font qu'aujourd'hui ça va les amener à se sentir uniquement consommateurs... (Marine).

C'est pourquoi, lorsqu'ils arrivent en démarche de soins, l'enjeu de la relation constitue un objectif décisif largement évoqué par les travailleurs sociaux interrogés :

> Permettre qu'il y ait une relation qui puisse se créer entre le professionnel et le résident. Quand je dis relation, c'est pour faciliter vraiment cette idée que le plus important c'est de savoir mettre des mots sur ce qu'il se passe (Simon).

> Si je sens que la personne en face de moi elle a de l'hésitation, une fois que je la connais, une fois qu'on a du lien, si elle a de l'hésitation à me dire des choses, sur ses consommations ou même sur autre chose, c'est qu'à un moment j'ai foiré. C'est qu'à un moment je ne suis pas assez entré en relation, j'ai pas réussi à mettre en place les bonnes choses pour entrer en relation. […] Et du coup, l'idée c'est que si tu viens me voir, selon moi, si je me mets dans la position d'en face, si on vient me voir, il faut qu'on puisse me dire tout. Enfin tout au niveau des consommations, après le reste c'est pas forcément toujours vrai, mais tout au niveau de ses consommations. Si tu as déconné, il faut que tu puisses me le dire, sans être en stress de me le dire. [...] Il faut que j'ai vraiment une attitude non-jugeante je pense, pas avoir de la surprise si on m'annonce que les personnes ont consommé des quantités énormes ou ce genre de choses. Il faut vraiment que je montre que ça ne me dérange pas. Et qu'au contraire à la limite c'est bien qu'on me le dise (Julien).

> Trouver les moyens, en fonction de ton public, de créer une relation avec la personne pour que cette relation te permette d'être dans un climat de confiance qui permette d'avancer par rapport aux objectifs qu'elle s'est fixée. […] C'est-à-dire qu'au moment où je vais rencontrer la personne, je vais entendre ce qu'elle a à me dire à ce moment-là et je garde dans un coin de ma tête le fait que ce qu'elle va me dire, au moment où on se rencontre, ça peut évoluer. Les objectifs qu'elle se fixe quand on se rencontre ils peuvent évoluer parce que la relation a évolué aussi et que la confiance elle est différente (Guillaume).

Une relation qui permettrait donc d'aborder la réalité vécue, les difficultés et bien sûr les envies de produits et autres reconsommations pour faire vivre le projet personnel au gré des expériences capitalisées comme le propose M.-H. Soulet. Néanmoins, cette parole apparaît comme étouffée par un cadre institutionnel qui la contraint :

> Ça m'est arrivé régulièrement dans ma pratique que les gens me disent : « bah voilà en fait il y a l'enjeu institutionnel qui fait que si j'ai consommé peut-être que je ne vais pas être ré-accueilli, du coup c'est pour ça que je ne vais pas nécessairement oser en parler » (Marine).

Le contrat de départ et le projet de service, notamment dans le champ résidentiel, délimitent clairement certaines logiques « répressives » dans un univers institutionnel s'inscrivant pourtant dans une dynamique de « contre-pouvoir » visant à contrebalancer un cadre légal répressif issu de la loi de 1970 :

> Là on a une résidente qui a consommé 2-3 semaines dans sa chambre. C'est le chef de service qui voit comment trouver une réponse un peu adaptée d'un point de vue du règlement. Là, par exemple, c'était une sorte d'avertissement je crois qu'elle a eu. [...]

> On a dû faire attention nous aussi à ce qu'ils faisaient sur la structure, parce qu'il y a des choses qui se voient pas forcément. Des produits de cigarette électronique modifiés... ça se voit pas forcément (Simon).

Une autre professionnelle évoque l'interdiction du téléphone et de l'utilisation d'Internet presque constitutive des lieux de sevrage et des CSAPA avec hébergement :

> À la base je pense qu'ils l'ont mise pour pas que les personnes aillent n'importe où sur Internet sans trop vraiment les cadrer durant l'hospitalisation. Et les téléphones à la base c'était pour ne pas qu'ils puissent contacter de dealer à l'extérieur ou essayer de faire rentrer du produit. Donc on a utilisé le Covid pour tester le fait qu'ils aient le téléphone le soir et le weekend. [...] Au début en test et puis on s'est rendu compte que depuis il n'y avait eu aucun souci. Il y avait toujours des craintes de certains que les patients fassent rentrer du produit mais on n'a vraiment eu aucun souci depuis le début. Après c'est souvent plein de craintes et plein de questions qu'on se pose et puis dans le concret finalement tout se passe bien (Louise).

Cette professionnelle pointe légitimement le faible intérêt de cet interdit historique des lieux « d'enfermement ». En effet, il vient asseoir un cadre mais aussi répondre à la peur des professionnels. Ces derniers ont longtemps craint, parfois par expérience, l'introduction de substances via des livraisons et autres stratégies ou manipulations. Néanmoins, certaines institutions commencent à faire le choix d'une transformation de ce cadre pointant l'infantilisation d'un public majeur et expérimenté ainsi que son inutilité. Ce cadre potentialise des conflits entre usagers et professionnels, freinent le recours aux soins chez certains et vient surtout matérialiser des valeurs individuelles plutôt qu'une approche socio-éducative et professionnelle. Notre expérience personnelle et nos échanges nombreux avec différentes structures dans le cadre d'échanges de pratiques l'attestent, les structures qui ont expérimenté le téléphone libre ne subissent pas une avalanche de livraisons à la chaîne.

D'autre part, des logiques alternatives plus actualisées consistent à préférer un soin proche de la réalité du quotidien, plutôt qu'un soin surprotégé de la réalité extérieure :

> On se doute que c'est compliqué, ils sont trois semaines ici, un peu coupés du monde et ils ont des soignants tous les jours avec eux, ils font des activités... ils n'ont plus de préoccupations, plus de soucis. Ils n'ont plus rien à penser et du jour au lendemain, ils ressortent et ils retournent dans leur contexte où en bas de leurs blocs, il y a des dealers. C'est compliqué les retours (Louise).

Un autre professionnel le souligne :

> L'institution elle a un côté un peu rond, une machine qui avance et dans laquelle on est bien... et c'est un confort pour beaucoup de gens, mais ce n'est pas la finalité je pense (Guillaume).

Les parcours sont également parfois ardus pour arriver en CSAPA avec hébergement. Les logiques et les temporalités des CSAPA ambulatoires ne sont pas les mêmes, notamment lorsqu'il s'agit de personnes très précaires ou vivant à la rue. Si pour certains il n'y a jamais d'urgence en addictologie ; pour d'autres, qui vivent la vie des usagers dans leur environnement quotidien (par exemple en CSAPA ambulatoire), cette urgence est souvent patente. Les projets institutionnels et les logiques axiologiques attenantes au champ résidentiel délimitent parfois (et en partie subjectivement) ceux qui sont prioritaires et ceux qui sont prêts à entamer une « vraie » démarche ou non. Cet aspect rejoint d'ailleurs le concept de « capital biographique » proposé par C. Delory-Momberger[629]. Ceux qui sont aptes à « faire parler » leur histoire, à la raconter dans un écrit ou à l'oral de manière percutante, autrement dit à élaborer davantage que d'autres, sont susceptibles d'intégrer plus facilement certains lieux de soins. Nous avons nous-mêmes été sensible à certains récits et à certaines personnes qui savent mieux que d'autres se raconter lors de procédures d'accueil. C'est une corde sensible renvoyant à la subjectivité des professionnels qui est touchée ici mais qui peut effectivement entraîner des inégalités de traitement :

> On s'est cassé quelques fois les dents sur des communautés thérapeutiques qui estiment que la personne n'est pas assez motivée, sans l'avoir vue. On a du mal à se comprendre. On n'est peut-être pas dans la même réalité non plus du quotidien (Cécile).

Cette professionnelle évoque l'exemple d'un homme qui faute de téléphone ne pouvait être contacté par la structure sollicitée. Ainsi, il devait appeler directement du service initiant l'orientation (un CSAPA ambulatoire) ce qui a entraîné certains doutes de la part de la communauté thérapeutique quant à son autonomie et sa motivation :

> Ils se sont dit qu'il était pas assez motivé pour y aller. J'ai bataillé un bon moment au téléphone mais quand ils avaient pris leur décision c'était réglé. Donc on repart sur autre chose (Cécile).

De surcroît, des orientations spécifiques liées à certains projets de service (avec ou sans hébergement) viennent impacter la complexité des accompagnements. En effet, le travail sur le lien parent-enfant et ses implications judiciaires dans le cas de l'addictologie entraîne des situations d'accompagnement souvent inextricables et inconfortables comme le démontrent ces extraits d'entretien :

> En intervenant sur le lien parent-enfant, ou plutôt en proposant un soutien au lien parent-enfant dans un contexte d'addiction, les parents sont soumis à beaucoup de méfiance. Faire émerger une demande où ils nous font confiance, où ils peuvent parler à la fois de la consommation, de l'addiction et parler de ce qu'il se passe avec leurs enfants, c'est une chose extrêmement compliquée. […] Il faut beaucoup

629Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique, op. cit.*

de temps pour rentrer dans quelque chose d'un peu authentique car ils nous assimilent encore beaucoup, malgré tout ce que l'on peut dire, à : « ils peuvent quand même aller dire à la protection de l'enfance que... ». […] Notre regard va parfois être celui de la protection de l'enfance, on est coincé. […] Or, on s'est positionné comme un espace CSAPA confidentiel mais on sait bien que tout citoyen doit alerter lorsqu'il y a danger pour l'enfant... Bien sûr on va le dire dans les situations extrêmes, ce n'est pas ça le problème. C'est tous ces entre-deux, où tu sens que le gamin n'est pas bien, où on sait qu'il y a une AEMO[630] et le parent dit : « vous ne le dites pas »... Toute cette alliance qu'ils essaient d'avoir avec nous... […] Ce n'est pas confortable, ce n'est pas vraiment pas confortable. Et en plus ils nous racontent des craques à n'en plus finir (Anne).

Les mamans arrivent chez nous en nous disant : « moi la libre adhésion je m'en fous, de toute façon je viens parce que je suis contrainte, c'est à dire que si je ne viens pas chez vous on place mon enfant ». […] Le projet d'accompagnement qu'on peut proposer il est biaisé par le rythme des audiences, par les couperets qui vont tomber de la part des juges pour enfants. [...] Le monde de la protection de l'enfance n'a pas du tout en tête les mêmes considérations que nous sur ce que doit être un parcours de consommateur. […] Pour le coup, eux ont un discours qui est extrêmement normé, normatif. […] Par exemple, nous on s'évertue à dire : « mets du sens dans ton projet de soins ». Un juge va dire : « moi madame, j'attends de vous que vous fassiez vos preuves au niveau addictologie ». C'est deux trucs qui viennent se télescoper, la maman elle ne comprend pas (Guillaume).

Guillaume évoquera d'ailleurs la situation d'une jeune femme accueillie avec son enfant qui a finalement décidé de quitter l'hébergement et d'arrêter l'accompagnement de manière relativement soudaine :

J'ai un exemple d'une maman qui est arrivée avec son enfant en bas âge, on l'a accompagnée pendant huit mois et à un moment elle nous a dit : « moi je ne peux plus. Je vais laisser mon enfant, je vais le placer et je vais repartir vivre dans ma ville parce que j'ai trop besoin de consommer, que je ne suis pas en capacité de m'occuper de lui et que j'ai un appel trop important de mon ancien conjoint qui est là-bas », et en 48 heures de temps boum ! Il faut trouver une solution pour le gamin, il faut qu'il puisse être placé, il faut laisser partir cette maman et il faut l'accompagner dans cette phase qui est compliquée (Guillaume).

Cette situation ne peut que déconcerter les professionnels dans la mesure où elle vient heurter nos « cadres fondamentaux » de la parentalité bien ancrés en chacun de nous et dont il est difficile de se défaire. Elle vient également questionner la pertinence du soin mais aussi de la pratique socio-éducative quand, après huit longs mois d'accompagnement, tout « s'effondre » au sens d'un parcours linéaire de sortie de l'addiction et d'entrer dans un cadre social conventionnel :

Au final, dans ces situations-là, je me demande pour qui c'est le plus dur. Est-ce que c'est plus dur pour

630Une mesure AEMO est une mesure judiciaire d'Action éducative en milieu ouvert.

> les personnes qu'on accompagne ou est-ce que c'est plus dur pour nous ? Parce que ça vient déconstruire plein de représentations qu'on a, de fantasmes qu'on a par rapport à ces questions. Et au final l'équipe elle a été chamboulée par cette situation-là (Guillaume).

Néanmoins, la réflexion a posteriori permet parfois de mieux comprendre les agissements des personnes accompagnées et de leur donner un sens différent :

> On s'est dit : « en même temps c'est son choix ». Elle a décidé de faire ça, alors elle en a souffert sur le moment mais elle nous a construit un plan en disant : « vraiment je veux partir », c'était carré. Au moment de passer à l'acte c'était dur, mais après ça a tenu, elle n'a jamais récupéré son enfant. Elle est repartie là-bas et on a des nouvelles de temps en temps, elle va bien... Enfin je ne sais pas, c'est compliqué de qualifier ça par du bien ou du pas bien mais en tout cas elle a une vie qui semble lui satisfaire pour l'instant. [...]
>
> À un moment il faut qu'on arrive à libérer un petit peu l'échange autour des sujets qui peuvent être complexes, qui peuvent être tabous, qui peuvent être normés d'un point de vue social pour vraiment permettre aux gens de se dire : « en fait je fais pas un choix qui m'ait imposé par la société et la bien-pensance. Je fais un choix qui me correspond » (Guillaume).

Cette situation pose donc la question du choix libre et éclairé. Elle fait écho aux travaux de M. Legrand, de P. Ricœur ou encore de V. de Gaulejac sur la volonté et la liberté. Peut-être peut-on y voir l'expression simple de l'addiction et de l'aliénation au produit ou peut-être peut-on y voir l'expression d'une réaffirmation de soi. Dans un contexte d'aliénation, l'acte permet parfois de se défaire d'une perte de soi. Le passage à l'acte affirme une forme de responsabilité et de pouvoir dans une situation d'impuissance. Partant du principe que l'involontaire coexiste par essence avec le volontaire et que les déterminismes coexistent avec les libertés il devient alors plus évident d'y voir l'expression d'une volonté ou d'un choix, qui ne sera de toute manière jamais totale. Cette volonté se matérialise par le triptyque projet-action-consentement, sans jamais épuiser les déterminismes conscients et inconscients qui s'activent à chaque étape et auxquelles le sujet en construction consent finalement. Néanmoins, c'est bien la cohérence et la lecture commune d'une situation qui est recherchée dans une équipe pluridisciplinaire. Toutefois, cette lecture vient se heurter à des logiques axiologiques et des sensibilités différentes :

> Parce qu'on n'a pas tous les mêmes identités professionnelles, parce qu'on ne vient pas forcément tous du même lieu, parce qu'on n'a pas forcément les mêmes valeurs, il faut réussir à composer avec ça. [...] Je pense que parfois il y a des situations qui peuvent cristalliser des tensions au sein d'une équipe parce qu'on n'a pas tous la même représentation. […] Je pense que c'est quelque chose qui est fort présent en addictologie, ce cas-là était vachement représentatif. On s'est posé autour de la table et il y a eu des tensions un petit peu au sein de l'équipe en disant : « mais elle fait n'importe quoi cette maman,

> on ne peut pas la laisser faire ça, est-ce que c'est elle qui parle ? Est-ce que c'est le produit qui parle ? Est-ce qu'elle ne va pas le regretter ? » Et à un moment il a fallu mettre un stop aussi en disant : « mais attendez on n'est pas là non plus pour se substituer à ce qu'elle est en train de faire et pour essayer de penser à sa place... pour la mettre dans un schéma qui est le nôtre. Il faut la laisser dans son propre schéma et pas superposer le nôtre au sien ». Et parfois c'est difficile. [...]
>
> Il faut que les personnes se sentent en capacité de dire, de conscientiser qu'en fait ça peut-être un modèle aussi qui est intéressant et c'est aussi notre boulot que de dire : « c'est pas parce que tu vas choisir de partir et de continuer à consommer que ta vie elle est pourrie et que tu as tout raté en fait. Ça peut être ton besoin et bien alors du coup bossons-le quoi. Définissons un temps avant que tu t'en ailles et choisissons ce qu'on va faire de ce temps-là pour que ce soit le plus adapté, le plus cohérent et que tu en tires des bénéfices ». […] Même si tu peux le dire de manière théorique et on le fait, on le dit aux mamans en entretien d'accueil : « si à un moment vous voulez partir parce que le produit est trop fort et cetera, il n'y a pas de soucis, on peut vous accompagner ». Mais entre le dire en entretien de sollicitation et l'accompagner au quotidien avec tout ce que ça implique en termes de vécu, il y a une marge quand même (Guillaume).

Ainsi, nous voyons comment certains paradoxes institutionnels et certaines valeurs individuelles viennent rajouter de la complexité au caractère déjà complexe de l'accompagnement d'une addiction (un phénomène bio-psycho-social). Les professionnels doivent composer avec ces éléments tout en essayant de sauvegarder la logique du sens de l'accompagnement socio-éducatif, ce qui potentialise l'inconfort et la fatigue professionnelle. Toutefois, nous avons vu que des adaptations du cadre, parfois très simples, permettent dans certains cas de contrebalancer la logique du soin « infantilisant » ou défini a priori. Dans la partie suivante, nous allons préciser davantage les tensions liées à la construction du projet individualisé, comme le requiert la loi 2002-2.

IX.1.2. Accompagnement individualisé dans un espace collectif : frein ou opportunité ?

Cette partie concerne particulièrement les CSAPA avec hébergement. Néanmoins, tous les CSAPA et services de soins en addictologie présentent la spécificité d'un collectif, ne serait-ce que par le biais des salles d'attente, des activités collectives ou des allers et venues en ambulatoire. Cette partie cherche à montrer comment le groupe constitue souvent un argument d'autorité pour éviter de bousculer les logiques institutionnelles. Tout cela sans dénier l'importance du partage d'expériences, du soutien entre pairs et de l'apprentissage du vivre-ensemble qu'apporte le collectif. L'argumentaire

du groupe semble d'ailleurs constitué une forme d'héritage des groupes d'auto-support néphalistes qui naissent dans les années 1930 aux États-Unis.

Le point de départ de l'accompagnement s'accompagne presque systématiquement d'une volonté de se recentrer sur les besoins et le projet individuel de la personne qui se présente à nous. Cette priorité socio-éducative propose d'envisager l'accompagnement par le prisme de l'usager plutôt que par le prisme de l'institution. Souvent, les professionnels interrogés ont évoqué le souhait de partir des possibilités, des besoins et des envies des usagers pour créer le projet de soin. Autrement dit, sans cadre préconçu :

> Je ne peux pas nécessairement transposer des situations que j'ai accompagnées et les copier-coller. […] Pour moi le but c'est justement de ne pas proposer un support qui va être déjà bien tracé dans la mesure où les gens nous étonnent et bougent vachement en un an d'accompagnement. Donc je pense qu'il faut pouvoir avoir le plus de tolérance possible et puis surtout ça me permet de ne pas me tromper, [...] de ne pas leur proposer quelque chose qui ne leur correspond pas (Marine).

> L'objectif […] c'est accompagner dans l'addiction, vers ce que les gens veulent. Soit vers l'abstinence […] soit vers la gestion des consommations. […] Après, en CSAPA... tu as les objectifs du cadre un peu mais ce qui m'intéresse le plus, ce que j'utilise le plus c'est les objectifs des usagers que j'ai en face de moi (Julien).

> Un des grands enjeux de travailler avec ce public c'est de ne pas plaquer nos attentes de professionnels et de ne pas décliner leurs besoins avant eux. […] Mais en fait parfois, attendre, c'est déjà tout un travail (Anne).

> Moi ce que j'essaye d'expliquer aux personnes c'est que nous ici on n'a pas forcément d'idée préconçue de là où ils doivent aller, de ce qui sera bien pour eux, si c'est de l'abstinence, si c'est de la diminution des consommations ou juste de la réduction des risques. Je vais plutôt essayer de les accompagner vers là où ils ont envie d'aller et vers là où ils vont se sentir bien (Cécile).

> Je dirais que c'est surtout eux qui posent les objectifs et pas moi. […] C'est eux qui vont poser leurs objectifs et moi après l'objectif c'est de les accompagner dans le projet qu'ils souhaitent, de leur permettre de trouver parfois des réponses, parfois des solutions, parfois des outils. En tout cas toujours dans une recherche de mieux-être. […] Alors bon le changement ça peut être un arrêt des consommations, ça peut être une diminution des consommations, ça peut être une prise de conscience des risques qu'ils prennent pour eux ou pour leur entourage, ça peut être travailler la relation avec les membres de leur famille. […] Le premier changement c'est de changer quelque chose autour de ses conduites de consommation, c'est inévitable. […] C'est d'amener en tout cas les personnes à réfléchir sur leurs conduites de consommation, de faire le point, d'évaluer là où elles en sont et dans tout ça qu'est-ce qu'elles ont envie de changer ? […] C'est vraiment de la co-construction (Myriam).

Ainsi, c'est cette pluralité de possibilités qui guident la pratique des professionnels dans un souci de singularisation de l'accompagnement. Toutefois, ces discours sont parfois contrecarrés par l'enjeu institutionnel que représente « les autres ». Les autres ce sont souvent ceux qui veulent être rassurés, ceux qui veulent aller dans une structure spécialisée qui justement les met à l'abri des consommations, les protège. C'est d'ailleurs ce que le cadre garantit. Comment alors faire fonctionner le projet individualisé avec le cadre de la structure ? Si tout le monde est abstinent, cela s'avère très simple. Cependant, ce n'est pratiquement jamais le cas. En ambulatoire, certains viennent récupérer leur méthadone, du matériel de réduction des risques ou arrivent avec leur bière à la main et du produit plein les poches pendant que d'autres veulent légitimement sanctuariser ce temps qu'il passe au sein du lieu d'accompagnement. Dans le champ résidentiel, les sorties autonomes ou les weekends passés en dehors du groupe et de la structure ramènent parfois une réalité de consommation au sein de la structure. D'autre part, les usagers expriment de plus en plus des souhaits d'alternatives à l'abstinence (même si cela est encore minoritaire). L'enjeu de ce travail doctoral vise justement à rendre compte de ce hiatus tout comme le montre cette réflexion personnelle d'un travailleur social cherchant des solutions au moment de l'entretien :

> Tu peux dire ça aux gens : « on peut aborder la question des reconsommations et aussi la question de l'abstinence, on peut faire les deux. Est-ce que toi aujourd'hui tu vois où tu en es ? Est-ce que tu penses que tu vas avoir besoin de reconsommer à un moment ou est-ce que tu as besoin de contenance ? » [...] Il y a plein de choses à explorer en fait et on touche à cette borne du projet institutionnel. Tu ne peux pas le faire d'un point de vue individuel, tu as besoin de mettre du sens entre l'échelon institutionnel, l'échelon individuel, la cohérence d'équipe […] et que les gens puissent s'y inscrire. […] Au lieu de partir d'un projet, d'un contrat, en disant : « voilà l'institution c'est comme ça, est-ce que tu rentres dans le moule ? », l'idée ce serait d'avoir un fonctionnement inverse et de dire : « à un moment, quand je te rencontre, on fait une pré-admission, où tu en es toi ? », et on s'autorise à changer ou à ne pas changer. On adapte une partie du projet aux besoins des gens au moment où ils arrivent. […] Du coup tu démarres tout de suite la logique de choix. Ce n'est pas l'institution qui choisit pour toi d'être abstinent, c'est toi qui définis ton sens. Si ça se trouve les personnes vont faire le choix de l'institution, mais c'est plus le choix de l'institution, c'est le leur. […] Après ensemble on fixe les limites de cette adaptation. Il faut aussi maintenir un truc cohérent, ne pas mettre les gens en difficulté. C'est la complexité de l'hébergement. Mais la réponse institutionnelle elle est tout le temps de dire : « l'abstinence elle existe parce qu'il y a des gens qui en ont besoin et si tu consommes devant eux ça va être difficile ». C'est aussi entendable, mais... (Guillaume).

Ce « mais » final et le silence qui le suit pendant l'entretien, matérialisé par les points de suspension, sont représentatifs d'une réflexion qui finit toujours par tourner en boucle et qui échoue à trouver des portes de sortie. Dès lors, les équipes en reviennent souvent au cadre contenant de

départ : structure de soins = protection des usagers = aucune substance dans l'enceinte = abstinence de fait. L'institution et les professionnels qui portent ce cadre conventionnel se heurtent néanmoins à des réalités paradoxales et contre-productives :

> Je pense qu'une institution, aujourd'hui, elle doit passer par cette phase-là. Parce que de toute façon il en sortira quelque chose, peut-être qu'il y aura des réajustements. D'autant que ça part de constats qui émanent des personnes qu'on accompagne. Les injonctions paradoxales, c'est les personnes qui nous les renvoient donc à un moment c'est pas en adéquation avec les personnes qu'on accompagne. […] C'est-à-dire que si tu veux libérer la parole, que tu veux aborder la consommation et que tu dis que ça fait partie du soin mais qu'en même temps tu as un cadre qui te dit que si tu le fais, tu t'exposes à te faire virer bah... c'est un peu chiant. Au final c'est l'institution qui se met dans une position confortable en faisant ça mais pas pour les personnes que tu accompagnes. L'institution elle se réserve du coup le droit de dire : « on arrête ou on arrête pas » (Guillaume).

Dans notre expérience professionnelle, nous avons effectivement observé cette pratique de la fin de contrat. Les structures d'accompagnement, comme c'est souvent le cas en travail social, abordent les incidents le plus souvent sur un registre compréhensif. Toutefois, le cadre de l'institution en hébergement notamment conduit parfois à des ruptures d'accompagnement. Nous avons pu remarquer dans notre pratique que ce sont cependant souvent des justifications annexes qui viennent clore les décisions (non respect du cadre de la vie en collectivité, perte de sens dans l'accompagnement, désaccords répétés avec l'équipe ou avec le groupe, difficultés relationnelles, etc.). Si ces justifications sont légitimes, elles viennent par contre souvent masquer la difficulté première des professionnels à gérer les consommations et reconsommations. Par ailleurs, le souhait de maintenir un espace sécurisé pour les usagers demeure très ancré comme le démontre cet extrait d'entretien :

> La limite c'est de garantir un espace sécure sans produit. Ça c'est la limite. […] Moi ça peut me frustrer dans ma pratique. Ça pourrait être un frein. En même temps les personnes elles sont aussi venues chercher avant toute chose un lieu de soins avec hébergement et donc avec toutes les missions qui en découlent. Je suis un peu partagé en fait. […] Je pense qu'avec des personnes ça nous a parfois amené à imposer un cadre et à mettre fin à un accompagnement un peu plus tôt que prévu, alors qu'il y avait plein de choses qui pouvaient être intéressantes à bosser avec elle. […] Mais en même temps voilà les personnes sont venues aussi chercher un peu ce cadre-là. Enfin je suis un peu partagée (Marine).

Nous voyons bien ici comment ces situations peuvent entraîner des nœuds dans les réflexions des professionnels. L'argument du choix de départ (celui de la sécurisation) est souvent mis en avant par les professionnels qui précisent que les personnes savent ce qu'elles viennent chercher. C'est une

vérité partielle semble-t-il car le manque de propositions alternatives élimine certains aspects du choix. Les personnes ont recours aux lieux de soins existants qui s'incarnent dans un discours spécifique : « Si pour accéder à un lieu de soins, dont j'ai besoin, je dois aller à cet endroit précis et être abstinent, je vais effectivement dire que je veux être abstinent ». Pour autant, nous avons vu avec l'étude de M. Landry et M. Lecavalier que lorsque d'autres propositions étaient faites au début de l'accompagnement, les usagers adoptaient majoritairement des options alternatives à l'abstinence[631]. Nous rejoignons les travaux de P. Bourdieu ou de M. Fieulaine évoqués en première partie qui consiste à déconstruire le poids des institutions sur la vie et les choix des individus. Ces derniers intègrent en effet certains éléments de discours, liés à l'insistance de certains membres de l'entourage, de certains professionnels ou même liés à un discours socio-sanitaire ambiant, qui empêchent l'expression d'une parole complètement libérée. À l'inverse, ouvrir les horizons peut déstabiliser les personnes accompagnées et les professionnels :

> Lorsque qu'on va proposer des alternatives, les personnes en question peuvent partager, notamment dans le groupe de parole, ce qu'elles vivent et la nature de leur accompagnement. Donc forcément évoquer un accompagnement à la gestion des consommations amène toujours chez les autres résidents ce petit déclic de : « ah... telle personne est accompagnée dans la gestion donc là je peux entendre aussi la possibilité de consommer dans un weekend ». [...] Là où il y a quelques années on accompagnait les gens dans la grande ligne de : « on t'accompagne dans la consolidation d'une abstinence point », aujourd'hui, ça sème le doute chez d'autres usagers qui avaient un cadre très clair auparavant concernant leurs consommations et leur rapport à la consommation. [...]
>
> La difficulté c'est comment on travaille avec la gestion des consommations ? Si la personne entend la possibilité de, le risque c'est qu'elle veuille travailler là-dessus et est-ce que c'est vraiment bien pertinent ? Et est-ce que c'est à nous aussi de juger cette pertinence ? Et est-ce que c'est pas non plus à nous de maintenir le cadre premier qu'elle s'était posé de l'abstinence ? (Marine).

Ces extraits présentent une limite liée à l'introduction de nouvelles approches dans des établissements qui se sont construits sur des standards de l'addictologie et notamment sur le principe du collectif voire du communautaire. Ils pointent également la difficulté de faire exister sur un même lieu les trois axes de l'addictologie que nous avons déjà évoqués (RdC, RdR et abstinence). Pour cela, les approches alternatives (régulation des consommations et réduction des risques) doivent faire l'objet d'explications très précises et de nuances auprès des usagers. Elles doivent également faire l'effort de penser le vivre-ensemble et l'altérité en intégrant la communication, le débat et le consensus. C'est d'ailleurs à cet endroit précis que les travailleurs sociaux peuvent placer leur action et qu'ils peuvent afficher une plus-value, une singularité liée à leur formation.

631Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie, *op. cit.*

D'autre part, nous remarquons que les décisions des équipes sont impactées par la composition du groupe. Au gré des individus qui composent ce groupe mais aussi du discours des usagers sur les actes qu'ils posent, les applications du règlement intérieur sont différentes :

> Par rapport aux consommations, on a pas établi un schéma clair mais ça ne nous dérange pas, toute l'équipe est en accord avec ça en fait. C'est ça qui est intéressant parce qu'on a pas besoin d'avoir un truc très précis, on prend les situations comme elles viennent et selon le groupe qu'on a aussi. C'est important aussi de voir l'impact que ça peut avoir sur le groupe (Simon).

Ce professionnel évoque par exemple le cas récent d'une jeune fille. Cette dernière avait consommé du cannabis dans sa chambre. Néanmoins, à cette époque ils n'étaient que deux résidents dans la structure :

> Il n'y a pas eu de conséquences sur l'autre jeune et donc on prend tout ça en compte aussi. […] Le discours qu'elle a est intéressant et donc voilà on a envie de poursuivre. Alors que peut-être pour une autre personne qui fera exactement la même chose, on décidera d'arrêter. Ça dépend vraiment des situations (Simon).

Évidemment, le travail éducatif se caractérise par l'adaptabilité, par la prise en compte d'un contexte souvent complexe et paradoxal, par le sens de l'action et par la congruence. Ainsi, il n'est pas surprenant de voir des variations dans les décisions prises. Nous l'avons vu par une lecture mathématique, le propre d'un paradoxe (et donc de la complexité) est de trouver comme solution une oscillation. Cette dernière dépendra du point de vue qui est finalement adopté. Le paradoxe rend complexe les situations d'accompagnement mais il les rend dans le même temps vivantes. Cependant, il est important de se demander dans quelle mesure le capital biographique, par la capacité à mettre du sens ou à convaincre le professionnel, ne biaise pas les décisions de manière trop arbitraire. L'affect est également une réalité du travail éducatif mais il doit être discuté en équipe pour permettre la prise de distance. De surcroît, l'exemple du « destin » de cette usagère ayant consommé du cannabis peut-il dépendre aussi fortement de la réception de son acte par les membres du groupe ? La question est éminemment complexe, c'est pourquoi la réponse ne peut s'accompagner de trop de simplicité. C'est peut-être la décision collective et pluridisciplinaire qui permettra de prendre en compte cette complexité mais pourquoi pas aussi, ce qui se fait peut-être moins, la mise en débat au sein du collectif des usagers en collaboration avec les professionnels.

Les décisions sont cependant certaines fois à prendre sur le vif et incombent à ceux qui sont présents. Effectivement, quand lors d'un weekend un usager rejoint le collectif après une sortie autonome et qu'il présente des effets de consommation, que faire ? Les décisions oscillent entre un

temps de mise à distance dans un hôtel, un isolement dans la chambre ou un retour dans le collectif :

> Il y a des gens qui reviennent, qui peuvent être sous effets de consommation, on va essayer de trouver des petites alternatives pour essayer de surfer sur ce qui se passe et de ne pas isoler la personne en l'emmenant à l'hôtel par exemple (Marine).

Les valeurs personnelles et professionnelles des uns et des autres jouent aussi un rôle important qui peut entraîner de l'incohérence éducative entre les tenants du cadre et de la sécurité du groupe et les tenants d'approches alternatives souhaitant éviter une stigmatisation accrue et surtout poursuivre le travail en s'appuyant sur cet événement précis :

> Ce qui est compliqué c'est que j'aimerais avoir une posture non-jugeante ou ne pas amener de sanction dans la reconsommation mais voilà c'est un peu paradoxal avec l'espace sécure qu'on essaye de garantir... tu penses au groupe. [...] Je dois poser du cadre, pouvoir sécuriser un groupe et en même temps il faut que je m'assure de ne pas être jugeante dans la reconsommation d'une personne pour qui je sais que si elle reconsomme, c'est parce qu'elle est en galère et pas nécessairement parce qu'elle a envie de tester les limites d'un cadre (Marine).

La question se pose également en CSAPA ambulatoire. Le collectif y est moins prégnant puisque la démarche de soins est individualisée et s'inscrit dans un processus de prise de rendez-vous. Néanmoins, l'enjeu des « autres » est également convoqué pour contrebalancer les projets alternatifs de certains professionnels :

> Après il y a des choses qu'on pourrait moduler. C'est vrai qu'on s'était posé la question par exemple de permettre aux personnes de poser leur bière... enfin on avait travaillé la question de l'alcool au sein de la structure. […] Moi la question c'est toujours la question du sens. Si on ouvre la porte à quelque chose, il ne faut pas que ça la ferme à autre chose. […] Par exemple la consommation d'alcool ou le fait de pouvoir rentrer avec une canette, c'est vrai comme ça humainement j'aurais tendance à dire : « oui pourquoi pas ». Et puis en même temps, si on fait ça, est-ce que des gens ne vont pas se sentir mal ? […] La dernière fois encore j'avais l'échange avec quelqu'un qui disait : « franchement je ne comprends pas vous donnez du TSO[632] et puis en même temps vous donnez du matériel de réduction des risques ». […] Alors c'est pas pour autant qu'il ne faut plus le faire. Une de nos missions c'est aussi la réduction des risques mais je pense qu'on ne peut pas tout faire non plus partout tout le temps (Myriam).

La question de l'alcool se pose de plus en plus dans les structures de soins et notamment depuis la loi de 2016 qui encadre les salles de consommation à moindres risques, étend la RdR et développe les pratiques d'accompagnement à l'injection et à la consommation :

> On est de toute façon obligé de travailler avec la loi. Ce qui est intéressant, c'est qu'on peut se

632Traitement de substitution aux opiacés (ici il s'agit surtout de méthadone).

> confronter, sur des moments thérapeutiques, à l'alcool parce que c'est licite. Autant avec les substances illicites c'est juste impossible. Donc à partir de là, c'est ce qui va guider ma pratique professionnelle. Oui c'est clairement un frein (Marine).

En effet, dans cette loi, un paradoxe demeure malgré toutes les pistes qu'elle amène, c'est l'interdit légal de la circulation et de la consommation de produits illicites. Cependant, l'alcool qui n'est pas illicite anime les débats. L'enjeu du débat se situe entre le cadre conventionnel d'un accompagnement à l'écart de toutes consommations, de toutes tentations et de toutes sollicitations et le cadre d'un accompagnement qui souhaite intégrer l'alcool à l'accompagnement pour éviter une forme de déconnexion avec la réalité. Tout d'abord, car tous ne viennent pas pour des problèmes d'addiction à l'alcool, ensuite, parce que certains ne veulent pas forcément arrêter complètement et enfin, parce que le cadre conventionnel entraîne des effets contradictoires.

Que ce soit en CSAPA avec ou sans hébergement et même en CAARUD avec ou sans hébergement, beaucoup d'usagers s'alcoolisent de manière massive avant d'entrer ou de revenir dans la structure. Ils savent qu'ils ne pourront plus consommer après être entrés, que le manque les guette parfois tout autant que l'envie et que lorsqu'une cannette de 50 cl est ouverte il est compliqué de l'abandonner à moitié entamée. À défaut de pouvoir la poser dans la structure pour la récupérer ensuite ou de pouvoir consommer dans le CSAPA ambulatoire considéré ; mais aussi à défaut de pouvoir démystifier la consommation dans le champ résidentiel en intégrant l'alcool à certains temps conviviaux ou à certains espaces thérapeutiques et éducatifs délimités et construits collectivement, les usagers s'alcoolisent souvent plus massivement et laissent leur canette devant les structures, à la vue des riverains. L'interdit favorise parfois l'excès.

C'est ce type de débat qui anime de plus en plus d'équipes en addictologie et également en foyers de vie et autres centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) :

> Il y a une partie des personnes que j'accompagne qui veulent pas forcément dire qu'ils sont suivis en addictologie à leur CHRS. Donc des fois j'essaye de les rassurer parce qu'il y a des CHRS que je connais bien où je sais qu'il n'y a pas de soucis. Après c'est vrai que ça met en difficulté le CHRS des fois. C'est pas tant les consommations je pense. C'est le deal ou la proposition de produit qui peut mettre en difficulté les autres personnes accueillies (Cécile).

Un débat focalisé sur le hiatus individu/collectif :

> Je pense qu'un CAARUD c'est un CAARUD et c'est pas mieux ou moins bien. Pareil qu'un CSAPA c'est un CSAPA, on est bien quand même dans la question du soin et je pense qu'il ne faut pas qu'on perde l'identité d'un service, des missions premières d'un service. […] C'est une vraie question quand on se pose la question par exemple de l'alcool. On sait aussi que dans le même lieu, on va accompagner des personnes qui sont en sevrage d'alcool. Et du coup à ce moment-là comment tu

> accueilles à la fois quelqu'un avec une canette, je caricature un peu, et quelqu'un qui a démarré un sevrage quinze jours auparavant avec un médecin, dans le même service ? […] On ouvre une porte c'est très bien mais il faut faire attention à ne pas la refermer pour d'autres (Myriam).

Comme nous l'avons déjà discuté, la perspective d'un troisième axe en addictologie vise pourtant l'appariement d'une philosophie de la réduction des risques portée par les CAARUD et d'une philosophie du soin portée par les CSAPA dans un objectif de régulation individualisée des addictions. Cet appariement permet d'engager une démarche de soins approfondie en s'appuyant sur les expériences et sur les souhaits des personnes accompagnées. À ce propos, la question du TSO et de la délivrance de matériel que Myriam se pose plus haut est tout à fait intéressante. L'alliance des deux approches étaient impensables à une époque. Elle l'est d'ailleurs toujours dans certains CSAPA. Pourtant, cette ouverture constitue un nouveau levier. Un levier qui peut effectivement déstabiliser certains usagers mais qui permet aussi de répondre à leurs réalités. En effet, les usagers des CSAPA sous traitement de substitution n'ont pas attendus que les professionnels délivrent des seringues stériles pour continuer à consommer de l'héroïne. La perspective du traitement de substitution est parfois vécue comme une manière de pouvoir réguler ses usages.

Toutes choses égales par ailleurs, le vivre-ensemble doit effectivement être pensé. Cela nécessite un cadre revisité, de la nuance et du consensus mais surtout beaucoup de pédagogie avec des espaces délimités pour les uns, comme pour les autres.

Malgré l'objectif de ne pas imposer un cadre en partant de l'expérience de l'usager, c'est bien le cadre institutionnel et axiologique qui oriente encore une bonne partie de l'accompagnement. Si les objectifs des professionnels, évoqués en début de sous-partie, font référence presque systématiquement à une logique émancipatrice, il s'avère que la pratique renvoie encore souvent à une perspective intégrationniste. À ce sujet, nous pouvons considérer que prioriser le collectif plutôt que l'individu fait appel à un registre normatif renvoyant à cette perspective. Le groupe et le collectif sont évidemment nécessaires mais peut-être faut-il veiller à ne pas l'instrumentaliser pour justifier la rigidité de certaines pratiques. Le défi consiste à faire exister la norme et le vivre-ensemble sans jamais l'imposer de prime abord. La sous-partie suivante, très en lien avec celle qui s'achève, souhaite aborder davantage les implications des consommations et reconsommations au cours des parcours de soins.

IX.1.3. Consommations et reconsommations dans et hors les murs : une parole qui demande à être encouragée

Les (re)consommations pendant les parcours de soins sont régulières et presque inhérentes. Toutefois, les personnes accompagnées ne sombrent pas pour autant dans la rechute ou dans la déchéance. Que faire alors de ces situations ?

Quand elles ont lieu au cours d'un suivi ambulatoire, elles sont plus facilement tolérées mais pour autant pas forcément pleinement exploitées d'un point de vue clinique. Quand elles ont lieu au cours d'un parcours résidentiel, elles sont plus difficiles à appréhendées notamment si elles se déroulent dans l'enceinte de l'établissement.

Dans les services ambulatoires ou résidentiels les professionnels sont régulièrement à l'affût des consommations, qu'elles aient lieu dans les toilettes, la cour extérieure, la chambre ou encore la salle de bain. Pour les services ambulatoires, ce type de comportement touche particulièrement les usagers en grande précarité qui ne disposent pas d'alternative pour consommer sereinement à l'extérieur. Par ailleurs, certaines structures imaginent réussir à éviter en grande partie les consommations intra-muros par le biais du contrat de confiance ou encore de la sanctuarisation du lieu. Pourtant notre expérience et les nombreux échanges que nous avons eu permettent d'observer que ces structures finissent toujours par évoquer des cas récurrents de consommations au sein de la structure. De surcroît, une part non négligeable de la vie des structures reste évidemment dans l'ombre et échappe ainsi à la vue des professionnels.

Au-delà des consommations, c'est l'enjeu de la parole que nous voulons évoquer ici. L'accompagnement, même quand il est biographique, n'a pas pour enjeu de tout savoir, de tout comprendre, de tout dévoiler. Néanmoins, pour ce qui est des (re)consommations, il apparaît dommageable que dans une structure spécialisée certains usagers n'arrivent pas à les exprimer, surtout s'il s'agit d'enjeux liés au règlement intérieur.

La dynamique de régulation des consommations et plus globalement la philosophie sous-tendue par la régulation des addictions semblent pouvoir apporter une forme de congruence. C'est-à-dire que les discours d'ouverture quant aux projets possibles ou aux reconsommations seraient corroborés par une action socio-éducative concrète qui n'incriminerait pas mais au contraire qui permettrait des alternatives sur un plan thérapeutique et éducatif :

> À un moment donné je vais échanger et je vais observer, dans une situation, qu'il y a des résistances qui sont telles que la personne est absolument incapable de pouvoir nous évoquer une reconsommation. […] Soit je reste là-dedans, je le sais, je le devine et en même temps qu'est-ce qui se

> passe si la personne n'en dit rien ? Et comment moi je peux rouler avec ces résistances-là ? À un moment donné, le moyen que j'ai trouvé pour rouler avec la résistance d'une personne qui évoquait absolument pas ses reconsommations lors d'un weekend c'était de mettre en place un espace où pouvoir travailler sur la gestion des consommations et de pouvoir désacraliser aussi un peu cette question (Marine).

Globalement, l'acte de consommer avant même le soin, quand il commence à dessiner une addiction, s'opère dans une forme de culpabilité qui empêche la parole :

> La plupart des gens qui sont dans des consommations qu'ils estiment eux-mêmes problématiques, ils le disent quasiment à personne de leur entourage. Ils vont avoir tendance à les atténuer, à ne pas rajouter certains produits dans l'équation (Julien).

De plus, ce même professionnel pointe très justement l'impact des contextes qui peut plus ou moins bloquer ou libérer la parole :

> En CAARUD, si tu prends des gens qui sont assez marginaux, sans-abris, héroïnomanes, injecteurs depuis je ne sais pas combien de temps, ils vont parler entre-eux du produit. Si tu prends plusieurs personnes dans cette situation d'une certaine manière ça va être complètement décomplexée. Par contre, quand ils vont venir dans le cadre d'un CSAPA, ils vont sans doute adapter leur discours et ça tu peux le retrouver partout je pense, chez quasiment tous types de consommateurs. C'est toujours selon des espèces de cercles différents chez qui tu acceptes qu'eux soient au courant, avec qui tu as pas trop de filtres. Et puis, plus tu t'éloignes, plus tu vas avoir des filtres (Julien).

La parole n'est pas acquise en démarche de soins d'autant plus si l'on ajoute à cela certains enjeux déterminants comme celui de la parentalité :

> Le fait de poser : « on n'en a rien à faire, ce n'est pas notre problème que vous consommiez ou pas » […] c'est vrai que ça c'est un levier intéressant, parce que ça ouvre quelque chose [...] mais dans leur construction à eux, ils ne sont pas sûrs de ça, et la parole ne suffit pas. [...] On a beau leur dire, ils ne nous croient pas. C'est trop incrusté que les parents qui consomment ils vont se faire placer leur gamin. […] Je pense qu'il y a une vraie raison parce que pour un certain nombre d'entre-eux, ils mettent vraiment en danger leur enfant, les petits, les bébés. Et là par exemple, ce qu'on est en train de découvrir avec [nom d'une usagère]... on aurait été beaucoup plus inquiet si elle nous avait dit la réalité des consommations. [...] Si on se dit que le bébé est négligé et qu'elle n'est pas en capacité de donner l'attention suffisante pour qu'il se développe et qu'on voit apparaître des difficultés chez l'enfant, qu'est-ce qu'on fait ? On est toujours obligé de travailler cette double alliance avec le parent et l'enfant. Enfin tu ne peux pas dire je prends partie pour telle cause, pour le parent, ou vice versa, je prends partie pour l'enfant et pas pour le parent. On est à cet endroit extrêmement compliqué. [...] On sent qu'il y a des mots qu'il faut peser. Voilà c'est ça le travail en addictologie/parentalité [...] c'est

l'orfèvrerie des mots (Anne).

Pour clôturer cette partie nous souhaitons évoquer le cas des tests urinaires pratiqués dans les CSAPA.

Ils peuvent avoir lieu dans les CSAPA ambulatoires pour prescrire et délivrer un traitement de substitution aux opiacés. Justifiée par le cadre légal de la médecine, cette pratique vise à adapter la posologie de méthadone (voire à l'arrêter) en fonction des consommations d'opiacés annexes (héroïne le plus souvent). Une adaptation qui entraîne parfois des consommations plus importantes d'héroïne pour compenser la baisse éventuelle du traitement. Une baisse qui est d'ailleurs parfois vécue de manière injuste ce qui occasionne des conflits avec l'équipe.

Ces tests peuvent également avoir lieu dans les CSAPA avec hébergement, même si certaines structures tendent à les faire disparaître. Justifiée cette fois pour préserver la sécurité du groupe et pour perpétuer paradoxalement le contrat de « confiance », cette pratique vise à identifier les éventuelles reconsommations dans ou hors les murs pendant l'accompagnement. Les tests peuvent s'organiser quand les professionnels ont des suspicions de consommations après le retour d'un usager suite à une sortie autonome ou de manière plus collective quand ils ont l'impression que des produits tournent dans la structure. Ils sont décidés en équipe ou parfois de manière individuelle quand la situation le nécessite. Bien que cela constitue une forme d'acte médical, il n'est pas toujours supervisé par des professionnels issus du champ médical ou paramédical. Ces tests urinaires sont finalement l'occasion d'éteindre toute ambiguïté relative aux consommations des personnes accompagnées et pourquoi pas d'amener un dialogue, mais surtout de justifier dans certaines circonstances une fin de contrat. À ce sujet, ils viennent souvent cristalliser des conflits ou de l'incompréhension. Les professionnels font régulièrement face, même avec résultats à l'appui, au déni des usagers qui trouvent toujours des justifications très convaincantes à la positivité de leur test.

Cette pratique suscite parfois de nombreux débats au sein des équipes de professionnels ainsi que des interprétations disparates :

> Quand tu vas avoir des débats sur le fait de faire des tests urinaires ou pas, c'est vachement révélateur je trouve. [...] Ça arrive en réunion que quelqu'un dise : « bon est-ce qu'on fait un test urinaire ce soir ? » C'est vachement symptomatique parce que les réponses sont différentes. Tu as des gens qui vont dire oui et des gens qui vont dire non. Les argumentaires vont sortir, pourquoi on dit oui, pourquoi on dit non ? [...] C'est-à-dire qu'il y en a qui vont dire : « moi je veux pas faire de test parce que je m'en fous, ça ne m'intéresse pas de savoir si elle a consommé ou pas ». Et d'autres qui vont dire : « moi j'ai besoin de le savoir parce qu'à ce moment-là de l'accompagnement j'ai besoin de savoir

> si ce qui s'est passé avant, ce qu'elle m'a dit avant, c'était biaisé ou pas ». Et dans les deux cas c'est entendable en fait je trouve. Mais c'est dommage de pas trouver du coup un espèce de fonctionnement collectif cohérent qui va être beaucoup plus repérant pour les personnes qu'on accompagne [...] Des fois ça va être oui, des fois ça va être non (Guillaume).

Des tests qui viennent d'ailleurs complètement invalider les objectifs avancés liés au fait de pouvoir exprimer n'importe quel type de projet (entre abstinence, RdR et RdC). C'est ici que la non-congruence entre le discours et les actes entraîne des zones d'inconfort chez les usagers et chez des professionnels en perte de repères :

> Je l'ai posée plein de fois la question en réunion, en disant je comprends pas ce qu'on veut faire sur cette question-là. On m'a dit : « mais nan c'est comme ça, en addictologie c'est comme ça... » [...] J'ai l'impression que c'est des choses qui avaient été décidées il y a 20 ans, qui avaient peut-être du sens il y a 20 ans mais qui au final aujourd'hui n'ont plus forcément de sens pour les gens qui font vivre le projet. [...] Mais ça fait partie de l'institution et du coup on ne vient pas le remettre en question parce que c'est l'institution. Alors qu'en fait c'est nous qui faisons l'institution. On peut à un moment aussi requestionner ces sujets-là surtout quand les gens que tu accompagnes te le renvoient et te disent : « mais moi je ne comprends pas, je peux consommer, je ne peux pas consommer, vous me faites un test, un coup vous ne me faites pas de test... » (Guillaume).

Nous observons ici une forme de logique de la preuve dans des structures qui pourtant s'inscrivent dans un champ socio-éducatif et non pas judiciaire. Même si elles se justifient d'un point de vue éducatif et même si elles peuvent avoir des effets intéressants, toutes ces pratiques potentialisent le blocage d'une parole libre.

Une parole qui constitue néanmoins un enjeu décisif et qui nécessite donc la mise en place de nouvelles approches que certains professionnels interrogés, et nous y reviendrons, commencent à expérimenter concrètement au-delà du simple discours (parfois désincarné). C'est avant tout un travail (une clinique) d'orfèvrerie de la parole que requiert toute tentative de libération du discours des usagers, mais qui doit être corroboré par l'action éducative.

La seconde partie de ce chapitre permettra de reprendre de la hauteur en se posant la question des logiques qui sous-tendent en partie le cadre institutionnel.

IX.2. Des logiques légales et sociales

Les institutions en addictologie ne fonctionnent pas toutes exactement de la même manière. Pourtant, elles sont toutes régies par la même loi française datant de 1970. Ainsi, la circulation des produits illicites et leur consommation sont interdits dans les structures d'accompagnement. Cette

interdiction que l'institution s'approprie de manière plus ou moins paradoxale prend racine dans une logique prohibitive et idéologique aux effets contrastés.
Dans cette partie, nous allons aborder l'interdit de la loi en tant que contrainte qui s'applique à tous mais qui est reçu de différentes manières selon les professionnels. Puis, nous aborderons l'enjeu du regard social qui de manière plus informelle impose certaines conduites.

IX.2.1. L'interdit de la loi : une contrainte indépassable ?

Lorsque nous avons interrogé les professionnels sur les éventuelles difficultés qu'ils pouvaient rencontrer dans leur pratique, beaucoup ont évoqué la contrainte de la loi comme le met en exergue cet extrait :

> Il y a toujours la limite légale et l'espèce de paradoxe où on travaille avec des produits illégaux mais... […] l'état nous finance, mais nous finance pour des trucs qui sont illégaux. C'est un peu cette espèce d'ambiguïté-là qui est étrange (Julien).

Une contrainte qui est posée comme préalable inhérent mais qui n'est pas reçue et interprétée de la même manière par tous.

Certains professionnels vont insister plus que les autres sur la question de la loi pour rappeler le cadre dans lequel s'inscrit l'action professionnelle, que ce soit auprès des usagers (peut-être davantage en ambulatoire qu'en résidentiel) ou au cours des discussions d'équipe. Dans ce cas, la loi, même si elle est parfois critiquée, fait office de point d'ancrage et de repère pour les professionnels. Elle induit alors une approche socio-éducative peut-être davantage marquée par le sceau de l'intégration sociale :

> Je vais toujours, en tout cas au moins au premier entretien, rappeler aussi un petit peu qu'il y a la loi et donc les risques liés à la loi. [...] Rappeler qu'il y a des poursuites possibles et rappeler aussi que malheureusement on accueille aussi ceux qui font l'objet de condamnations liées à des stupéfiants, donc ça existe. [...] Il y a au moins l'information et au moins la correction sur ce que les personnes croient savoir de la loi. [...]
>
> Rappeler aussi qu'il y a une loi qui existe sur l'ébriété sur la voie publique, que c'est interdit de se balader avec des bouteilles d'alcool et qu'être ivre sur la voie publique peut aussi entraîner une interpellation et une amende qui va avec. […] Je pense que c'est bien aussi que les personnes puissent avoir une vue globale de ce qu'on peut proposer. On est là à la fois pour rappeler qu'il y a un contexte qui existe, il nous arrive parfois de rappeler aux parents qu'ils ont le droit d'interdire l'introduction de produits stupéfiants chez eux, parce que c'est leur domicile ; et à la fois pour un accompagnement et de

> l'aide sur comment on peut faire autrement pour limiter les risques : « Évite de te balader avec du produit... quand tu en as acheté ne le ramène pas chez toi et ne te balade pas tout le temps avec. Évite de consommer dans la rue, dans les lieux publics ». Des conseils pour limiter les risques au niveau pénal (Hélène).

Cette approche est d'autant plus prégnante quand les structures accompagnent aussi des mineurs et des jeunes majeurs.

D'autres intervenants vont évoquer la loi en tant que contrainte, c'est-à-dire en tant que facteur limitant la créativité professionnelle et l'action socio-éducative :

> Je pense que dans certaines situations ça aurait du sens de pouvoir proposer à quelqu'un : « tu reviens de weekend, est-ce qu'il te reste quelque chose ? Oui. Écoute je te propose de le mettre dans un endroit sécure, dans un coffre ». […] C'est déjà arrivé qu'il reste un peu de produit. La personne sait qu'en revenant sur la structure, elle a tout intérêt à ne pas trop consommer ou à ne pas terminer son produit parce que sinon elle arriverait peut-être un peu en décalage avec la réalité de la structure. Et en même temps c'est compliqué de jeter un produit. Enfin c'est toujours impossible de toute façon. Mais on n'est pas censé composer avec des solutions pareilles donc à partir de là, normalement, on ne le fait pas (Marine).

Ce profil d'intervenants requestionne peut-être plus facilement le modèle politique français en matière de régulation des drogues et va parfois même jusqu'à faire « abstraction » de cette réalité légale dans le but de libérer la parole :

> J'avoue que dans ma tête j'ai un peu le sentiment que c'est légal. Dans ma manière de fonctionner je pense que je fonctionne comme si c'était légal, grosso modo. [...] Si tu considères que c'est normal, que c'est légal, qu'en fait ça n'a pas ce côté interdit où tu es un délinquant entre guillemets... si tu ne considères pas ça comme ça, dans ta pratique ça passe. [...] Comme s'il n'y avait pas de problème, comme si la loi était différente (Julien).

Malgré tout, l'interdit légal prend une place importante. Tout autant que les décisions politiques en matière de réduction des risques. À ce sujet, l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI)[633] encadré par la loi de 2016 permet de préciser que dans les faits son application n'est pas si simple. En effet, la recherche de veines, la mise à disposition du matériel stérile, la préparation à l'injection, les conseils sanitaires concrets se heurtent toujours à une réalité légale paradoxale liée à l'interdit des substances. Ainsi, l'usager ne peut pas consommer devant le professionnel et ce dernier ne peut que superviser sans jamais participer activement. Nous l'avions déjà évoqué plus tôt. Cette spécificité est réservée aux seules SCMR (deux en France). Pour autant,

633Nécessitant une formation spécifique.

c'est une pratique qui existe sur le terrain mais sans encadrement légal. Trouver une veine au chaud, assis et surtout au calme dans un local propice s'avère plutôt confortable. Toutefois, l'usager qui ne peut pas consommer dans l'enceinte de la structure doit ensuite ressortir et affronter les affres du monde extérieur (intempéries, insalubrité, police, riverains, absence de personnes ressources ou de personnel spécialisé, etc.). Cette deuxième étape s'avère finalement toujours délicate. Il en va de même lorsqu'il s'agit d'apprendre à baser sa cocaïne (crack) avec du bicarbonate plutôt que de l'ammoniaque pour des raisons évidentes de toxicité liée à l'inhalation de l'ammoniaque. Si le professionnel se contente d'expliquer les effets de l'ammoniaque sur les poumons sans apprendre à l'usager les gestes techniques, ce dernier continuera à baser sa cocaïne avec de l'ammoniaque. La pratique du bicarbonate est une pratique plus délicate qui nécessite de pouvoir s'installer confortablement et qui requiert une technicité différente. Tous les modèles de l'apprentissage l'ont prouvé, un geste technique s'apprend surtout en observant et en faisant plutôt qu'en lisant ou en écoutant.

Par ailleurs, les décisions régionales de santé, coordonnées par les Agences Régionales de Santé (ARS), présentent la spécificité de pouvoir appuyer ou limiter les pratiques de RdR encadrés par la loi. C'est notamment le cas de l'AERLI qui a été déployé différemment selon les régions. La promulgation d'une loi ne garantit pas toujours son application concrète : faute de budgets, de blocages politiques (par exemple pour les SCMR) ou encore de décrets d'application non officialisés (par exemple pour la RdR en milieu carcéral). Ce constat a été appuyé par la Fédération Addiction à l'occasion d'un communiqué datant de 2023 traitant de la mise en place de la loi de santé de 2016. Ainsi, les professionnels, confrontés à des réalités de consommations au sein même des structures (notamment en CAARUD mais également en CSAPA), continuent à dépasser certaines limites du cadre légal afin d'éviter les prises de risques et les conséquences néfastes qu'entraînent la consommation « sauvage ». La marge de manœuvre augmente mais certains paradoxes et défauts d'application restent visibles : « *Selon une enquête de la Fédération Addiction, 63 % des CAARUD connaissent des pratiques d'usage au sein de leur structure : de la canette d'alcool bue rapidement à l'injection de produits dans les sanitaires, les produits et la consommation sont présents dans la vie des structures* »[634]. La Fédération Addiction ajoute que : « *l'encadrement juridique de l'accompagnement des consommations — qui n'est pas une incitation à la consommation — est donc entré en 2016 dans le panel des outils de réduction des risques. Pour les professionnels, il a plusieurs avantages : travailler avec les usagers sur la base de la réalité des gestes et rituels de consommation, sortir des situations d'exclusion et des tensions entre*

634Fédération Addiction. (2023). *Mesures de réduction des risques dans la loi santé de 2016 : où en est-on ?* [en ligne]. https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2023/01/202301-bilan-loi-de-2016.pdf (page consultée le 28 janvier 2023), p. 7.

mandat professionnel et règlements des structures. L'accompagnement des consommations permet de réduire les risques d'épuisement et de tensions, en répondant de manière claire et cadrée à la question des consommations intra-muros. […] Toutefois, sept ans après l'entrée en vigueur de la loi, le décret d'application relatif à la supervision des usages n'est toujours pas paru. Un tel décret est pourtant nécessaire pour sécuriser les intervenants et leurs structures en précisant ce qu'est la supervision des usages et les pratiques qu'elle revêt »[635].

Il en va de même pour les pratiques alternatives de RdC qui présentent souvent la double facette d'une pratique congruente avec la réalité de l'usager mais incompatible avec la loi (comme l'a montrée la réflexion de Marine un peu plus haut sur le stockage de produits dans un coffre sécurisé : une pratique intéressante que nous avons déjà observé à la marge mais sans exploitation pleine de l'approche à défaut d'encadrement). Un produit comme l'alcool, par contre, de par son caractère licite et sous l'impulsion de la loi de 2016, facilite la mise en place de nouvelles expérimentations au sein des structures à travers par exemple des espaces éducatifs et thérapeutiques en présence directe de l'alcool où certains peuvent, s'ils le souhaitent, consommer ou se confronter à des consommateurs. Des espaces qui sont toujours pensés d'un point de vue éducatif (contextes, sens personnel et collectif, impacts, etc.) et donc réfléchis avec l'équipe et les usagers.
Au-delà des outils standards d'accompagnement socio-éducatif, psychothérapeutique ou médical, la régulation des consommations en CSAPA peut se déployer par un certain nombre de leviers :

- Élaboration d'outils de réflexion et d'évaluation inspirés par exemple du modèle quadripartite proposé par M.-H. Soulet que nous avons évoqué au chapitre V. Nous avons d'ailleurs développé un outil qui s'en inspire totalement dans le cadre de notre pratique clinique (voir le Carré Dynamique de Régulation des Consommations – CDRC en annexe).
- Mise à disposition, par des professionnels formés, du matériel de RdR dans les CSAPA.
- Proposition d'espaces éducatifs et thérapeutiques en présence de l'alcool (en individuel ou en collectif) et pourquoi pas d'autres substances (en individuel) dans et en dehors de la structure.
- Supervision et accompagnement concret à la réduction des risques liée aux consommations illicites dans l'espace privé, lorsque l'usager à un logement personnel.
- Proposition d'espaces sécurisés de consommation pour les plus marginalisés.
- Élaboration d'outils de réflexion biographique (en individuel ou en groupe), empruntés à la sociologie clinique et à la recherche biographique, centrés sur le sens personnel, social et

635*Ibid*, p. 7.

existentiel du recours. Ce qui permet de faire écho au volet symbolique du modèle dynamique proposé par M.-H. Soulet.

- Adaptation des approches cognitives et comportementales à la RdC en se centrant par exemple sur la régulation des envies irrépressibles (cravings).
- Mise en place de traitements de substitution et de traitements addictolytiques visant clairement la stabilisation ou la diminution des consommations.
- Accompagnement à la gestion de budget et à l'organisation des consommations dans la vie quotidienne pour que les dépenses restent « équilibrées » et les centres d'intérêt diversifiés.
- Travail avec l'entourage.
- Projet de service et règlement de fonctionnement remaniés : avec une orientation claire et spécifique liée à la régulation des addictions permettant d'intégrer aussi bien les consommations que les projets d'abstinence.
- Disparition de toutes sanctions concrètes ou symboliques (discours culpabilisants) liées directement à une ou plusieurs (re)consommations.
- Déploiement de « l'aller vers » et présence plus importante de l'équipe pour des situations spécifiques et délicates (avec l'idée du monitoring permanent).
- Et bien d'autres outils existants ou encore à inventer.

Certains de ces outils fonctionnent déjà dans certains services et permettent d'apprécier l'adaptation des structures au public accueilli, malgré les freins légaux. Ils permettent d'apprécier également la marge de manœuvre des professionnels lorsque ces derniers sont « autorisés » à penser pleinement leurs pratiques. Des pratiques qui répondent à un diagnostic socio-éducatif approfondi et surtout renouvelé (que l'on peut néanmoins débattre). Les évolutions du code de la santé en matière d'addiction, contrairement peut-être au code pénal relatif à l'usage et au trafic, s'appuient aussi sur les professionnels de terrain. La loi de 2016 n'est pas seulement une émanation d'une politique abstraite ou idéologique mais bien aussi une réponse concrète aux problèmes que posent sur le terrain les usages de substances. Ainsi, les lignes bougent quand les professionnels les font bouger en amont, même si c'est souvent au prix d'un long combat qui peut parfois affaiblir l'action éducative au départ[636]. C'est pourquoi, ces différents outils doivent encore être développés, évalués, sécurisés, valorisés et adaptés aux contextes. Par ailleurs, il serait certainement intéressant de partager davantage les expériences nouvelles des uns et des autres sur tout le territoire français. Il existe un bon nombre d'interprétations et d'adaptations des outils présentés plus haut : selon le type de structure, la logique institutionnelle, le profil des équipes, les usagers qu'on y rencontrent, etc.

636Bailleul, M. (2018). Travail éducatif et perceptions plurielles de la santé en centre social, *op. cit.*

Pour conclure, force est de constater que la loi agit, dans notre cas précis, comme une contrainte. Néanmoins, la diversité des interprétations de cette contrainte (dont certaines ne peuvent qu'être partiellement évoquées pour des raisons évidentes) démontre l'adaptabilité des professionnels et notamment des travailleurs sociaux. Ces derniers se montrent souvent très inventifs pour répondre aux besoins des personnes accompagnées malgré les cadres restrictifs. Il en va de même pour les médecins par exemple qui savent très bien jongler entre le cadre légal, le cadre de la prescription de méthadone ou de médicaments psychotropes et la réalité des usagers rencontrés. Une étude récente sur les pratiques professionnelles en CSAPA ambulatoire et en CAARUD, réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives, en atteste par le biais de cet exemple : « *L'adoption de pratiques parfois éloignées ou non conformes aux recommandations de bonnes pratiques (ANESM, 2017) témoigne également de "l'agilité" des intervenants rencontrés dans leur objectif de s'adapter à l'usager. Une psychiatre interrogée a par exemple évoqué le cas particulier d'un homme ingérant quotidiennement une quantité importante de médicaments psychotropes qu'il se faisait prescrire par plusieurs médecins. Elle a choisi, en concertation avec l'équipe, de prescrire intégralement la dose consommée par l'usager (dépassant ainsi largement les recommandations de prescription) pour construire avec lui une relation de confiance et travailler progressivement à une diminution* »[637].

Les zones d'inconfort liées au cadre légal sont aussi l'occasion de penser les modèles d'accompagnement. C'est parfois aussi dans l'inconfort que naît la vitalité de la réflexivité et de fait, la créativité.

Toutefois, les professionnels ne sont pas unanimes sur le terrain. Il existe, de manière schématique, des professionnels qui font « vivre » cet interdit de la loi, qui l'utilisent dans une dimension éducative et citoyenne et des professionnels qui essayent de compenser cet interdit et de le déconstruire. De cette déconstruction naît souvent des pratiques surprenantes mais adaptatives.

Dans une autre perspective, l'histoire est à cet égard révélatrice. En effet, certaines pratiques perçues au départ comme totalement déconnectées du cadre thérapeutique (de l'abstinence), comme la délivrance de méthadone en CSAPA avec hébergement, se révèlent aujourd'hui tout à fait standards :

> Moi je me souviens, dans les années 90, à [Nom d'une structure] ils accueillaient sans méthadone. On a eu des débats où nos collègues... je me souviens d'un en particulier qui nous avait dit qu'on était des dealers (en tant que centre de méthadone). Et je me dis mais quel chemin parcouru, quelle évolution dans les pratiques et dans les pensées (Myriam).

637Milhet, M., Protais, C., Díaz Gómez, C. & Guilbaud, F. (2022). *Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie.* Tendances n°150, Paris : OFDT, p. 4.

> On a bien évolué heureusement et quand je dis on a bien évolué, j'ai évolué aussi parce que j'ai travaillé dix ans en hébergement de transition où c'était l'abstinence qui était exigée. À l'époque, alors ça ferait bondir les gens qui arrivent aujourd'hui en addictologie, mais on avait zéro traitement, zéro traitement dans la structure... même l'antidépresseur, tout traitement qui était donné n'entrait pas dans la structure. On a connu l'arrivée du Subutex®, on a fait de la résistance à l'époque... On a fait de la résistance sur l'introduction des produits parce qu'on était dans la visée de l'époque qui était : « on ne travaille pas avec la substitution parce que c'est aussi une dépendance à un produit ». C'est l'abstinence et l'abstinence c'est l'abstinence. […] L'abstinence n'est plus la règle (Hélène).

Cette évolution du cadre de l'accompagnement a évidemment été facilitée par la logique médicale de prescription qui rassure les uns et les autres. Toutefois, la substitution qui était considérée par certains comme une « pratique d'incitation à la consommation » est aujourd'hui une réponse presque systématique à la dépendance physique aux opiacés (dans tous les types de structure). Même si certaines structures utilisent encore le dosage de la méthadone[638] comme facteur discriminant d'accès au soin, la substitution fait aujourd'hui consensus en France et dans le monde occidental, à l'exception de certains pays.

Des intervenants disent d'ailleurs que c'est là un premier grand bastion de la fin de l'hégémonie abstinentielle, en s'y arrêtant peut-être trop. Pour notre part, nous considérons qu'un usager sous traitement de substitution qui suit la prescription et ne consomme aucune substance à côté est un usager abstinent qui suit la logique biomédicale abstinentielle. Une utilisation complémentaire de la méthadone, par contre, peut permettre d'intégrer des éléments de la philosophie portée par la RdR et la RdC. C'est le cas de la méthadone dite « bas seuil » (d'exigence) par exemple qui se développe à la marge dans quelques CSAPA et CAARUD et qui permet de prescrire de la méthadone de manière simplifiée à un dosage spécifique, notamment pour les usagers encore consommateurs d'héroïne et/ou vivant à la rue. C'est ici qu'on rejoint donc la RdC et la RdR en complément d'une utilisation plus standard de la substitution, en soi déjà révolutionnaire si on se replonge trente ans plus tôt.

Dans cette perspective macro, et comme nous l'avons longuement discuté au cours de notre état de l'art, l'influence du regard social et de l'entourage joue un rôle décisif dans les parcours des usagers. Nous souhaitons aborder quelques-uns des enjeux qui impactent l'accompagnement des travailleurs sociaux dans la sous-partie suivante.

638Un dosage trop élevé empêche d'accéder à certains lieux qui s'inquiètent du suivi médical et qui ne prennent pas toujours en compte la métabolisation singulière de la molécule par le corps et le cerveau chez certaines personnes. Une métabolisation qui nécessite des adaptations spécifiques et qui ne renseigne pas nécessairement sur le degré de dépendance.

IX.2.2. Composer avec les enjeux du regard social

Il est important de rappeler l'image sociale négative qui colle souvent aux personnes présentant des conduites addictives, qui varie selon le produit (alcool, héroïne, cocaïne, médicaments) et qui est souvent amplifiée par la grande précarité de certains usagers (de crack par exemple). Une image qui est aussi alimentée par les usagers eux-mêmes :

> Le drogué c'est toujours l'autre. [...] Tu as un espèce de cercle vicieux des représentations. [...] Si je bois le drogué c'est celui qui prend de la cocaïne. Si je prends de la cocaïne, le drogué c'est celui qui prend de l'héroïne. […] Et ceux qui prennent de l'héroïne vont te dire que les drogués sont ceux qui prennent des anti-dépresseurs (Julien).

Les usagers que nous avons eu l'occasion de rencontrer dans le cadre de notre pratique professionnelle présente la spécificité d'un parcours semé d'exclusion et de rejet. Ce sont des usagers (surtout quand ils sont très précaires) qui sont refusés de nombreux lieux d'accompagnement, qui sont incompris dans certaines institutions judiciaires, administratives et médicales et qui font parfois face à l'injonction (qui peut être d'ordre judiciaire) à se soigner et à se réinsérer de la part de l'entourage ou du monde social et professionnel. L'exemple qui suit à la Banque de France rend compte de certains de ces enjeux :

> C'est un public qui a quand même des fortes facilités à se fermer les portes de toutes les structures, de tous les établissements. Donc souvent c'est ça le plus compliqué. C'est de trouver toujours des endroits où ils ne sont pas virés, où ils sont encore acceptés, où ils peuvent retourner. C'est plus ça qui est compliqué, c'est de faire la petite enquête pour savoir où on peut encore les orienter. […] Ils sont vite stigmatisés quand même nos patients et on ne les comprend pas. […] J'ai déjà amené un monsieur à la Banque de France, un monsieur qui vivait à la rue et qui du coup se baladait avec toutes ses affaires et qui forcément ne se lavait pas quotidiennement ou autre, c'était compliqué. Je voyais les professionnels qui le dévisageaient ou qui le regardaient et qui, dès qu'il entrait dans la pièce d'à côté, mettait du désodorisant dans la salle d'attente parce qu'il avait embaumé la salle d'attente. C'est compliqué après pour nous de reprendre ça avec eux sur place. Ils se sentent à leur place nulle part. [...] Et ce jour-là à la Banque de France, j'ai dû reprendre un peu les choses avec ce monsieur qui s'énervait. […] Ça renforce aussi le sentiment d'exclusion que peuvent avoir nos patients ou d'abandon. Ils se sentent abandonnés partout en général (Louise).

Cette situation met en exergue les dynamiques de stigmatisation que subissent certains usagers mais également l'inconfort des professionnels face à un comportement qu'ils ont du mal à comprendre totalement et avec lequel ils doivent composer, tant sur le plus du suivi et de l'urgence administrative de l'usager, que sur le plan de l'image qui est renvoyée à ce dernier :

> Des fois ça nous met en difficulté parce que si on est avec la personne, on ne sait pas... il peut

s'énerver, il peut mal réagir. Et c'est à nous après de rattraper les choses. Ça nous arrive aussi d'essayer de forcer un petit peu et de défendre notre patient, en essayant d'expliquer la situation mais après il faut toujours peser ses mots pour pas que le patient qui est à côté de nous se sente stigmatisé. Ça nous fait toujours quelque chose quand on voit que les personnes ont été rejetées de tel endroit ou qu'on les considère pas comme des malades mais comme des « tox » ou comme des sans-abris. Ça c'est des choses qui nous heurtent un peu, on essaye d'aller vers les professionnels pour apprendre à casser toutes ces idées (Louise).

Les travailleurs sociaux en addictologie sont souvent contraints d'adopter une fonction de tampon entre les usagers et la société comme l'atteste également ces extraits où l'intervenante explique certaines de ses fonctions (qu'on pourrait qualifier de réelles en écho au travail prescrit) :

Par exemple avec certains CHRS[639], on peut être en contact parce qu'ils sont en grande difficulté avec la personne qu'on accompagne et dans ce cas-là, ça peut être un petit peu de soutien auprès du partenaire en lui donnant des pistes ou des choses comme ça... Ou ça peut être de le supplier de ne pas le virer... Ce n'est pas toujours possible... [...]

Faire des déclarations d'impôts (obligatoire pour accéder à certains droits), ça ne leur parle pas. Ils disent : « je touche le RSA... » Et l'autre fois j'appelle les impôts et puis le gars me dit : « non on ne peut pas faire comme ça des déclarations d'il y a deux ans, les gens normalement ils les font à temps ». [...] Je pense que c'est à nous de faire tampon, de faire le lien et puis d'anticiper. [...]

Je trouve que ça doit être notre objectif de s'adapter à notre public parce que justement c'est leur difficulté. Les administrations par exemple ne s'adaptent pas à eux, donc si nous on ne le fait pas ils n'auront accès aux soins nulle part (Cécile).

Ils doivent assurer le suivi de l'usager au regard de sa « dramatique existentielle » et de toute la complexité de l'addiction, tout autant que le suivi social, administratif et judiciaire en se heurtant à des institutions qui les déstabilisent. Ils ont alors affaire à une charge triple : entre le suivi de l'usager au sens large, l'atténuation des images négatives qu'on renvoie à ce dernier et l'obligation de composer (voire de supplier) avec des instances essentielles à la poursuite du soin et du suivi. Ils leur incombent presque une fonction sacrificielle voire même politique de « changement de la société » qui est inadaptée à leur public. Il n'est donc pas étonnant de retrouver chez certains professionnels un enjeu fort lié à l'intégration sociale et à l'abstinence, dans l'idée, hypothétiquement, d'éviter aux usagers certaines déconvenues.

Par ailleurs, les discours sont parfois influencés par les préconisations sociales et se caractérisent par une image négative de soi-même et des éléments de discours parfois préformatés et/ou peu

639Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

intériorisés : « je veux tout arrêter », « je veux une vie normale », « je veux être comme les autres », etc. :

> La personne elle arrive dans une démarche de soins, elle va répondre un petit peu par des standards qu'elle a en tête, et ce que moi j'ai vu énormément chez les personnes que j'ai rencontrées c'est : « moi je veux me réinsérer, je veux être comme tout le monde, je veux avoir une maison, je veux avoir un boulot et puis je veux être inséré socialement ». Comme si elles répondaient à une commande et ça je trouve que ça émerge vachement surtout au niveau des premiers entretiens. Il y a un truc un peu standardisé : « Je veux devenir comme tout le monde, redevenir comme tout le monde ». […] Ce truc-là je l'entends parce que c'est le premier entretien mais je garde dans un coin de ma tête le fait que c'est peut-être pas forcément un objectif qui est si pertinent que ça pour elle. Et si à un moment elle se rend compte que finalement la vie qu'elle avait avant, pour le moment, c'est peut-être ce qui lui va le mieux et ce qui lui permet d'être dans un équilibre le plus confortable pour elle, elle a le droit aussi d'y revenir (Guillaume).

Et ce, d'autant plus lorsque l'enjeu de l'âge se pose :

> D'un point de vue sociétal, on estime que les adolescents, qu'à 15 ans, 16 ans tu dois être à l'école, tu dois être en formation, tu dois être scolarisé, tu dois penser à ton avenir. […] On leur dit aussi : « vous êtes en dehors de la société ». On leur dit très vite ça, vraiment très vite. On a des jeunes de 16 ans qui ont un discours tellement négatif mais on sent que c'est les personnes autour d'eux qui leur ont donné ce discours. Et c'est pour ça que souvent on doit expliquer, même à des partenaires d'addictologie, que notre idée première ce n'est pas de les remettre à l'école, ce n'est pas ça l'idée de départ. C'est vraiment la plus grosse résistance qu'on a, la plus grosse difficulté qu'on a quand on travaille avec les partenaires. C'est vraiment l'idée qu'ils doivent prendre le temps pour eux et ça c'est très compliqué. Ils ne sont pas scolarisés, ils ne sont pas en formation donc ils ont cette pression, ils doivent y retourner. Souvent on nous dit (l'ASE par exemple) : « il faudrait vite que vous fassiez de la remise à niveau scolaire », et en fait nous on est obligé d'expliquer que ce n'est pas ça, ce n'est pas ça qui va faire tenir. [...] On essaye d'expliquer ça aux jeunes aussi parce qu'eux aussi ils ont intégré ce discours-là et c'est parfois compliqué pour eux d'attendre, de se poser pour se recentrer un peu sur eux-mêmes (Simon).

Ou lorsque l'enjeu de la parentalité et de la garde d'un enfant s'ajoute au reste :

> Le plus difficile c'est avec tout ce qui est Aide Sociale à l'Enfance[640]. Là on sent qu'on n'a pas du tout le même point de vue et c'est normal, enfin c'est logique. D'ailleurs, on travaille assez peu avec parce que les personnes qu'on accompagne et qui ont des enfants placés ils ne veulent pas dire qu'ils sont suivis en CSAPA. Et moi j'ai beau leur dire : « si vous êtes en CSAPA c'est que vous êtes en démarche de soins »... Je sais quand même qu'en fonction de certains référents ASE, ils vont voir le côté addictologie plutôt que le côté soin. Et quand on travaille avec l'ASE bien souvent on a le cul entre

640Elle évoque également les Centres médico-psychologiques (CMP), la Caisse d'allocations familiales (CAF) et le juge des tutelles (pour les curatelles notamment).

deux chaises parce que la personne nous dit des choses, le partenaire nous dit des choses et on ne peut pas... [...] Eux ils sont là pour l'enfant et nous on suit les parents (Cécile).

En matière de parentalité, puisqu'on est à la jonction de la parentalité et de l'addiction, je trouve que c'est encore plus compliqué. Parce qu'on est dans une société avec des injonctions perpétuelles envers les parents, ça c'est pour tout le monde, qui font que les parents savent le bon discours, ils l'ont entendu des centaines de fois. En connaissant ce discours, ils savent ce qu'il faut dire pour avoir la paix, pour ne pas bouger. Et donc parfois il faut savoir attendre, et supporter de voir des choses qui sont compliquées ou d'être là et qu'il ne se passe pas forcément grand-chose. Tu parles à une professionnelle qui est un peu fatiguée de travailler avec cette double-casquette parentalité/addiction parce que je pense que c'est assez impossible. […] Par exemple, par rapport aux consommations des femmes et la culpabilité énorme qu'on rencontre chez toutes les femmes d'avoir des enfants avec des syndromes de sevrage ou de ne pas avoir été disponibles, que leurs enfants aient été placés, etc. […]

Comment aujourd'hui les femmes qui ont eu des consommations, qui ont des consommations et qui sont parents, peuvent aussi observer le regard qu'elle porte sur elles-mêmes comme une conséquence du regard qu'on porte sur elles ? Et non pas en termes de : « j'ai mal fait ». […] Le message envers les mamans qui ont des enfants est beaucoup plus jugeant et désapprobateur lorsqu'elles osent dire qu'elles ont consommé de l'alcool ou autre. Et ça elles te le disent. Le regard jugeant qu'elles ont pu vivre est vraiment destructeur. […] Elles ne peuvent pas jouer franc jeu. Et dans nos représentations du parent, le bon parent c'est celui qui assure 24/24. [...] On pourrait imaginer qu'avec d'autres modèles de société où il est d'emblée construit qu'être parent c'est drôlement compliqué, qu'on a besoin d'être à plusieurs, et que les relais c'est absolument nécessaire, peut-être qu'on pourrait avoir une émergence d'un discours différent (Anne).

Nous observons bien à travers ces exemples les injonctions à, ce qu'on pourrait appeler, la normalité. Être normal permet d'éviter le jugement de l'autre. Être un bon parent, être une bonne personne, ne pas faire d'excès, ne pas être marginal, ne pas aller mal ou en tout cas le cacher le mieux possible, ne pas déborder du cadre de la modernité avancée à l'image de l'individu qui réussit socialement, capable de s'autodéterminer et qui n'a donc plus besoin de personne. La dépendance semble pourtant être inhérente à notre modernité dans la mesure où la société de consommation et de l'immédiateté, parfois décrite comme « addictogène »[641], ainsi que la mondialisation nous relient tous par des aspects économiques d'interdépendance. L'échelle macro invisibilise sans doute davantage la dépendance.

Ainsi, les individus sont « sommés » de rentrer dans le rang, ce qu'ils essayent d'ailleurs de faire de toutes leurs forces. Mais force est de constater que la tâche est ardue dans la mesure où les choix sont finalement davantage des décisions prises sous l'effet d'injonctions extrinsèques. Le processus

641Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*

de choix proposé par P. Ricœur[642] n'est alors pas finalisé. Le projet et la motion volontaire se retrouvent finalement biaisés face à l'absence de consentement intrinsèque de la décision, face à la vulnérabilité et face à l'incompréhension d'une part des déterminations à l'œuvre. Dès lors, il n'est pas étonnant de se retrouver avec des individus qui apprennent à parler le langage des travailleurs sociaux et des institutions (en ce sens, ils parlent d'ailleurs souvent plusieurs langues selon le capital biographique à leur disposition).

Dans le même ordre d'idées, nous avons relevé, dans le cadre de nos entretiens, un certain nombre de verbatims illustrant l'intériorisation d'une commande sociale particulièrement tournée vers l'abstinence :

> Il y a des gens pour qui l'abstinence c'est clairement ce qui peut marcher, c'est clairement ce qu'ils veulent. Mais il y a beaucoup ce truc-là du regard de la société, après ça peut être renvoyé par un médecin, ça peut être renvoyé par d'autres travailleurs sociaux, par des infirmiers, peu importe, où on met un peu dans la tête des gens que ce qui marche, la seule chose qui marche c'est l'abstinence. Alors qu'il n'y a pas que ça. Après ça marche pour beaucoup et tant mieux et si c'est ce que tu souhaites, c'est vers là qu'on va mais par contre des fois tu te rends compte que c'est pas vraiment les gens qui ont envie de l'abstinence. C'est plutôt qu'on leur a dit : « si tu es mal dans tes consommations, il faut que tu arrêtes ». Alors qu'il y a une palette de couleurs plus nuancées entre les deux. […] C'est à nous d'aider les gens à bien fixer leurs objectifs : « qu'est-ce que tu as envie de faire ? » Par expérience, si tu as du mal avec tes consommations, les gens ce qu'on leur renvoie souvent c'est : « il faut arrêter ». À part que d'expérience, ça marche pas toujours le : « il faut arrêter ». Et des fois justement limiter ou changer c'est des choses qui vont être plus efficaces. [...]
>
> Tu as ce truc-là chez certains où le produit c'est quelque chose qui en soi, d'une manière ou d'une autre, te fait du bien, te permet quand même de vivre, mais qui ont aussi une représentation extrêmement négative du produit ou des consommateurs de ce produit-là, […] boire c'est pas bon (Julien).
>
> C'est vrai que les personnes quand elles arrivent ici, alors pas celles qui ont fait plusieurs démarches de soins parce qu'elles ont un peu compris quelles étaient les postures professionnelles, mais les personnes qui arrivent pour la première fois en démarche de soins, elles sont dans l'idée que tu vas leur dire ce qu'il faut faire et comment faire, et surtout que tu vas leur dire qu'il faut arrêter. […] Tu sens parfois la pression. Ils se sont mis une pression en arrivant ici (Myriam).

Les usagers arrivent très souvent, même si la tendance se modifie légèrement, avec un projet d'abstinence, notamment en CSAPA avec hébergement. L'énonciation de ce projet se fait d'ailleurs parfois alors même que l'usager est sous l'effet des consommations au moment de la rencontre. Les

642Ricœur, P. (2009). *Philosophie de la volonté, op. cit.*

travailleurs sociaux savent souvent faire la part des choses dans les discours des usagers mais sur ce point précis la tâche est plus complexe. En effet, les travailleurs sociaux font aussi face à leurs propres projections sur la vie d'autrui et dans le cas présent, imaginer l'autre aller mieux rime souvent avec abstinence. Ainsi, ces derniers ont envie d'y croire, parfois même plus que les usagers, mais la réalité des (re)consommations et de la vie les rattrape rapidement. Ils en viennent donc parfois, avec l'expérience notamment et quand la réflexion est possible au sein de l'institution, à interroger la solidité et la cohérence des projets d'abstinence énoncés.
Pour certains professionnels, c'est le temps long et les corridors du quotidien qui permettent d'atténuer l'impact de la commande sociale sur le discours des usagers et qui permettent de révéler un projet plus intérieur et consenti. Ce sont également, comme nous l'avons déjà vu, l'orientation de la structure et le règlement intérieur qui vont déterminer certains des projets mis en avant par les usagers.

Cette partie a permis de mettre en exergue des éléments de complexité et d'inconfort professionnel qui tirent leur source d'un contexte macro-social et légal se répercutant sur les discours des usagers et sur les pratiques quotidiennes. Dans la dernière partie, nous souhaitons aborder plus avant les logiques individuelles d'accompagnement déployées par les travailleurs sociaux. Ces derniers cherchent les moyens d'équilibrer les objectifs d'intégration et les objectifs d'émancipation, en se penchant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

IX.3. Des logiques individuelles

Cette dernière partie souhaite explorer plus concrètement les disparités entre objectifs d'intégration et objectifs d'émancipation du travail socio-éducatif en addictologie. Nous avons schématiquement associé les pratiques plus conventionnelles à une logique d'intégration et les pratiques alternatives à une logique d'émancipation. Ce modèle de lecture subjectif est surtout l'occasion d'amorcer la réflexion sur certaines zones d'inconfort et sur l'impact de l'émergence des nouvelles approches chez les professionnels. Nous verrons qu'il existe en la matière une porosité entre les deux objectifs puis nous analyserons les logiques individuelles plus spécifiquement afférentes à la régulation des consommations.

IX.3.1. Objectifs poursuivis : une porosité entre émancipation et intégration

Les travailleurs sociaux de notre panel placent au cœur de leur action l'intérêt des usagers. Pour ce faire, ils adoptent une position basse en tentant de laisser l'usager appréhender la relation. Une relation éducative qui permettra de faire émerger une demande qu'il conviendra ensuite d'accompagner en séquençant la démarche de soins.

Les professionnels interrogés interviennent à des instants différents, selon la structure de rattachement. En ambulatoire, l'accompagnement se caractérise par un suivi de première ligne alors qu'en hébergement il se caractérise par un suivi de fond qui intervient dans un second temps et si besoin. Ces professionnels présentent également des spécificités liées à leur métier et selon leur structure de rattachement (hospitalier ou ambulatoire). Par exemple, très peu d'éducateurs interviennent en hospitalier. Ce sont davantage les infirmiers qui incarnent les missions éducatives et les assistants de service social qui incarnent les missions liées à l'accès aux droits. Ainsi, les assistants de service social n'exercent pas les mêmes fonctions dans une structure hospitalière. Dans les structures associatives, le partage des tâches s'observe plus facilement peut-être entre infirmiers, éducateurs, moniteurs éducateurs, assistants de service social, parfois même psychologues et médecins pour certaines missions. Toutefois, des spécificités demeurent.

Ces spécificités accentuent certaines différences de traitement entre des professionnels déjà marqués par une identité professionnelle qui leur est singulière. Nous verrons donc que le bien-être des usagers est évidemment au cœur des préoccupations de chacun mais que pourtant, dans la manière d'y parvenir, des disparités s'observent. Cela tient parfois à du détail mais ce sont parfois les détails qui font la différence dans l'action éducative ou thérapeutique. Nous avons donc organisé cette partie en deux sous-parties distinctes pour tenter de marquer ces différences bien qu'effectivement tout soit corrélé entre objectifs d'intégration et objectifs d'émancipation.

IX.3.1.1. Objectifs d'intégration

À travers une volonté générale d'accompagner l'individu dans la direction qu'il souhaite, nous avons noté des éléments de récurrence chez certains professionnels liées notamment à l'enjeu de l'accès aux droits. Un enjeu central pour certains, notamment chez les assistantes sociales interrogées mais aussi chez d'autres. Il est évident que l'accès aux droits est une mission essentielle du travailleur social. Toutefois, les intervenants lui donnent une place plus ou moins importante dans leur

quotidien professionnel mais également dans la manière dont ils décrivent leur activité. C'est dans la description de leur travail d'accompagnement que nous pouvons observer l'importance de telle ou telle dimension. Les professionnels mettent en avant les dimensions qu'ils maîtrisent souvent le mieux et donc logiquement celles qui sont peut-être plus faciles à décrire ou en tout cas plus concrètes. Il n'est donc pas étonnant de retrouver cette dimension chez les professionnels, mais pourquoi alors d'autres professionnels l'évoquent peu, voire pas du tout ?[643] Cela marque selon nous une philosophie sous-jacente qui s'oriente tantôt vers une dimension socio-éducative bien identifiée (faire les papiers, trouver un logement, une formation, un travail, prendre son traitement, se débrouiller tout seul, etc.) et tantôt vers une dimension plus existentielle du travail éducatif. Ces deux approches coexistent de part et d'autre mais peut-être pas au même degré. Ce qui n'est d'ailleurs pas sans conséquence sur la manière d'adhérer ou non au changement de paradigme, et par conséquent aux approches alternatives en addictologie, nous y reviendrons.

Une professionnelle évoque par exemple l'enjeu important de l'accompagnement administratif :

> Pour moi, le travail social pur c'est-à-dire l'ouverture de droits, ré-accéder à une carte d'identité, retrouver des droits au niveau de la CPAM, c'est retrouver une place dans la société. Et ça me semble important, on sait bien que c'est un public stigmatisé sur lequel les regards sont plutôt négatifs. Je parle du public précaire SDF (Myriam).

Cet enjeu est complémentaire avec d'autres enjeux d'ordre clinique et réflexif. Néanmoins, il est investi de manière plus importante chez certains qui délèguent peut-être plus volontiers quelques aspects de l'accompagnement à d'autres corps de métier et en particulier aux psychologues et aux médecins. Cette observation est plus prégnante en ambulatoire qu'en résidentiel. En effet, l'orientation vers d'autres professionnels s'y fait plus rapidement pour diverses raisons (rassurer les usagers via des professionnels repérés socialement pour leur fonction thérapeutique, ne pas s'aventurer dans l'histoire traumatique des personnes par peur « d'aggraver » certaines situations, déconstruire les représentations autour de l'efficacité d'un potentiel traitement médicamenteux, etc.) alors même que les usagers expriment simplement, dans certains cas, le souhait de comprendre ce qui leur arrive.

Le travailleur social, en tout cas auprès d'adultes présentant des conduites de dépendance, est plus souvent rattaché dans l'imaginaire aux démarches administratives, aux démarches d'insertion sociale, à la dynamique de projet, au travail motivationnel et au travail d'étayage du quotidien. Pourtant, la dimension éducative du travail social, notamment avec des adultes, autorise à réfléchir les soubassements biographiques, les déterminismes et les épreuves de la vie dans un souci de

643 Au-delà des missions inhérentes à certains corps de métier, comme les assistants de service social, ou des missions spécifiques à certaines structures.

compréhension des conduites addictives. L'orientation vers d'autres professionnels n'empêche néanmoins pas nécessairement cette réflexion avec le travailleur social, comme le précise cette professionnelle :

> Je trouve intéressant de permettre aux personnes d'entrouvrir des portes. Après elles les ouvrent, elles ne les ouvrent pas, ça leur appartient. Parce que l'addiction c'est parfois la face visible et derrière on voit bien quand même que les parcours de vie des personnes qu'on accueille sont souvent emprunts de souffrance, de psycho-traumas, de moments assez lourds, de deuils. Et tu te rends bien compte de la fonction du produit. […] Permettre aux gens de réduire ou arrêter pendant un temps leurs consommations je trouve que c'est qu'une partie du job. […] Je pense que le point commun de toutes ces personnes c'est leur histoire familiale quand même. Elles ont des histoires de vie, avec des répétitions, des placements, des déchirures, des abandons, des traumas, des deuils, des gens qui ne sont pas forcément à leur place. On les a mis à des places qui n'étaient pas les leurs ou qui n'avaient pas de place dans la famille (Myriam).

Toutefois, ce travail réflexif est souvent réduit à une perspective partielle du travail biographique ou à des outils issus de certaines approches systémiques ou cognitives et comportementales venant surtout soutenir le travail psychothérapeutique :

> Je pense que dans le secteur social et pas que dans l'addiction on s'est fait complètement embringué dans des discours « psy » qui nous prennent beaucoup de temps avec une efficience peu réelle. [...] Le discours « psy » est devenu la référence alors qu'il y a plein d'autres discours, anthropologique ou éducatif, qui ont été balayés. […] Quand on a passé beaucoup de temps sur l'histoire de la personne, à essayer de comprendre comment ça se passe pour elle, comment elle est dans son psychisme et bien on blablate beaucoup. Et pourquoi le discours éducatif : « comment on réalise un accompagnement ? », il apparaît moins glorieux que si on va s'intéresser à ses psycho-traumas ? […] On a manqué totalement de défense de notre place d'éducateur. [...] Pourquoi on dit : « oh mais on n'est pas psy » et les psy disent jamais : « ah on n'est pas éducateur » ? (Anne).

Cet extrait d'entretien, qui n'est qu'un avis, marque cependant le peu de place effective donnée, sur le terrain, à la dimension clinique du travail social, qui échoue souvent à se singulariser. D'ailleurs, le travail sur l'histoire de vie est régulièrement réduit au travail psychothérapeutique alors même qu'il peut être complété par d'autres approches via la sociologique clinique ou la clinique narrative et éducative plus directement afférentes à l'identité professionnelle des travailleurs sociaux.

Par ailleurs, la volonté d'intégration se fait davantage ressentir lorsqu'il s'agit d'axer le travail sur l'abstinence et vice versa :

> Il y a beaucoup de choses aussi sur la gestion des consommations, mais nous on part du principe qu'avec ce public-là pour la plupart des jeunes (jeunes majeurs ou mineurs) […] on est sur une idée

> d'arrêt des consommations. […] Il y a deux ou trois ans de consommations et on part du principe que l'addiction est venue comme un symptôme d'un problème qui doit être travaillé. Donc en fait on se dit que plus vite on sort de l'addiction, plus vite on peut travailler le fond, ce qui a amené à ces situations. C'est vraiment cette idée-là. Nous on s'attarde pas en fait sur le produit. C'est la porte d'entrée de la structure, forcément on travaille en addictologie, mais en fait on va aller très vite chercher ce qui est derrière, ce qui est derrière l'addiction. […] C'est pour ça que je parlais tout à l'heure d'être avec les familles et les partenaires parce qu'on est obligé à un moment de les associer un minimum. Souvent le jeune est quand même fortement soutenu soit par une personne de la famille, soit par un professionnel qui peut être de différente sorte. Des fois c'est la CPE[644] d'une école ou en tout cas une personne qui a un lien intéressant avec le jeune [...] et du coup qui l'amène aussi à se questionner sur cette démarche de soins. Et souvent dans ce contexte-là, c'est peut-être plus intéressant pour nous de rester sur leur discours pour que le jeune continue à imaginer un arrêt des consommations (Simon).

Dans ce cas précis, on comprend que l'âge vient influencer l'approche socio-éducative. Néanmoins, on observe également la corrélation entre perspective abstinentielle et cadre normatif de la société. En effet, les partenaires et les familles vont avoir tendance à axer leur discours sur un projet d'abstinence pour le jeune, qui sera ensuite repris et appuyé par les professionnels spécialisés. Pourtant, tous les professionnels interrogés le mentionnent, leur objectif est avant tout de partir de la demande de l'usager. Comment alors partir de la demande de l'usager quand celle-ci est déterminée dès le départ ? Et par le cadre de la structure et par l'enjeu des partenaires et des familles qui s'inquiètent légitimement. Évidemment, dans ce cas précis, il n'est pas question de formater les jeunes mais plutôt de leur laisser le temps de se construire et de s'intégrer :

> Notre intérêt c'est de faire des adolescents ou des jeunes majeurs qui peuvent être intéressés, qui ont une curiosité, qui peuvent s'intégrer. Et pour nous c'est ça notre vision de l'intégration dans la société. C'est ce qu'on travaille le plus, c'est le rapport aux autres et cette ouverture d'esprit. Parce qu'on se dit que c'est ça qui va les aider dans leur abstinence ou dans leur démarche de soins (Simon).

Même si des tentatives de projet alternatif sont parfois imaginées au sein de l'équipe de Simon, le paradigme normatif initial lié à l'abstinence façonne une partie de l'accompagnement et limite certaines adaptations. Cela contribue à éloigner du soin les personnes les moins enclines à respecter ce cadre :

> Il y a deux profils. Il y a ceux qui ressortent de la structure et ça correspond à leur projet donc ça signifie vraiment un arrêt, soutenir une sorte d'abstinence et faire un relais avec leur région d'origine ou les gens qui ont été autour de la situation pour pouvoir continuer ce travail-là, mais du coup chez eux. Et il y a ceux qui partent parce qu'il y a cette envie de consommations ou parce qu'on arrête l'accompagnement. [...] En fait soit on arrête, soit ça se finit plutôt bien et on fait un relais (Simon).

644Conseiller principal d'éducation.

D'ailleurs ce professionnel met en exergue le paradoxe du défi à la substance mis en lumière par G. Bateson[645] ou encore J. Maisondieu[646] :

> Il y a ce discours de : « je comprends aujourd'hui que ça m'a servi mais après la séjour j'ai recommencé les consommations, et j'ai arrêté de moi-même ». Je ne sais pas trop à quelle logique ça correspond mais voilà (Simon).

Cette logique qu'il évoque fait référence à la relation conflictuelle, que nous avons déjà débattue, entre l'usager et la substance consommée. Une relation de compétition et de défi lancé à soi-même souvent accentuée par les discours qui visent à associer les comportements addictifs à une perte totale de contrôle, à une perte totale de conscience de soi qui n'est pas acceptable pour certains. Ainsi, certaines personnes vont tenter de démontrer qu'elles ne sont pas aliénées au produit. Pour prouver qu'elles arrivent aujourd'hui à gérer leur dépendance, elles doivent paradoxalement consommer de nouveau afin d'affirmer une capacité nouvelle à arrêter. Une capacité souvent surestimée.

Enfin, cette logique d'intégration peut donner l'impression d'un travail plus repérant ou facilité : mettre à jour ses droits, arrêter les consommations, s'insérer socialement, prendre son traitement, suivre une psychothérapie, etc. L'objectif est clair et, de manière schématique, si les usagers n'y arrivent pas l'accompagnement s'arrête (car ils ne sont pas prêts) pour pouvoir s'occuper de quelqu'un d'autre. Néanmoins, les usagers sont suivis des années entières lorsqu'il s'agit notamment de CSAPA ambulatoires. Les situations sont cycliques, elles s'étalent et se chronicisent parfois. Une chronicité qui s'explique peut-être par la pathologie mais aussi par l'accompagnement proposé qui fait du changement un modèle circulaire[647] et non pas linéaire. Ainsi, même s'ils signifient aux usagers qu'on ne repart jamais à zéro, les professionnels reviennent finalement souvent au point de départ (cure, postcure, réinitialisation du traitement, des droits, etc.) à défaut de pouvoir opérer de réels changements de perspectives cliniques (même si aucune approche ne sera jamais miraculeuse étant donné la complexité de l'addiction). Cet aspect du travail peut entraîner des zones d'inconfort chez des professionnels attentifs à l'intégration des usagers (c'est d'ailleurs ce qui motive parfois le changement paradigmatique vers des approches alternatives).

Certains extraits d'entretien témoignent de ces zones d'inconfort liées au caractère cyclique des parcours des usagers qui est parfois induit par « l'immobilisme » de l'usager ou « l'immobilité » de l'accompagnement :

> Les personnes qui ont vraiment des situations très dégradées et qui sont très marginalisées et pour

645Bateson, G. (1995). *Vers une écologie de l'esprit*, *op. cit.*
646Maisondieu, J. (2014). *Les alcooléens*, *op. cit.*
647Notamment avec J. Prochaska et C. DiClemente dès la fin des années 1970.

lesquelles il y a beaucoup de travail, on les suit pendant des mois voire des années. Puis souvent c'est pour les mêmes démarches, c'est assez cyclique. [...] On sait que leurs conditions de vie font que... Par exemple un monsieur pour qui je vais réussir à obtenir la pièce d'identité pendant qu'il est hospitalisé, s'il retourne à la rue derrière, ça peut arriver que trois ou quatre mois après il revienne me voir pour les mêmes demandes, la pièce d'identité ou refaire la domiciliation parce qu'il y est pas passé pendant trois mois et du coup ils l'ont radié. Il y a quand même beaucoup de personnes pour lesquelles on recommence... on recommence les démarches. Et les mêmes à chaque fois. […] Souvent ils culpabilisent ou ils ont l'impression de revenir à zéro. On essaye de trouver avec eux les petites choses qui ont changé. [...] Souvent ce sont eux qui se dévalorisent et qui se découragent plus que nous. [...]

La plupart du temps on fait un sevrage total avec pour objectif le fait qu'ils ne consomment plus en sortant (de la cure). Il y en a très peu qui nous demandent de la gestion des consommations parce qu'ils savent qu'ils ne sont pas capables de gérer. [...] Après pour quelqu'un qui est depuis quinze ou vingt ans dans les consommations, sortir d'ici au bout de trois semaines... on sait très bien que c'est compliqué de tenir sur la durée l'abstinence. Des fois en sortant d'ici ils retournent à la rue, on n'a pas les moyens de les garder jusqu'à ce qu'ils aient une solution d'hébergement à la sortie. [...] On sait très bien que si la personne retourne dans son squat ça va être très compliqué pour elle de maintenir l'abstinence. [...] Après on n'est pas fermé, on n'a pas de nombre de fois limité pour venir ici. Si la personne revient trois mois après, elle revient trois mois après. Si elle revient tous les ans... On n'a pas de critères sur ça (Louise).

Il y a des gens que je suis depuis plusieurs années et puis il y a des cures, des postcures, ça va un certain temps après ils reviennent. [...] Il y a aussi une partie des personnes pour qui il y a des périodes d'incarcération entre-deux, à chaque fois on réessaye de mettre en place des choses aux sorties d'incarcération, c'est pas toujours facile ce côté cyclique. [...] Ça fait plus de 10 ans que je suis là et quand je suis des gens qui sont là depuis le début... des fois c'est un petit compliqué. (Cécile).

La question du changement est importante en addictologie. À partir de quand doit-on arrêter d'insister sur un modèle spécifique ? À partir de quand doit-on passer le relais ou orienter et existe-t-il alors des dispositifs adaptés à la personne considérée ? Combien de fois faut-il essayer d'arrêter avant d'imaginer autre chose ? Et à l'inverse pendant combien de temps faut-il essayer de réguler sa consommation avant d'essayer une modalité plus « drastique » ? Ces questions, souvent au cœur des débats professionnels et des réunions de fonctionnement, sont encore à explorer. Peut-être qu'en se rangeant à l'avis de l'usager, certains écueils peuvent être évités. Toutefois, le professionnel est également là pour apporter une co-expertise, permettre un co-investissement dialectique, et c'est aussi ce que l'usager vient chercher. C'est ici précisément que la logique d'intégration ne suffit pas toujours. Cette dernière peut également engendrer une forme de dépendance institutionnelle dans la mesure où une volonté excessive de permettre à l'usager d'intégrer le cadre social fait parfois perdre

de vue l'objectif d'émancipation ou d'autonomie :

> Il y en a beaucoup qui s'attendent à ce qu'on fasse tout de A à Z à leur place. C'est avec du recul et de la compréhension qu'on arrive à savoir si vraiment la personne n'est pas capable, par exemple d'aller toute seule à un rendez-vous à la CAF, ou si c'est juste qu'elle veut qu'on le fasse à sa place. Il y en a beaucoup qui sont dans la consommation des soins et de l'accompagnement... Il suffit d'un professionnel qui une fois a vraiment tout fait pour la personne et du coup ils attendent que tout le monde fasse la même chose (Louise).

IX.3.1.2. Objectifs d'émancipation

Une nouvelle fois, tous les professionnels énoncent des objectifs liés à l'épanouissement de l'individu et au fait qu'il puisse trouver sa voie dans les circonstances qu'il souhaite. Cela étant, certains vont insister davantage sur des objectifs liés au suivi administratif, social, professionnel, liés à l'autonomie dans la vie quotidienne ou liés à la mise en mots d'une histoire de vie chaotique. D'autres professionnels, vont peut-être insister davantage sur des dimensions plus singulières, plus existentielles et plus réflexives qui convoquent aussi les parcours de vie mais de manière différente ; en insistant sur la possibilité de pouvoir se réapproprier son parcours, de pouvoir développer son « pouvoir d'agir » ou encore de pouvoir se libérer de certaines normes sociales ou de certaines exigences du « prendre soin de soi » (et notamment en ce qui concerne les consommations) :

> L'enjeu du rapport à la consommation c'est que la personne elle puisse fixer avant tout son propre cadre [...] et qu'elle se repose pas nécessairement sur le cadre de l'institution. […] Parfois, en entretien de pré-admission, ils vont évoquer un projet d'abstinence et puis peut-être qu'effectivement ça va être le cas pour un produit et puis pas pour un autre. […] Il y a souvent ce côté : « je me connais bien dans la consommation mais en dehors de ça qui suis-je ? » Et la consommation c'est un peu la face visible de l'iceberg et qu'est-ce qu'il y a en dessous en fait ? Comment je peux amener une personne à ce qu'elle puisse peut-être intégrer dans ses mécanismes le fait que la consommation est un symptôme d'un problème et quel est ce problème ? [...] Qu'est-ce qui est un peu plus interne que la consommation et qu'est ce qui fait qu'à un moment donné j'ai besoin d'une substance pour pouvoir être plus à l'aise socialement ou pouvoir m'apaiser ? [...] J'essaye souvent de leur dire : « il n'y a pas qu'une seule réalité, il y a effectivement des codes sociaux, tout ce qui en découle mais on n'est pas obligé de rentrer dans une case. On n'est pas obligé d'être épanoui dans une vie par le travail. C'est pas parce qu'on consomme qu'à un moment donné il y a une défaillance ». Je pense que je les accompagne à pouvoir s'autoriser à être parfois « en dehors » en fait. Et puis à pouvoir peut-être s'affirmer là-dedans. Il y a pas mal de personnes que j'accompagne qui vont être dans une sorte de quête d'identité :

« Comment je me situe dans cette société, comment j'occupe un rôle là-dedans, est-ce que c'est grave si je me sens un peu en dehors de ça et si une vie un peu normée me convient pas totalement ? » (Marine).

Notre boulot d'accompagnement, il est effectivement aussi dans le fait de permettre aux personnes de faire des choix éclairés, des choix qui vont avoir du sens pour elles. Si tu dis simplement à une personne : « tu es libre de partir ou de rester » et qu'au final elle se barre et deux semaines après elle te rappelle en disant : « nan en fait je veux revenir », tu ne l'as pas accompagnée correctement. Tu l'as juste laissée faire son truc sur un coup de tête et puis elle s'est plantée, ou elle s'est pas plantée... L'accompagnement c'est pas un pile ou face. À un moment tu vas amener la personne à mesurer un petit peu les choses, à envisager ce que peut être le choix qu'elle va faire. […] Je le dis souvent en fin d'accompagnement, je dis : « il faut que vous ayez conscience que les choix que vous avez fait et le parcours que vous avez mené c'est votre parcours, c'est vous qui l'avez décidé ». Si tu restaures suffisamment d'estime de soi, les gens qu'on accompagne deviennent plus en capacité d'agir et de faire leurs propres choix. Et nous on est vecteur de ça. On doit les étayer suffisamment pour qu'à un moment il fasse un choix en disant : « ce choix-là je le fais, je me sens en capacité de le faire, de l'expérimenter, ça marche, ça ne marche pas, ce n'est pas grave. Je ferai mon auto-évaluation parce que c'est par rapport à moi, à mon parcours et à mon histoire que j'y mets du sens » (Guillaume).

Les objectifs, si on sent que ça prend, c'est de rendre le parent en capacité de regarder ce qu'il se passe pour lui et son enfant, d'être en capacité de regarder son enfant dans ses besoins, de se regarder lui dans ses fragilités de parent, et qu'il puisse nous parler de tout ça... et de ses addictions. Que l'on puisse ouvrir un espace pour en parler, faire de la réduction des risques par rapport à lui et son enfant. […] Qu'est-ce qu'il fait du matériel de consommation ? Comment il fait avec le gamin ? Comment il en parle avec son gamin ? Quand il consomme, où est le gamin ? Comment il arrive à gérer la consommation et la vigilance de parent qu'il doit avoir ? […] C'est de pouvoir en parler, de vérifier que les personnes ne se font pas déborder par rapport à leurs consommations. Est-ce que ça va pour elles ce qu'elles consomment, est-ce qu'elles ont besoin d'un soutien ou pas ? Est ce qu'elles veulent réduire ? Est-ce qu'elles savent comment réduire ? Est-ce qu'elles ont besoin d'un médecin pour évaluer ? Bref, tout le boulot qu'on peut faire en addictologie. Quel est le sens du produit dans leur vie ? Est-ce qu'elles souhaitent le remplacer par autre chose ? Par quoi ? Les enfants dans tout ça, est-ce que c'est un accélérateur ou pas des consommations ? Je pense aux enfants placés... quand les personnes vont les voir, elles peuvent être dans un état émotionnel qui leur fait recourir au produit. On en parle (Anne).

Un autre extrait insiste sur les réalités de vie inextricables de certains usagers et sur une manière alternative de « coder » les consommations et reconsommations :

C'est vrai que c'est pas rare qu'ils arrivent avec une volonté d'abstinence à tout prix et en fait au final ils se rendent compte qu'on peut gérer différemment. Et puis ils se rendent compte que dans les faits ils

> reconsomment quand même de temps en temps et que ça fait partie du cheminement, c'est pas linéaire. Des fois il y a des personnes qui auraient tendance à baisser les bras, enfin peut-être pas baisser les bras mais à laisser tomber : « voilà j'ai reconsommé... ». […] Les consommations elles sont là aussi des fois pour les aider à ne pas penser et on ne peut pas leur proposer d'arrêter... Et diminuer c'est compliqué aussi parce qu'on sent bien que dès qu'ils sont de nouveau envahis par toutes leurs problématiques, que ce soit suite à des traumatismes ou à une pathologie psychiatrique, les consommations sont là aussi pour leur permettre de se sentir un petit peu moins mal. On a peut-être pas grand chose à leur proposer à la place en fait. [...] Ils consomment pour se sentir moins mal ou mieux peut-être et si en face on n'a rien à leur proposer d'équivalent ils n'y trouvent aucun intérêt. Et puis si c'est pour ne plus consommer et être au bord du suicide, il n'y a pas vraiment d'intérêt. […]
>
> Il y a des personnes qui ont tellement un vécu difficile que dès qu'elles baissent les consommations ce n'est pas supportable. Il y a une personne que j'ai accompagné longtemps et qui est décédée maintenant. Et en fait au final, on n'avait rien d'autre à lui proposer. Il n'y avait pas d'autres issues. Il avait un vécu hyper traumatique, il était un petit peu limité je pense intellectuellement et du coup pas les armes pour affronter ce qu'il ressentait et qui devait l'envahir... De toute façon il disait qu'il fallait qu'il boive, sinon il pensait à des choses trop difficiles (Cécile).

La réalité des consommations et de la vie rattrape souvent les professionnels et les usagers. De plus, la pression liée à l'abstinence ou à l'intégration sociale accentue le sentiment d'impuissance des professionnels qui font face à des discours déterminés. On voit notamment dans ce dernier extrait combien certaines situations placent les professionnels dans des situations de flottement où ils se retrouvent démunis. C'est d'ailleurs certainement ici aussi que la régulation des consommations peut intervenir dans un souci de réadaptation de l'accompagnement aux personnes rencontrées.

Par ailleurs, cette même professionnelle évoque un écueil que l'on retrouve parfois chez les travailleurs sociaux. Nous en avons d'ailleurs fait l'expérience. Il consiste à construire un projet de manière consciencieuse autour de l'usager, pour son bien-être, sans savoir toujours faire la part des choses entre son souhait réel et ce qu'il pense de ce qu'on attend qu'il dise ou fasse :

> Il y a aussi des démarches que les gens ne font pas peut-être parce qu'ils n'ont pas envie et il faut essayer de faire la différence. Peut-être qu'ils disent oui pour nous faire plaisir. Des fois on se plante à repérer le moment où ils vont dire oui pour nous faire plaisir. [...] On a plein d'idées de choses qui seraient bien pour les gens et où ils seraient bien mais peut-être qu'on se plante complètement. On ne peut pas le savoir (Cécile).

C'est pourquoi le diagnostic socio-éducatif, prôné par les écoles de formation et par les référentiels de compétences des travailleurs sociaux, reste une pierre angulaire de l'accompagnement et doit pouvoir être fait et refait à plusieurs étapes du parcours pour s'adapter en continu :

> Moi ce dont j'ai envie c'est qu'on puisse s'adapter tout le temps à la personne et qu'on soit pas hyper rigide. C'est ce que j'explique tout le temps aux stagiaires qui arrivent : « si je recevais les gens que sur rendez-vous et à l'heure... c'est cool je n'aurais pas beaucoup de boulot. [...] On se croise, tu as une question maintenant, viens on se pose et on y réfléchit. Si on peut le faire tout de suite on le fait et puis sinon on se refixe un rendez-vous ». On ne peut pas forcément toujours répondre dans l'instant mais en tout cas au moins y réfléchir avec eux au moment où ils nous posent la question (Cécile).

Cécile prend notamment l'exemple de la méthadone :

> Je suis arrivée quand la méthadone s'est mise en place ici (au début des années 2000) et c'était des protocoles très carrés. Il fallait d'abord voir l'assistante sociale, le psychologue et le médecin avant de pouvoir éventuellement avoir accès à la méthadone. [...] Et puis en fait assez rapidement on est passé à travers ça. On n'est pas à un guichet administratif pur et dur. Si nous on fait ça les gens ne vont plus nulle part. Ce n'est pas grave le bilan psychologique on le fera après. Et là maintenant on arrive à être assez réactif (Cécile).

À ce sujet des disparités existent toujours en termes de seuil d'exigence. Certains CSAPA ambulatoires se caractérisent par un haut seuil d'exigence en termes d'accès à la méthadone (multiples rendez-vous avant de démarrer le protocole, adaptation très progressive de la posologie, protocole de délivrance strict, etc.) par rapport à d'autres établissements qui insistent davantage sur le bas seuil d'exigence (protocole plus souple et adaptatif selon les usagers).

Cela contribue peut-être aussi à élargir l'offre de soins avec des spécificités différentes selon les CSAPA. Le bas seuil d'exigence draine également un public parfois plus précaire qui peut potentiellement éloigner d'autres usagers.

Chez les professionnels, nous retrouvons également une dynamique commune liée à la possibilité d'exprimer, pour les usagers, n'importe quel type de projets (entre RdR et abstinence). Néanmoins, nous l'avons vu, l'offre thérapeutique se heurte parfois au cadre de la structure et à des logiques axiologiques qui limitent l'action éducative. Pourtant, certains professionnels vont insister davantage que d'autres sur ce point au cours de nos entretiens, avec un objectif de cohérence éducative peut-être plus affirmé :

> Au moment de la proposition, si tu conseilles à quelqu'un l'abstinence, tu vas avoir le côté où les gens vont être d'accords, vont dire : « oui c'est vrai que c'est une bonne idée ». Mais ces personnes-là peuvent se mettre en échec, parce que c'est quelque chose qui reste très compliqué de devenir abstinent. Et il peut y avoir aussi le côté où la personne te dit : « non mais en fait moi je m'en fous, je ne veux pas arrêter ». Ça peut bloquer la relation ou ce que tu cherches à faire avec la personne (Julien).

À ce sujet, Julien nous livrera sa vision de l'intégration et de l'émancipation qui caractérise bien ce que nous cherchons à distinguer dans cette partie :

> Le fait d'être intégré dans la société, t'intégrer à ce qu'il y a autour de toi, ça te permet de mieux vivre dans le cadre dans lequel tu es, qu'on te l'ait imposé ou que tu l'aies choisi peu importe. Être plus libre ça te permet d'être mieux psychologiquement ou d'être dans une recherche de développement personnel on pourrait dire. […] D'être moins troublé. […] Vu le cadre dans lequel on est, on est obligé de passer par ce système d'intégration alors que ce serait plutôt un système de libertés qui serait idéal selon moi. [...] Les accès PMR[648] par exemple, c'est exactement ce truc-là. C'est-à-dire que tu dois faire des lois pour les accès PMR parce que tu es dans une société qui est foutue pour des gens qui ont des jambes. Mais si la société elle était foutue à peu près pour tout le monde, partout tu pourrais laisser passer les fauteuils roulants (Julien).

À partir de nos entretiens, nous pouvons conclure qu'il existe différentes manières d'accompagner les usagers en addictologie. Même si les parcours de soins, peu importe les professionnels, présentent de nombreuses similitudes, il semble que certaines subtilités liées à la posture, au discours et aux tentatives de contournement du cadre marquent quelques différences décisives.

La distinction entre objectif d'intégration et objectif d'émancipation est éminemment complexe du fait de l'intrication de ces deux concepts dans la pratique. Les frontières sont poreuses. Toutefois, la balance penche parfois d'un côté plutôt que de l'autre. À l'appui de notre panel, il est impossible de conclure à un profil-type de professionnel qui pencherait davantage du côté de l'intégration ou du côté de l'émancipation. Le critère d'âge, de sexe ou de formation (moniteur éducateur, éducateur spécialisé, assistant de service social) ne permet pas de prédire ce genre de phénomène : même si, de fait, les assistants et assistantes de service social, selon la structure et en particulier dans le secteur hospitalier, n'ont pas toujours une mission officielle d'accompagnement clinique :

> En tant que travailleurs sociaux on ne va pas spécialement poser la question... On ne va pas forcément les questionner sur les consommations ou autre parce qu'ils sont généralement suivis par un infirmier ou par un médecin qui eux vont aborder le sujet (Louise).

Néanmoins, des éléments de récurrence invitent à penser que certains fondements paradigmatiques diffèrent entre des professionnels exerçant pourtant dans le même type de structure, sur un même territoire, avec un cadre général commun et des formations similaires. L'exploration des parcours biographiques des professionnels pourrait certainement apporter des éléments de compréhension concernant ce phénomène qui constitue finalement une autre question de recherche. Pour ce qui est de nos données, nous faisons l'hypothèse que la transmission d'une philosophie de la réduction des

648Pour les personnes à mobilité réduite.

risques de manière précoce imprime une identité professionnelle spécifique liée à l'émancipation de l'individu plutôt qu'à son intégration. De surcroît, il semble qu'il est difficile pour les professionnels les plus expérimentés (en termes d'ancienneté) de déconstruire des modèles auxquels ils ont eux-mêmes contribué et qui ont constitué, en soi, des révolutions :

> Ce qui peut être compliqué c'est que le service il a une histoire et c'est vrai que des fois, alors peut-être que c'est maladroit quand on peut dire : « oui mais avant... », c'est peut-être maladroit, c'est peut-être pas la bonne formulation mais en tout cas c'est l'histoire d'un service, c'est important. Je sais que par exemple quand j'entends : « on repart d'une feuille blanche », pour moi c'est quelque chose d'assez violent. Enfin qui me fait un peu mal dans le sens où c'est pas vrai, on ne peut pas repartir d'une feuille blanche. Ce service il a une histoire, bien, moins bien, il y a eu des phases... des hauts, des bas et je pense que ce qui a été fait durant ces vingt dernières années c'est quand même en constante évolution. Ce n'est pas un service qui est resté sur ces lauriers en disant : « je ne bouge pas, je ne veux pas, je n'entends pas ». […] Mais c'est mon ancienneté dans le service qui me fait dire ça (Myriam).

À titre personnel, il est certainement plus évident d'écrire cette thèse après seulement dix années d'activité. Peut-être que les orientations futures de l'addictologie provoqueront chez nous certaines résistances alors même qu'elles suivraient une philosophie similaire. Néanmoins, le défi constant des professionnels réside dans l'objectif d'adaptation face à un monde social en mouvement. Le principe de la normativité fonde d'une certaine manière l'action éducative. Dès lors, la tentative d'équilibration entre les logiques d'intégration et les logiques d'émancipation revêt une importance toute particulière. Pour ce faire, il est important de saisir les implications théoriques et pratiques de ces logiques afin d'apprendre à les distinguer pour mieux les exploiter conjointement. Cependant, les discours et registres langagiers des professionnels ne permettent pas toujours de définir précisément ces deux logiques. Cela marque peut-être une difficulté chez les travailleurs sociaux à singulariser et à théoriser leur fonction éducative.

La conclusion de cette partie consiste finalement à pouvoir affirmer le rapprochement entre les pratiques alternatives à l'abstinence et une forme de clinique de l'émancipation. La philosophie sous-tendue par la régulation des consommations et plus globalement des addictions s'inscrit en effet, d'après nos données et observations personnelles, dans ce souci de déconstruction des aliénations et des déterminants sociaux, axiologiques, politiques, biologiques ou encore biographiques. La clinique de la réflexivité qui consiste à soutenir l'usager dans la réflexion liée à son parcours existentiel de vie ne suffit pas à exprimer ce que nous souhaitons démontrer. C'est plus précisément une clinique de la réflexivité en tant que manière de métacommuniquer avec l'usager sur le cadre de l'accompagnement thérapeutique proposé qui permet de prédire une propension éducative à s'adapter et donc à se tourner vers des pratiques alternatives. C'est d'ailleurs ici qu'une

zone d'inconfort peut s'installer dans la mesure où le cadre de l'accompagnement et certains modèles du soin contraignent parfois le principe de cohérence entre ce que les professionnels réfléchissent avec les usagers et ce qu'il se passe concrètement au sein de l'institution.
Dans la dernière partie, nous allons justement nous intéresser à ces pratiques alternatives en continuant notre exploration des enjeux de résistance et d'appropriation.

IX.3.2. Logiques d'action alternatives : source d'inconfort mais aussi d'alignement professionnel

La philosophie liée à la régulation des consommations est encore en phase de tâtonnement et semble investie de manière inégale par les acteurs exerçant en addictologie. Néanmoins, tous les professionnels interrogés évoquent presque spontanément certaines réflexions liées à cette approche. Pour certains, ces réflexions font état de pratiques effectives orientées sur le RdC, pour d'autres, elles font état de pratiques en construction, en tâtonnement ou en phase d'appropriation, pour d'autres encore, ces réflexions marquent certains points de désaccord ou de résistance. Nous verrons que pour les uns comme pour les autres, ces pratiques et réflexions sont marquées par des zones d'inconfort et de fragilité mais aussi parfois par un phénomène d'alignement professionnel (entre réalité des usagers, identité professionnelle et pratiques éducatives).

IX.3.2.1. Contradictions et résistances

Même si certains éléments ont déjà été abordés, nous souhaitons insister en premier lieu sur les contradictions et résistances liées aux approches alternatives. Des résistances qui ne sont pas nécessairement volontaires mais qui bloquent parfois la mise en place de pratiques éducatives qui cherchent pourtant à s'adapter aux réalités des usagers et aux contradictions des institutions. Nous verrons également que certains professionnels affirment la fin du dogme abstinentiel mais que, malgré tout, des contradictions apparaissent dans leurs discours.

Nous l'avons déjà vu, une des professionnels interrogés se questionne par exemple sur la présence de l'alcool au sein de la structure (pouvoir entrer dans la structure avec une canette, organiser des temps éducatifs spécifiques en présence de l'alcool, autoriser la consommation pendant un entretien en cas de difficulté ou de syndrome de sevrage, etc.). Myriam évoque par exemple un temps d'échange récent avec son équipe où cette question s'est posée à l'initiative d'autres professionnels :

face aux canettes retrouvées devant la structure, face aux usagers qui tentent de dissimuler leurs bières pour entrer avec, face aux usagers qui consomment finalement dans la structure et face aux usagers qui arrivent parfois très alcoolisés parce qu'ils ont dû terminer leur bière avant de rentrer. Elle nous livre alors quelques-unes de ces réflexions et semble effectivement sceptique face à certaines nouvelles propositions en réaffirmant, ce qui se retrouve régulièrement, qu'une structure ne pas tout faire en même temps et répondre à tout le monde en même temps :

> Tu n'es pas obligé de tout faire non plus […] par exemple moi sur la question de l'alcool, la dernière fois (à l'occasion d'une réunion) j'étais repartie en me disant : « est-ce que moi j'accepterais qu'un mec boive dans mon bureau ? Est-ce que réellement à ce moment-là je lui rends service ? » En fait ma question c'est pas oui ou non il faut le faire. Ma question c'est : qu'est-ce qu'on lui apporte si on lui permet de le faire ? Je n'ai pas la réponse, sincèrement. Et je n'ai pas la réponse ni dans un sens, ni dans l'autre. Parce que c'est ça qu'il faut se poser comme question : qu'est-ce qu'on lui permet à ce moment-là, qu'est-ce qu'on lui offre en plus comme valeur ajoutée dans le service ? Et c'est là où on doit prendre le temps de la réflexion (Myriam).

S'ensuit alors un échange entre nous sur l'arrivée des traitements de substitution aux opiacés (TSO), que nous avons déjà abordé plus haut. En effet, un parallèle s'opère entre la résistance des professionnels de l'époque dont elle a été témoin et les réflexions actuelles sur la présence de l'alcool :

> C'est vrai qu'ils étaient sur cette posture-là (de résistance) qu'on pourrait avoir aujourd'hui. La seule grande différence c'est que le TSO était un traitement prescrit par un médecin. Ma vraie question c'est ça : si je permets à quelqu'un dans mon bureau d'ouvrir sa canette ou de boire son flash de whisky... à ce moment-là est-ce que je lui rends service ? […] J'entends la question du manque, je suis assez d'accord. La personne sait qu'elle va avoir trois quarts d'heure d'entretien du coup elle va boire beaucoup avant. Tout ça sur un plan purement technique je suis tout à fait d'accord avec cette idée-là. Mais j'aimerais savoir si elle aimerait que je l'autorise à boire. Parce que peut-être aussi que quand elle vient dans un lieu de soins, elle n'a pas forcément envie de se montrer sous ce... je ne sais pas encore le définir. […] Je pense que je dirais aux personnes : « je vous propose, quand vous le souhaitez, plusieurs fois dans l'entretien, de sortir de mon bureau pour aller boire », plutôt que de boire devant moi. Je me dis que peut-être la personne va être mal à l'aise. Là je projette peut-être des trucs. C'est important qu'on y réfléchisse. Mais au-delà de oui ou non. Pour moi ça va au-delà de l'idée d'accepter qu'une personne puisse s'alcooliser dans ton bureau (Myriam).

Les réflexions rapportées dans cet extrait marquent finalement l'idée qu'il n'y a pas une réponse univoque lorsqu'on s'intéresse aux nouvelles approches de RdR ou de RdC, et surtout pas de bonne ou de mauvaise réponse. Finalement la question qui se pose se caractérise davantage par un choix professionnel et philosophique d'aller dans l'une ou l'autre direction (entre abstinence et approches

alternatives), qui présentent toutes deux des avantages et inconvénients potentiels. Ainsi, nous avons pu remarquer au cours de notre pratique professionnelle que l'approche consistant à essayer de convaincre à l'appui d'un argumentaire précis valorisant les avantages de la RdC présente quelques limites. En effet, il y aura toujours des bons arguments à opposer en face (protection des usagers, du groupe, du cadre thérapeutique, etc.), preuves à l'appui.

Un autre professionnel interrogé précise par exemple que l'abstinence est une demande des usagers, comme si cela n'était pas induit par le cadre initial :

> Les jeunes qui arrivent sont dans l'idée d'arrêter un produit. C'est ça leur demande, de l'arrêter totalement. Il y en a très peu qui arrive avec une idée de gestion. Ceux qui arrivent avec cette idée-là n'ont souvent pas bien fait le tour du truc. […] Très vite (en arrivant dans la structure) ils sont dans une idée d'arrêt (Simon).

Cet argument consistant à dire que les usagers qui évoquent un projet orienté sur la régulation de leurs consommations n'ont pas encore « fait le tour » des consommations se retrouvent souvent. D'ailleurs, il est tout à fait évident que les usagers qui s'inscrivent dans ce genre de projet (quand ils ont la possibilité de pouvoir le faire et qu'ils ne sont pas freinés) ont encore envie de consommer. Ce n'est pas cet aspect qui doit freiner l'accompagnement à la RdC. L'important consiste surtout à évaluer au fil des expériences la pertinence de ce type de projet et à déconstruire le sens du recours nocif. Nous pensons que tout ce qui peut amener des usagers en proie à de grandes difficultés d'addiction vers le soin doit être saisi. S'ils viennent c'est que de toutes manières ils se questionnent, et même s'ils n'ont pas encore « fait le tour ». Le projet de départ ne devrait finalement pas être aussi important dans la mesure où il ne sera, par expérience, jamais vraiment figé. Ce sont les expériences capitalisées dont parle M.-H. Soulet qui doivent aiguiller la trajectoire de l'usager et l'accompagnement. Les choix éducatifs doivent donc s'organiser à travers un regard professionnel qui se pose non pas uniquement en amont mais aussi et surtout en aval, au cours de l'expérience du soin.

À ce titre, Simon évoquera certaines difficultés amenant l'équipe à reconsidérer la logique abstinentielle du cadre de la structure :

> Régulièrement on se questionne sur les accompagnements, selon les produits aussi, parce qu'on a eu des difficultés à un moment avec les consommateurs de crack et on a toujours une difficulté avec les consommateurs d'alcool. […] Pour certains c'est trop frustrant l'abstinence par rapport à l'alcool. Donc on essaye de présenter les choses un peu différemment parce que sinon il y a des situations qui se répètent. […] Il y avait une jeune qui perdait ses affaires, qui perdait sa carte d'identité et en fait ça se répétait. Forcément pour nous ce n'était pas intéressant et donc on se requestionnait. On essayait de voir avec la jeune ce qui était possible et à partir de là on a pu parler d'une gestion de consommations.

> […] C'est moins frustrant pour la personne et elle a moins l'impression que c'est trop cadré. Ça devient stressant en fait. Ça devenait trop stressant et du coup elle consommait encore plus... Pour la situation dont je parle, c'était plus intéressant quand on a commencé à lui parler de la gestion des consommations (Simon).

Ce professionnel évoque en particulier le cas de l'alcool qui constitue souvent chez les plus jeunes une manière de se socialiser (et qui n'est d'ailleurs pas forcément le produit qui pose problème). La réalité du contexte socio-culturel lié à l'alcool rattrape également le cadre de la structure et vient justifier certaines interrogations. Cet extrait rend compte des limites d'un cadre trop restreint qui peut accentuer les consommations et les débordements en particulier en CSAPA avec hébergement. D'ailleurs, même chez ce professionnel qui défend la logique abstinentielle de sa structure, on peut retrouver ce constat qui finit par sauter aux yeux. Nous l'avons déjà évoqué dans ce chapitre, le fait d'être coupé du monde dans certains lieux, pendant plusieurs semaines, permet aux usagers de se poser, de se sentir revivre et globalement de sortir la tête de l'eau. Toutefois, les observations des professionnels pendant cette période ne sont pas représentatives dans la mesure où l'usager doit à un moment retourner dehors et expérimenter son soin en contexte ordinaire. C'est là que bien souvent les consommations et les difficultés peuvent réapparaître :

> On part de l'idée qu'on arrête tout au départ. Après, on voit les difficultés au moment du lien avec l'extérieur. De toute façon, c'est souvent l'extérieur qui révèle beaucoup de choses. Dans un premier temps on renforce l'abstinence, on renforce la période d'arrêt, on essaye de s'intéresser à d'autres choses mais dès qu'ils commencent à aller sur l'extérieur, c'est un autre travail qui commence. Souvent il y a des choses qui reviennent chez les jeunes. [...]
>
> Pour la fille dont je parlais, elle arrive avec l'idée d'arrêter l'alcool parce que ça ne va pas du tout, ça lui pose beaucoup trop de problèmes dans sa vie quotidienne. [...] Elle passe toute une période au sein de la structure où elle ne sort pas et où du coup elle ne consomme pas. Mais quand vient le travail sur l'extérieur, on voit toujours des nouvelles choses. Là on voit une grosse difficulté à gérer cette abstinence parce qu'elle devient trop frustrante. La jeune revient alcoolisée, massivement, même le matin. Elle va s'alcooliser au bout de la rue avant de rentrer. Il y a des choses qui pour nous étaient contre-productives. C'est à partir de là qu'on peut se permettre de faire ça (chercher des alternatives) (Simon).

Ce professionnel fait référence ici à un début de travail autour de la RdC. Même si en pratique cela reste un peu flou, l'équipe finira en fait par discuter de ses consommations en les autorisant dans un cadre bien défini lors de ses sorties autonomes. À ce titre, c'est un point de l'accompagnement, auquel nous essayons de contribuer avec ce travail de recherche, qui nécessite encore l'élaboration d'outils, de discours et de postures.

Simon évoque également un constat similaire lié à l'usage de cocaïne basée (aussi appelée crack) et à la difficulté de l'équipe face aux cravings importants que provoque ce mode de consommation :

> Pour les consommateurs de crack on a eu une grande difficulté. Il n'y a pas eu d'incident dans la structure mais on a remarqué que ce rapport à l'extérieur était très compliqué. Ça semble être une addiction pour laquelle tu peux avoir une forte appétence, même plusieurs années après avoir arrêté de consommer, et une fois que tu reconsommes tu es vite reparti dans un schéma... […] Comme [prénom de la résidente], ça fait un an qu'elle n'a plus consommé, elle croise un type comme ça qui lui propose et en fait elle reconsomme. Derrière c'est très compliqué, on a plus de nouvelles pendant trois jours alors qu'elle est dans la structure depuis six mois et abstinente depuis un an. C'est des choses assez étonnantes, et on en a vu plusieurs comme ça (Simon).

Si ce produit entraîne en effet une appétence psychologique importante du fait des effets intenses et de leur disparition rapide, il démontre surtout les effets classiques de l'addiction. Ainsi, à notre sens, cet exemple marque encore la difficulté de certains usagers à perpétuer la logique du soin abstinentiel qu'ils ont reçu.

Néanmoins, les logiques socio-culturelles et médicales qui sous-tendent l'accompagnement de ce produit spécifique ne facilitent pas l'idée d'envisager des alternatives. Pourtant, un nombre important de similitudes existent entre l'addiction à l'alcool et l'addiction à la cocaïne basée. Ces situations de reconsommation poussent donc les professionnels à poser des constats communs au sein des différentes structures mais auxquels ils préfèrent parfois superposer le cadre conventionnel de la structure (notamment pour ce qui est du crack). C'est peut-être une manière de contourner la complexité de certaines addictions et d'éviter de se perdre dans des considérations cliniques et réflexives encore instables.

Un autre point attire particulièrement notre attention. Certains de nos entretiens ont révélé un discours socio-éducatif consistant à défendre l'idée selon laquelle le produit ne doit pas prendre trop de place au cours des échanges et de l'accompagnement :

> On ne s'attarde pas en fait sur le produit. C'est la porte d'entrée de la structure, forcément on travaille en addictologie, mais on va très vite aller chercher ce qui est derrière l'addiction (Simon).

> J'ai arrêté le focus sur le produit aujourd'hui. Je suis peut-être plus dans une approche qui vise à permettre à la personne de parler d'elle, d'entrouvrir des portes d'une manière globale. Sur son histoire de vie, sur ses projets, sur ses difficultés. Je me suis rendu compte que peu importait le produit. Après si, sur la réponse en termes de soins purs : TSO, traitement par rapport à l'alcool, etc. […] Au bout du compte c'est de la technique. [...]

> Parfois tu ne parles que très peu du produit au premier entretien. J'ai déjà vu des entretiens où les

> personnes vont balancer leur histoire en une heure, peut-être comme une explication à leurs consommations actuelles, à leur état. Tu ne peux pas faire l'impasse de ce temps-là nécessaire pour eux (Myriam).

Les professionnels doivent en effet éviter les fixations sur le produit dans la mesure où l'enjeu de l'accompagnement est aussi de permettre à l'usager d'exister en dehors du recours à la substance. D'ailleurs la logique de RdC et de régulation des addictions que nous défendons inclue certaines approches biographiques ainsi que la question existentielle. Néanmoins, la porte d'entrée de ces structures reste l'addiction ou le recours à un produit. De plus, les usagers viennent chercher une forme d'expertise auprès de professionnels spécifiques. Lorsque qu'un suivi avec le médecin traitant ou le psychologue en libéral ne suffit plus et que les usagers passent la porte des CSAPA et CAARUD c'est définitivement pour bénéficier d'un regard expert et soutenant. Ils pourraient sinon se contenter de se tourner vers d'autres types de structures plus généralistes. Ce discours visant à ne pas s'attarder sur le produit semble d'ailleurs plus souvent afférent aux professionnels attachés à des logiques parfois plus conventionnelles. Au cours de notre expérience nous avons pu entendre beaucoup de professionnels défendre cette idée. Des professionnels pour qui ne pas parler de produits et de consommations pendant plusieurs mois constitue parfois une forme d'indicateur positif de l'évolution de la personne. Toutefois, la réalité du monde extérieur rattrape souvent les usagers, en particulier dans le cas des CSAPA de type résidentiel. Après avoir mis un couvercle sur certaines réalités et difficultés de la vie ordinaire il apparaît souvent plus difficile d'anticiper et de réagir en contexte. C'est là que le recours nocif peut se manifester de nouveau et parfois de manière encore plus brutale.

Nous avons le souvenir d'un couple que nous avons accompagné pour une addiction à l'alcool en CSAPA avec hébergement et qui avait réalisé un parcours presque exemplaire pendant toute une année d'accompagnement. Ils étaient très impliqués dans la vie de la structure, dynamisaient les autres, maintenaient leur abstinence même pendant les weekends autonomes et les sorties, se montraient très réceptifs aux échanges avec les professionnels, se créaient des souvenirs et des expériences positives à travers des activités, des séjours et des relations humaines à tel que point que les consommations et l'addiction ne faisaient presque plus partie des échanges. Toutefois, après un an, ils sont rentrés définitivement chez eux et ont convenu de fêter cette belle expérience en ouvrant directement une bouteille de champagne. Peut-être pouvons-nous y voir ici le fameux défi à la bouteille. Quelques mois après l'homme est décédé. Sa conjointe avait réussi à minimiser les risques mais lui était retombé dans une spirale destructrice. Il a été délicat de pouvoir reparler sereinement de cette situation en équipe du fait de l'émotion. Il n'y avait peut-être rien à changer et rien qui ne pouvait être évité. Néanmoins, dans cette situation précise, nous ne pouvons éviter de

penser que nous n'avons peut-être pas suffisamment induit les échanges autour des envies ou du sens du recours et qu'une exposition plus « directe » à l'alcool aurait peut-être permis de désamorcer certaines difficultés ou de dévoiler des facettes opaques de l'expérience du soin en cours. La bulle de protection qui déforme parfois la réalité a sans doute fini par éclater.

Il est essentiel de s'intéresser aux parcours des usagers, aux envies, aux projets, aux difficultés personnelles sous-jacentes. Ce travail souvent porté par les psychologues et l'équipe éducative doit pourtant, à notre sens, repositionner la question du sens du recours au centre de la clinique. Au cours des entretiens biographiques que nous avons menés, nous avons explorer de multiples dimensions en tentant de les faire résonner avec le recours au produit et surtout avec le sens du recours. La ligne directrice qui fait la spécificité des CSAPA doit être tenue au risque d'une surprotection des usagers. Les approches plus généralistes de la clinique permettent de préserver l'usager, d'éviter de déclencher des envies de consommations, d'aller au rythme des usagers et surtout de prendre en charge les troubles personnels et psychiques concomitants. Cependant, les professionnels de l'addictologie peuvent se permettre, de manière plus systématique, de proposer des approches plus spécialisées à des usagers souvent en attente de compréhension du comportement addictif, que ce soit en ambulatoire ou dans le champ résidentiel.
L'étude de M. Milhet & al., citée un peu plus haut, montre également la tendance actuelle des professionnels à se décentrer du produit. L'objectif étant de s'intéresser au mieux-être des individus et à leur santé globale sans pour autant s'attarder sur le produit ou même sur l'arrêt des consommations (mais sans proposition bien établie de régulation des consommations non plus). Cependant, à force de se décentrer, l'accompagnement perd de sa spécificité. Lorsque la question des consommations intervient dans les échanges en ambulatoire il n'est pas rare que l'accompagnement soit finalement délégué aux médecins dans l'espoir d'un traitement qui soutiendrait le souhait de l'usager ou délégué aux services de sevrage et autres postcures. Ainsi, cette orientation fait perdre de vue l'accompagnement concret des addictions. Les travailleurs sociaux savent souvent bien accompagner tout ce qui touche aux autres sphères de la vie mais qu'en est-il de l'addiction elle-même ? Toutes ces sphères auront évidemment un effet sur l'addiction mais la clinique éducative manque de protocoles, de projets et d'outils dédiés à l'addictologie « pure » (si ce n'est peut-être dans le champ des thérapies cognitives et comportementales plus souvent afférent aux psychologues). Certains professionnels ont donc l'impression de s'inscrire à contre-courant d'un dogme abstinentiel dans la mesure où ils se décentrent du produit. Néanmoins, ils n'ont pas nécessairement beaucoup d'outils alternatifs concrets à leur portée en dehors des dispositifs historiquement dédiés au sevrage et à l’abstinence. D'ailleurs, l'étude de M. Milhet & al. montre un

consensus général d'adaptation constante aux usagers de la part des professionnels malgré des seuils d'exigence pourtant différents : entre accueil spontané, sélection/orientation des usagers selon les problématiques au moment du premier contact téléphonique, exigence d'une lettre de recommandation d'un psychiatre traitant, etc. À ce propos, il y est question des usagers « non conformes » qui déjouent l'inconditionnalité de l'accueil. Ces usagers sont caractérisés par les personnes présentant des troubles psychiatriques importants (agressivité, instabilité, décompensation, etc.) et par celles « qui ne bougent pas » (qui laissent leur situation sociale et somatique se détériorer, malgré le soutien des professionnels, ou qui reconsomment massivement).

On voit ici certains paradoxes et certaines incohérences que nous avons déjà évoqués au cours de ce travail qui marquent parfois un manque de congruence entre la logique d'accompagnement et l'accompagnement clinique réel. L'adaptation inconditionnelle affichée se heurte en effet à des limites qui sont très différentes selon les institutions et les professionnels qui les composent.

L'addiction est évidemment un sujet d'intervention sensible qui présente pour les professionnels des frustrations, des « échecs » et des inquiétudes. Ceci explique sans doute en partie, au-delà des orientations théoriques actuelles liées à la pluridisciplinarité, la logique des professionnels consistant à s'intéresser à l'entièreté de la situation plutôt qu'au sujet précis de l'addiction qui est un problème épineux. C'est certainement la question des zones d'inconfort qui pousse aussi les professionnels à se concentrer sur des sujets et des dimensions qu'ils maîtrisent peut-être davantage, notamment en tant que travailleurs sociaux. Les professionnels ont également besoin de formations spécialisées et de transmissions de connaissances. À ce propos, les connaissances en réduction des risques (effets des produits, interactions, modes et pratiques de consommation, matériel utilisé, etc.) ne forment pas un socle commun. Les CAARUD en sont souvent les spécialistes, les CSAPA ambulatoires s'y intéressent mais de manière inégale selon les structures et enfin les CSAPA avec hébergement sont peut-être les structures les moins formées à ce sujet. Pourtant, logiquement, ces connaissances semblent représenter le socle d'un accompagnement en addictologie. Certains professionnels défendent d'ailleurs l'idée de ne pas être experts de ce sujet mais de pouvoir par contre apporter d'autres compétences. Cela s'inscrit parfois comme une forme d'identité professionnelle au même titre qu'un professionnel qui dira que ne pas parler ou presque de consommations et de produits pendant tout un accompagnement ne pose pas de problème. De notre point de vue, cela masque aussi certaines craintes et l'impuissance vis-à-vis de ce public (en particulier les plus précaires et les plus dépendants) qui présente une problématique extrêmement complexe.

Dans le même ordre d'idées, les usagers « non conformes » évoqués plus haut placent les professionnels dans des situations d'inconfort malgré un principe fondamental

« d'inconditionnalité » de l'accueil qu'ils portent souvent. « *Ces deux profils d'usagers "non conformes" confrontent les intervenants à des émotions et sentiments difficiles : peur, insécurité, énervement, colère, impuissance, échec, lassitude, voire épuisement. Ils témoignent alors de leur difficulté profonde à poursuivre le suivi, s'interrogeant régulièrement sur sa suspension, la prise de sanctions ou le report de celles-ci. Ces cas suscitent de nombreux échanges à l'intérieur des équipes qui mettent en lumière une pluralité de grilles de lecture et de modes de réaction préconisés en conséquence. Là où certains s'arrêtent aux émotions difficiles ressenties, d'autres vont rattacher le comportement de l'usager à des éléments de contexte plus larges. Ainsi, pris dans un sentiment d'impuissance face à un usager "qui ne bouge pas", certains intervenants vont en venir à disqualifier le suivi, "inadapté", "inefficace", ou bien l'usager, "passif", "résistant". Confrontés à des comportements identiques, d'autres intervenants vont faire une lecture différente, rejetant les notions de "réussite" ou d'"échec"* »[649].

Ces sensibilités différentes permettent également de favoriser le processus de la nuance, chez les uns comme chez les autres, et de préserver la dimension collégiale du travail médico-social. Pour autant, l'accompagnement doit continuer à être pensé pour les usagers « conformes » mais aussi pour les usagers à la marge. Pour les deux profils, il est nécessaire de continuer à élaborer un cadre théorique et paradigmatique solide permettant de déployer des nouveaux principes et outils d'accompagnement. C'est le contenu des échanges, des entretiens, des projets et des activités qui doit, dans une juste mesure, être repensé à travers le prisme de l'addiction. Au même titre que la médecine et que la psychologie, le travail socio-éducatif en addictologie doit pouvoir se construire avec les autres disciplines tout en réaffirmant une identité singulière. Cette identité servirait de balise et permettrait d'asseoir des pratiques professionnelles afférentes aux travailleurs sociaux et pour autant en lien direct avec l'addiction. Elle permettrait également de valoriser le travail de ces professionnels qui sont au cœur de la clinique.

Régulièrement et nous l'avons déjà signalé, la prise de distance avec l'addiction de la part des professionnels et l'impuissance face à certaines situations très complexes amènent les travailleurs sociaux à orienter vers d'autres professionnels ou les équipes à orienter vers d'autres structures :

> 1) Il peut quand même y avoir un éventail assez large au sein de la structure au niveau l'accompagnement [...] Mais il y a des fois où ça ne correspond pas, où ça ne correspond plus mais ce n'est pas grave. L'idée c'est de travailler en amont avec la personne sur autre chose, un autre service, un autre accompagnement, peut-être une orientation vers de la gestion des consommations. […] Lorsque la personne arrive sur la structure elle demande cet espace de protection, de pouvoir à un

649Milhet, M. & al. (2022). *Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie, op.cit.*, p. 6.

moment donné prendre du recul par rapport à ses consommations, pour aller travailler sur ce qu'il y a en dessous de l'iceberg. Parfois la personne elle n'est pas prête à ça et du coup pourquoi pas en fait, pourquoi pas juste se dire qu'à un moment on n'est plus adapté et que ce n'est pas grave (Marine).

2) Avec l'alcool notamment, quand on va travailler vers une diminution de la consommation, c'est un travail en collaboration avec le médecin sur peut-être la mise en place d'un traitement. […] Et nous on va être peut-être plus dans l'accompagnement des proches. [...]

3) Avec des personnes qui sont dans un contexte difficile, alors ça peut être un monsieur à la rue mais ça peut être aussi quelqu'un qui vient de vivre un événement difficile, douloureux et qui vient avec une demande d'arrêt par exemple, on peut dire qu'on va pas toucher à la consommation tout de suite. [...] Parfois je vais orienter sur une de mes collègues psychologues pour que puisse être abordé le traumatisme du moment ou les difficultés... Si ce n'est pas un traumatisme, si ce sont des difficultés financières ou d'environnement, on va essayer de trouver des solutions avant de toucher à la consommation parce qu'on sait que c'est une petite béquille et que ce n'est pas le moment d'enlever ça. Une personne qui est à la rue, je suis désolé c'est peut-être pas le quart d'heure d'aller toucher à sa consommation d'alcool. À la limite lui expliquer les risques mais bon ce n'est pas sa priorité pour le moment. La priorité c'est de trouver une solution d'hébergement ou autre donc on va dans ce cadre-là orienter sur les services de secteur (Hélène).

Ces trois exemples montrent les limites ou en tout cas le « défaut d'autorisation » que s'imposent les travailleurs sociaux alors même qu'ils sont supposés représenter une forme d'expertise en addictologie. Dans le premier cas, on suppose qu'il faut réorienter l'usager si la structure n'est plus adaptée à ce dernier et surtout s'il n'est pas prêt à « travailler son addiction » dans la mesure où il reconsomme trop souvent et qu'il ne s'investit pas assez par exemple. La question se pose alors de l'orienter, mais vers qui et vers quoi ? Quelles structures sont susceptibles d'accompagner ces profils ? Dans le second cas, est évoquée la question de l'accompagnement à la diminution des consommations d'alcool mais en orientant l'usager automatiquement sur le médecin, lui-même touchant pourtant à certaines limites de son cadre et de ses options thérapeutiques. Nous observons toutefois cette tendance des usagers à solliciter le médecin et un traitement dès le premier rendez-vous qu'ils obtiennent en ambulatoire :

Tu as des personnes, on est bien d'accord, qui sont là et qui savent très bien ce qu'elles veulent. Elles veulent un accès à un traitement de substitution ou accéder à un traitement quelconque. Du coup elles viennent et c'est ce qu'elles attendent dans un premier temps. Dans ce cas-là l'entretien est totalement différent et tu vas répondre à cette demande-là (Myriam).

Le troisième cas évoque cette idée récurrente de ne pas trop s'attarder sur les consommations quand les personnes rencontrées sont en situation de grande détresse et de grande précarité. Effectivement,

le traumatisme ou le logement semblent être une priorité. Néanmoins, s'ils franchissent la porte d'un CSAPA c'est bien parce qu'ils se posent des questions sur leurs addictions.
Il est intéressant de constater une nouvelle fois que certains travailleurs sociaux défendent l'idée de la régulation des consommations, mais sans pouvoir se préfigurer ce que cela peut représenter dans le cadre de leur propre pratique, si ce n'est par le biais de l'orientation vers d'autres collègues (eux-mêmes parfois démunis sur le plan de la modification ou de la sécurisation des pratiques addictives). La RdC telle que nous l'imaginons pourrait être justement particulièrement indiquée dans ces cas précis à travers une approche socio-éducative singulière : penser le cadre de l'accueil et de la structure, apporter des conseils de RdR et des connaissances spécifiques sur les produits, trouver des stratégies de régulation, imaginer des outils et espaces spécifiques en lien avec les produits, réfléchir le rapport au produit et le cadre de l'accompagnement, aller vers ces usagers dans leurs contextes de vie, etc. Quelques-unes de ces pratiques ont régulièrement cours, mais peut-être de manière trop décousue parfois, sans ligne directrice et sans socle théorique précis.

En conclusion, nous voyons comment certaines pratiques et postures s'inscrivent encore dans un modèle conventionnel malgré des avancées certaines que nous souhaitons éclairer davantage dans la dernière sous-partie. Les réticences d'ordre institutionnel et personnel liées à la régulation des consommations, son appropriation mitigée par les travailleurs sociaux, la logique des seuils d'exigence, la distinction entre les produits, la propension à réorienter quand les professionnels sont un peu dépassés, la logique globale du soin qui invisibilise parfois le travail autour de l'addiction elle-même, ou encore la réalité des usagers qui rattrape les professionnels, marquent la présence d'un paradigme abstinentiel encore bien ancré.
Dans cette thèse, nous nous arrêtons sur les subtilités de l'accompagnement dans un souci de perfectibilité qui ne vise pas à renverser le monde de l'addictologie, ni les seuils d'exigence qui présentent un intérêt certain, mais plutôt à le compléter par petites touches. Toutes ces réflexions sont avant tout l'occasion d'établir un cadre permettant à ceux qui le souhaitent de bénéficier d'un appui au développement de leurs pratiques socio-éducatives et thérapeutiques.

IX.3.2.2. Appropriation

Pour conclure ce chapitre, nous envisageons de mettre en lumière quelques pratiques professionnelles qui s'approprient les logiques alternatives à l'abstinence et complètent l'accompagnement plus conventionnel. Nous verrons que ces pratiques, souvent à l'initiative d'une

minorité au sein des équipes, se heurtent à certaines difficultés qui ne sont pas indépassables.

Prenons l'exemple marquant des espaces thérapeutiques en présence d'alcool qu'une professionnelle évoque au cours d'un entretien :

> On a bossé avec l'équipe et les résidents sur des espaces thérapeutiques incluant l'alcool. [...] Par le biais de ces groupes de travail on va avoir aujourd'hui une ligne conductrice en équipe qui va être plus fluide. C'est-à-dire que si à un moment donné on dit qu'on accompagne une personne dans la gestion des consommations, si à un moment donné on est enclin à pouvoir donner du matériel de consommation aux personnes qu'on accompagne aujourd'hui, on s'assure en équipe en amont de pouvoir l'anticiper et de pouvoir tous emprunter ce même accompagnement (Marine).

Cette professionnelle fait référence à la cohérence d'équipe qui parfois fait défaut en cas de désaccord sur les fondements du travail. Elle évoque donc l'évolution progressive du service (un CSAPA avec hébergement) qui s'est organisée en concertation avec les usagers concernant la possibilité de travailler différemment avec l'alcool :

> On n'avait pas tous cette cohérence je pense il y a quelques années. Aujourd'hui ça a été reposé et retravaillé en équipe : comment j'accompagne la gestion des consommations ? Qui est fléché pour faire ce travail-là ? Qui est fléché pour donner du matériel de consommation ? Qui est à l'aise aussi avec l'éthique qui s'en dégage ou pas ? Vu que tout ça a été reposé en équipe, ça nous amène à avoir un peu plus de cohérence, à être aussi un peu plus à l'aise, que ce soit un peu moins casse-gueule et un peu plus cadrant (Marine).

Il est important d'être repérant pour les usagers et c'est aussi la fluidité au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui permet d'emprunter ou de renforcer une même logique et d'éviter de renvoyer des discours contradictoires. Un autre professionnel en témoigne :

> Les collègues peuvent aussi être mes limites. C'est-à-dire que parfois tu comptais sur des postures et quand tu as une cohérence d'équipe qui n'est pas forcément hyper au point... tu vas parfois faire un travail qu'un collègue va, entre guillemets, saper. [...] Je ne vais pas dire le mot saper, mais je parle des collègues qui, de manière maladroite, vont venir mettre un frein à ce que tu as essayé de mettre en place. [...] Ça va pointer des incohérences institutionnelles, des injonctions paradoxales qu'on va induire auprès des personnes et après ces injonctions-là, quand elles sont là, il faut se les réapproprier collectivement. En ce moment, on a pas mal de situations comme ça (Guillaume).

De plus, Marine précise au cours de l'entretien la difficulté qu'elle a eu à stabiliser sa pratique dans cette double optique d'adaptation et de loyauté envers l'équipe. À juste titre, ce sont des évolutions qui prennent plusieurs années et qui nécessitent que tout le monde se mobilise. Nous observons néanmoins encore une limite dans l'extrait cité plus haut. En effet, cet accompagnement spécifique à

la RdR et à la RdC dont il est question au sein de la structure de Marine sera dédié, en tout cas pour le moment, à certains professionnels qui croient, semble-t-il, plus que les autres à ces adaptations. Ces derniers doivent donc se jeter à l'eau et apprendre, parfois de manière isolée, par l'expérience. C'est en effet le temps et l'expérience qui permettent de stabiliser ces pratiques et de leur donner du sens auprès de l'équipe mais aussi des usagers :

> Après plusieurs accompagnements à la gestion des consommations, ça me semble aujourd'hui plus clair et du coup je vais avoir plus de facilités à pouvoir accompagner des personnes qui pourraient à un moment donné sortir de ce projet d'abstinence. […] Au début c'était un peu plus déstabilisant parce que c'était un peu nouveau le travail que je pouvais amener. Du coup, au début j'étais quand même vachement prudente et je me demandais dans quelle mesure moi-même je n'étais pas responsable d'amener ce genre d'envies chez les gens. Aujourd'hui, je suis un peu plus au clair avec ça parce que j'ai un peu plus d'expérience, ça m'amène à être parfois un peu plus prudente et à garantir autre chose. […] Il y a une différence entre le théoriser et le concrétiser. Dans le concret, j'ai pu voir quels étaient les points positifs, les bénéfices mais aussi les freins. [...] Avec ces expériences-là je vais être plus à l'aise dans ma pratique pour essayer de driver quelque chose de peut-être plus carré. Sans me laisser embarquer ou sans m'enliser dans la réflexion de l'autre qui parfois peut bifurquer sur une reconsommation alors qu'en fait ce n'était pas forcément le projet au départ (Marine).

Cette professionnelle donnera plusieurs exemples de ce que permettent ou induisent des accompagnements alternatifs en hébergement :

> C'est pas tout à fait les mêmes enjeux dans la préparation d'un weekend de bosser avec quelqu'un qui va être dans l'optique d'être abstinent qu'avec quelqu'un d'autre qui va être dans la gestion de ses consommations. Pour la personne qui va être dans la gestion de ses consommations en général on va venir travailler, enfin moi en tout cas, sur : comment je prépare mon weekend, comment je prévois de consommer ? Avec qui ? Dans quel contexte ? Et puis comment je gère la descente, comment gérer la descente pour ne pas revenir un peu trop sous l'effet de consommations ou un peu trop au ralenti au sein de la structure ? Comment je compose avec les autres ? Il y a vraiment aussi une étape de préparation sur : comment je reviens dans la structure et comment je me remets dans le soin après un weekend de reconsommations ? […] Le risque c'est de réactiver une reconsommation et que la personne entende ou vive chaque weekend par des reconsommations. […] Le risque ce serait de s'y perdre. Donc il faut reposer à chaque fois des objectifs, du sens : qu'est-ce qu'on y fait ? Pourquoi une gestion ? Et puis à un moment donné est-ce qu'on continue à bosser là-dedans ou pas ? [...]
>
> Il peut y avoir pas mal de personnes qui vont arriver et qui vont dire : « je voudrais juste reconsommer une fois pour essayer de retrouver cette sensation, après j'arrête ». À un moment donné ça a permis de pouvoir dire à la personne : « là où tu vas venir un peu mystifier ce rapport au produit ou l'idéaliser, et bien vis-le et puis après on en discute ». Ça permet de faire redescendre un peu la pression et de pouvoir surfer sur la réalité et les difficultés que la personne a pu vivre (Marine).

Une autre professionnelle évoque sa pratique de RdC par le prisme de l'accompagnement qu'elle propose à l'entourage[650] :

> La première des choses, quand on va travailler la diminution avec l'entourage, c'est que l'entourage admette qu'il y ait une consommation. […] Pour qu'il y ait une diminution il faut accepter qu'il (le jeune accompagné) consomme encore et qu'il va devoir acheter. Acheter va nécessiter de l'argent et comment eux peuvent faire en sorte, alors ça c'est toute la difficulté de la situation, de financer la consommation en vue d'une diminution. […] Les parents, à juste titre, ont du mal à accepter l'idée que l'argent qu'ils donnent à leur enfant passe dans la consommation. Mais si on veut diminuer, il faut accepter qu'il y ait une consommation et que cette consommation soit financée pour, d'un autre côté, réduire tout ce qui est vol à la maison ou à l'extérieur et limiter les risques au niveau pénal (Hélène).

L'accompagnement de l'entourage dans une perspective de RdC est d'ailleurs décisif. Cette pratique alternative ne bénéficie pas d'un consensus ou d'un cadre moral validé par l'ensemble de la population, contrairement à l'abstinence. Il est donc important de faire de la pédagogie sur ces sujets auprès du grand public et de l'environnement direct de l'usager. Pour ce faire, il faut aussi assumer, en tant que professionnel, le caractère expérimental de ces pratiques et s'assurer de pouvoir bien les défendre :

> En règle générale, on sait à qui on le propose. On sent les parents à qui on peut proposer cette démarche, qui vont être assez ouverts pour l'entendre et aller dans ce sens-là. Si on a des parents très réfractaires disant : « je ne veux pas, je veux qu'il arrête, il faut que vous arriviez à lui faire tout arrêter », on va peut-être pas faire cette proposition-là. […] Mais même si les parents ne sont pas tout à fait d'accord, je peux m'autoriser à dire : « ça peut être une solution ». Je suis dans un cadre éducatif. Même si je suis aussi dans un accompagnement thérapeutique, je peux dire : « sur le plan éducatif ça peut être intéressant de le faire » (Hélène).

Nous avons abordé d'autres éléments dans ce chapitre issus de nos entretiens pouvant intégrer une logique de RdC sur lesquels nous ne reviendrons pas nécessairement : discours alternatifs intégrant le produit, modification du projet de service et du règlement de fonctionnement, arrêt ou limitation des tests urinaires, limitation des fins d'accompagnement pour cause de reconsommations, tentatives de dé-stigmatisation et de dédramatisation, recherche de congruence, recherche d'un équilibre entre l'individu et le groupe, distribution du matériel de RdR, gestion d'un budget de consommations, adaptation des traitements, etc. Néanmoins, bon nombre de ces éléments se situent encore dans une phase de réflexion. Nous l'avons vu par le biais de nos verbatims, les travailleurs sociaux posent et

650L'accompagnement de l'entourage de l'usager consommateur, qu'il soit suivi ou non, est une pratique régulière en CSAPA de type ambulatoire.

se posent de nombreuses questions pendant l'entretien qui marquent encore la prégnance d'une phase d'élaboration sur ce sujet. Une phase qui nécessite du temps mais aussi des espaces dédiés à la réflexion. Certains professionnels interrogés regrettent le manque d'espaces sur ces questions précises de reconsommations et d'accompagnement des usagers qui n'arrivent pas à tenir le cadre de l'abstinence, notamment en hébergement :

> Je pense que les gens évitent le sujet, alors on en parle entre nous mais l'expérience que j'ai de ces questions-là c'est qu'en général ces échanges sur la pratique se font de manière informelle avec les éducateurs avec lesquels je me suis senti le plus proche. […] On partageait des temps en informel et on utilisait cet informel pour faciliter le fait d'échanger sur nos valeurs. Mais du coup c'est des gens avec lesquels tu es proche donc tu ne vas pas sur des terrains très compliqués puisque tu as déjà une affinité à la base. [...] Ça peut générer des tensions parce que ça fait appel aux valeurs de chacun et ça peut avoir des conséquences parfois explosives par des remises en question fortes. [...]
>
> Je pense qu'en fait ma pratique sur ces questions-là elle est assez intuitive. Parce qu'effectivement je pense que dans le travail social en addictologie, parfois c'est compliqué de se poser ces questions-là, de vraiment déconstruire la pratique et de dire : comment on accueille les personnes ? Quelles sont nos propres valeurs ? Sans tomber dans le jugement. Parfois on fait un peu fi de ces questions en se disant : « on ne va pas se poser la question de qui on est, ça va on est en addictologie, on a un savoir-faire, un savoir-être... ». Et bien pas forcément en fait (Guillaume).

Nous pouvons donc affirmer qu'une transformation des pratiques professionnelles en addictologie est actuellement à l'œuvre mais qu'elle se heurte à l'absence partielle d'un cadre (théorique, institutionnel, légal) solide qui empêche son déploiement.

Les professionnels interrogés tentent de décrire leurs pratiques et donnent à voir la complexité dans lesquelles elles s'inscrivent. Les pratiques alternatives concrètes sont finalement peu mises en valeur ou peu exploitées. Ces dernières se retrouvent au cœur d'un certain nombre d'interrogations de la part des professionnels qui tentent de trouver des adaptations aux réalités subtiles qu'ils rencontrent dans un souci de professionnalisme. Les résistances face à ces nouvelles approches marquent un souci principal de maintien du cadre normatif de la logique thérapeutique globalement validée et intériorisée. D'un autre côté, les pratiques alternatives ou les discours qui tentent de déconstruire la logique conventionnelle du soin facilitent le processus de congruence et d'alignement professionnel du point de vue de la prise en compte des singularités. Néanmoins, pour rejoindre la théorie de l'aliénation proposée par A. Schaff[651], cette remise en question actuelle échoue parfois à trouver une valeur praxéologique sur le terrain, dans la mesure où les réflexions tournent parfois en rond. Les

651Schaff, A. & Brendel, C. (1974). L'aliénation en tant que problème social et philosophique, *op. cit.*

pratiques plus conventionnelles sont également « aliénées » à un modèle, dans le sens où elles sont, dans certains cas, appliquées de manière spontanée et automatique (« on fait comme ça parce qu'on a toujours fait comme ça »). La défense de ce modèle suscite donc de la résistance et provoque de l'inconfort sur le terrain socio-éducatif en cas de transformation potentielle. Les uns souhaitant préserver leurs valeurs, leur histoire professionnelle, leur manière de travailler, leur identité professionnelle et leur cadre de travail ; les autres souhaitant réagir aux signaux subtils, et encore peu maîtrisés, envoyés de manière consciente ou non par les usagers sur le terrain. Ces derniers, dont nous faisons partie, ne sont toutefois pas exempts des phénomènes de mode qui touchent les pratiques éducatives. En effet, le changement et l'évolution peuvent revêtir une fonction de « vitrine » plutôt que d'intériorisation concrète d'une nouvelle lecture de l'addictologie. Par ailleurs, un grand nombre de professionnels se retrouvent finalement à la fois dans l'un et l'autre groupe au cours de leur carrière. C'est la question du choix de l'orientation qui se pose donc plutôt que la réponse univoque à un problème par essence complexe.

En conclusion, nous observons qu'à travers toutes nos catégories d'analyse, des éléments contradictoires et récurrents liés à la pratique des travailleurs sociaux cristallisent une forme de non-congruence et d'inadaptation partielle aux réalités du public. En effet, que ce soit par le prisme institutionnel, politique, légal, social, axiologique ou encore praxéologique nous pouvons confirmer l'hypothèse de départ visant à interroger la présence de zones d'inconfort corrélées à la tentative d'équilibration entre pratiques d'intégration et pratiques d'émancipation au sens large.
Pour notre part, nous avons démarré ce travail doctoral en pensant détenir une forme de vérité qui, nous l'espérons, s'est enrichie d'un certain nombre de nuances. Au cœur même de notre pratique clinique, nous avons tenté de donner raison à nos réflexions en forçant le passage de manière maladroite et sans chercher toujours le consensus. Ce travail de thèse a permis de nuancer certains de nos a priori relatifs à des pratiques professionnelles qui nous semblaient infructueuses. En effet, ces pratiques conventionnelles, sur lesquelles nous nous sommes nous-mêmes appuyés, constituent le socle d'une transformation qui ne doit pas être abandonné mais simplement complété. Les professionnels peuvent alors faire le choix de maintenir un cadre qui fait sens au regard de la grande fragilité des personnes dépendantes ou de tenter des adaptations qui n'invalident aucunement le cadre de départ mais se contentent de le compléter. La plasticité des pratiques et les allers et retours entres les orientations permettent sans doute de penser un modèle éducatif plus complet de régulation des addictions et permettent ainsi de libérer la parole.

CHAPITRE X. Discussion

Ce dernier chapitre souhaite croiser les données de notre enquête. L'objectif n'est pas de reprendre l'ensemble des analyses évoquées dans les chapitres précédents mais plutôt d'en faire communiquer certaines. Chaque histoire de vie se suffit d'une certaine manière à elle-même, mais le croisement permettra de répondre plus précisément à notre première hypothèse. De plus, si nous avons déjà croisé nos entretiens avec les professionnels, nos deux autres hypothèses pourront se traiter à l'aune du croisement entre histoires de vie et pratiques des professionnels. Nous terminerons le chapitre en évoquant certaines perspectives cliniques et certains enjeux de complexité irréductibles.

X.1. Croisement des données analysées

Notre enquête s'appuie d'une part sur les histoires de vie d'usagers et d'autre part sur les pratiques et difficultés rencontrées par les professionnels. Nous mettrons tout d'abord en perspective les quatre histoires de vie dans l'objectif de dégager des éléments de singularités et de convergence pour ensuite les relier aux réalités socio-éducatives de l'accompagnement en addictologie. Nous reviendrons sur les enjeux de nos hypothèses de recherche afin de montrer dans quelle mesure elles se confirment.

X.1.1. Singularités et éléments de convergence

La majeure partie des données issues de nos deux phases d'enquête démontrent un croisement entre complexité des parcours de vie et complexité de l'accompagnement. Les histoires de vie relatées dans cette thèse font état de quatre addictions différentes (polyconsommation, crack, alcool et morphiniques) chez des individus accueillis dans une même structure et présentant des parcours singuliers. Chacune de ces histoires présente des similitudes d'ordre familial, social et existentiel. En effet, chacun des quatre participants donne à voir la manière dont son vécu biographique cristallise des difficultés à être au monde qui l'entoure. Anthony vit une crise existentielle face à son milieu d'origine et tente de s'en défaire drastiquement, Samuel éprouve des difficultés à sortir de l'enfance pour devenir adulte, Charles s'isole face aux troubles familiaux et relationnels qu'il subit et Rose se retrouve contrainte de se redéfinir et de redéfinir son environnement face à un handicap

naissant. Pourtant, ces quatre parcours relèvent d'événements biographiques singuliers qui ne peuvent être appréhendés de la même manière. À ce sujet, deux d'entre eux envisagent une abstinence complète et définitive pendant que les deux autres s'inscrivent dans une perspective régulée de leurs usages. Dès lors, l'accompagnement doit être entendu à l'aune de ces perspectives en fonction des expériences vécues et du sens de la consommation ou de la non-consommation. Cet objectif a été repris de manière consensuelle par l'ensemble des professionnels interrogés exerçant par ailleurs dans des structures différentes. Néanmoins, nous avons vu que certains d'entre eux s'inscrivent dans une logique de conventionnalité perpétuant un modèle intégrationniste pendant que d'autres s'inscrivent dans une logique davantage adaptative et attentive aux logiques singulières des usages de substances.

Notre première hypothèse souhaitait rendre compte des logiques subjectives attenantes aux conduites addictives. L'enquête a pu démontrer que les usagers ne se réduisaient pas à l'expérience de leur conduite addictive. Au contraire, la place laissée aux éléments de contextes sociaux, familiaux, professionnels et existentiels dans le dispositif biographique permet d'entrevoir un certain nombre de lignes biographiques qui déplacent l'énigme existentielle. Anthony cherche avant tout sa propre philosophie de vie conciliant ses différents ancrages. Charles fait face à l'anxiété sociale et à une communication délétère dans le cercle familial. Samuel se confronte à sa dépendance affective et Rose se démène entre normativité sociale et normativité vitale. D'autre part, les régimes de signification liés à la conduite addictive sont pluriels et souvent complexes. Si les quatre récits permettent d'affirmer que la substance n'intervient pas uniquement comme l'objet précurseur d'une aliénation, ils ne peuvent confirmer totalement la valeur émancipatoire de l'usage. La distinction sémantique entre la cause et la raison, entre « je consomme pour » et « je consomme parce que » reste une grille de lecture pertinente. Néanmoins, sur ce plan précis l'énonciation du récit et le vocabulaire employé par les participants mettent en lumière des intrications entre les deux régimes.

Anthony semble assumer clairement sa déviance et son souhait de s'inscrire dans un univers marginal mais se heurte à l'excès et à une perte de sens. Samuel remarque l'isolement provoqué par ses consommations tout en admettant une rationalité de son usage. La dépendance qui semble finalement la plus problématique chez lui relève davantage de son rapport à autrui. Charles convient que ses consommations n'étaient plus vivables au moment le plus critique mais réaffirme un principe curatif de l'usage face à son anxiété sociale. Tous trois évoquent d'ailleurs les effets positifs des produits consommés dans le même temps que leurs limites. À ce titre, ce n'est pas le produit qui pose problème mais bien l'usage qui en fait qui finit par déborder de ses fonctions initiales. Anthony

et Samuel poursuivent d'ailleurs leurs consommations en tentant une équilibration, encore fragile, entre les différentes sphères de leur vie et le sens du recours. En ce sens l'expérience biographique et la démarche de soins permettent la mise en place d'un ancrage réflexif qui semble faciliter l'appropriation et la négociation d'un mode de vie incluant des substances illicites. Rose, quant à elle, subit l'arrivée des morphiniques en raison de ses douleurs tout en se réappropriant la molécule pour atténuer son mal-être psychique. Les registres qu'elle convoque oscillent entre fuite, échappatoire et nécessité. Les quatre participants conviennent d'ailleurs que les substances apparaissent, au moins au départ, comme une nécessité face aux conflits internes et au manque de solutions opérantes. En ce sens, notre première hypothèse est confirmée sur ce point précis. L'aliénation familiale, sociale, professionnelle et existentielle conditionne l'installation de l'addiction.

La démarche secondaire de co-investissement dialectique permet de cerner encore mieux les enjeux du récit de vie. L'analyse des événements biographiques permet de pacifier le rapport à l'usage en cherchant des éléments de contexte et de compréhension. Par voie de conséquence, elle redonne aux usagers, qui s'affirment en tant que sujets, la possibilité de rationaliser leur parcours en convoquant des registres plus variés mais aussi plus singuliers. Ainsi, la perspective émancipatrice apparaît plus clairement sans effacer l'expérience négative de l'addiction. Les participants affirment, d'une certaine manière, ne pas avoir été soumis à une force extérieure s'imposant à eux. Au contraire, ils évoquent le caractère expérientiel et formatif de leurs parcours de vie. Ils conviennent de certains choix conscients liés à l'usage, identifient clairement les effets psychoactifs recherchés et la manière d'y accéder, remarquent les fonctions sociales et personnelles des substances et soulignent d'autres aspects importants de leur vie au cœur de certaines périodes de consommations. C'est ici précisément que le récit devient histoire. Le basculement est marqué par la réappropriation du récit, la mise au jour des déterminismes et la direction plus ou moins affirmée qu'ils souhaitent aujourd'hui emprunter. Une direction qui dépasse la simple question de l'usage ou de l'abstinence. Chacun des participants fait émerger un projet singulier. Anthony sait en partie pourquoi il souhaite poursuivre ses consommations et identifie la place qu'il veut aujourd'hui leur laisser. Ses études de philosophie l'amènent à se redéfinir. Samuel, échoue à rester abstinent mais convient que les usages de cocaïne basée, quand elles sont encadrées, ne l'empêche pas d'imaginer un contexte de vie différent de celui qu'il a connu. C'est avant tout la transition progressive (mais limitée) vers la vie d'adulte dont il est question. Charles, souhaite rester abstinent mais apprend surtout à observer la réalité plus nuancée des relations avec autrui. Il déjoue progressivement le précepte sartrien consistant à penser que : « l'enfer, c'est les autres ». Rose, ne souhaite plus consommer de

morphiniques, mais admet que la nouvelle opération à venir l'y conduira peut-être. Pour autant, son expérience l'amène à se repositionner. Elle sait qu'elle doit y être vigilante et qu'elle peut poser des limites aux propositions des médecins. Elle aspire surtout à redéfinir son environnement et sa manière d'appréhender les douleurs et le handicap.

Pour les quatre participants, le dessin de la trajectoire de vie a permis de mettre en lien des éléments jusqu'alors détachés les uns des autres. Les aspects visuels et chronologiques les ont invités à faire le tri et à organiser leur pensée. Ce travail a permis d'objectiver le parcours en identifiant plus clairement les périodes positives parfois oubliées. Il a fait émerger une direction de sens qu'ils peuvent dorénavant plus facilement emprunter ou adapter. Si causes et raisons s'entremêlent dans le récit, il apparaît que le second temps du dispositif mêlé à notre analyse permet de recourir davantage à une perspective compréhensive de l'usage. Les participants tendent à devenir sujets de leur histoire par un procédé progressif de recodage des événements biographiques qui ne se limite pas au dispositif biographique. La démarche de soins y contribue tout autant que la réflexion personnelle. Ils reconnaissent certains motifs de l'usage au cours des échanges sans céder à la perspective causaliste. Ils n'incriminent fondamentalement personne, ni aucun événement. Au contraire, ils se rendent compte du long processus qui les a conduits à se tourner de manière excessive vers les substances psychoactives. Un processus en partie consenti qu'ils regardent avec plus de bienveillance face à l'absence d'alternatives à l'époque. Notre propre analyse et les différents ancrages théoriques déployés permettent d'appuyer encore davantage la perspective en partie émancipatoire de l'usage.

Par ailleurs, l'expérience biographique les amène à se positionner de manière critique face à l'exercice. Anthony affirme que la manière de se raconter dans le soin engendre des effets chez lui et chez les autres. Il n'est ni l'enfant issu de la paysannerie, ni le punk, ni l'étudiant en philosophie, ni le patient attendant qu'on le soigne. Il est tout cela à la fois qui dépasse l'addition des quatre entités. Samuel souhaite s'extirper de son passé pour mieux entrevoir l'avenir. C'est une première étape vers la vie d'adulte. Charles, se livre consciencieusement à l'exercice tout en constatant que les zones d'ombres de son histoire familiale ne pourront pas être révélées par le simple fait de l'exercice. Il peut néanmoins se défaire, dans son nouvel environnement social, du précepte familial consistant à ne faire confiance à personne. Rose, quant à elle, se rend compte que l'exercice l'amène à se définir principalement par le prisme médical. L'institution thérapeutique dans laquelle se déroule l'exercice et la consigne proposée au départ y joue sans doute pour beaucoup. Elle finit alors par ouvrir le champ des perspectives en réhabilitant certains aspects importants de sa vie et de sa personnalité (la combativité, la relation importante qu'elle entretient avec son frère et son neveu, la capacité qu'elle a de rebondir professionnellement et les perspectives nouvelles qui s'offrent à elle). Sans doute

pouvons-nous entrevoir ici certains effets « d'allégement du symptôme »[652] induit par le dispositif biographique.

De surcroît, les quatre histoires de vie permettent de rendre compte de certains enjeux liés à la modernité avancée. L'avènement de la mondialisation, des nouvelles technologies, des économies néo-libérales, de l'individualisation et l'effritement des sociétés traditionnelles participent d'une perte de repère existentiel. L'individu est alors contraint de s'inventer lui-même. Il doit être flexible et mobile dans un univers en mouvent perpétuel. Il ne peut plus s'incarner uniquement dans la tradition et l'héritage. Faute de pouvoir influencer drastiquement le cours des choses il doit devenir entrepreneur de son existence et trouver en lui-même les conditions de sa réalisation personnelle. Les quatre récits se déroulent dans ce contexte. Les quatre individus peinent à trouver leur place, d'abord au sein de la famille, puis au sein de la société. Anthony est rejeté par le monde paysan et finit par le rejeter également en incarnant une posture « d'outsider »[653]. Samuel souhaite garder sa place d'enfant mais se heurte à la réalité de la vie sociale et professionnelle. Charles se construit à la marge du monde social dans une atmosphère familiale anxiogène. Il ne parvient pas à se relier aux autres qui semblent le rejeter. Rose se confronte au handicap et à la difficulté de composer avec son environnement social et professionnel. En ce sens, les quatre individus échouent en partie à trouver leur place au sein de la modernité avancée. Ils ne disposent pas de tous les codes sociaux et de toutes les armes pour affronter l'hostilité du monde social. La marginalité de leur parcours et l'inadéquation de leurs difficultés avec les standards de réussite sociale accentuent leur isolement. Ainsi, ils finissent logiquement par se faire déborder par une autre conséquence de la modernité avancée. En effet, ils se perdent dans une société devenue elle-même addictogène car assujettie à la surconsommation (par l'hyperstimulation), aux réponses immédiates (par l'excitation du désir) et à la culture de l'excès (par la culture de la performance)[654]. C'est certainement aussi dans ce contexte d'aliénation sociale que le recours excessif aux substances intervient en partie pour nos quatre participants. Démunis face au monde social et incités comme tout le monde à s'agiter, à trouver des solutions et à consommer, ils se tournent vers un usage excessif des substances qu'ils consomment. Un usage libérateur mais qui finit par les isoler définitivement. Sans doute faut-il voir aussi l'émergence de l'addiction comme l'échec de la modernité avancée face aux nouveaux enjeux qu'elle produit et non pas seulement comme la résultante du caractère addictogène des produits.

652Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.* ;
Niewiadomski, C. (2017). Clinique narrative, sociologie clinique et psychothérapies, *op. cit.*
653Becker, H.S. (1985). *Outsiders, op. cit.*
654Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction, *op. cit.*

Pour les quatre participants, la rencontre avec l'institution thérapeutique que représente l'univers de l'addictologie marque alors une forme de libération. Tout d'abord en raison d'une prise de distance avec la consommation mais surtout en raison d'une considération de leur être au monde de la part des professionnels. Cette perspective rejoint la fonction de « tampon », parfois inconfortable, évoquée par certains professionnels dans cette thèse. Ces derniers situent leur accompagnement à l'interface du monde social et du monde de la marginalité. Ils font exister la parole des personnes accompagnées et leur offre une écoute attentive. Ils cherchent à naviguer avec eux dans la marée de la « vie liquide »[655] et représentent alors, pour des individus à la marge, une manière de se raccrocher à l'existence sociale et de ralentir la cadence.

Toutefois, si l'institution thérapeutique représente un point d'amarrage essentiel, la manière dont le soin en addictologie s'est constitué autour de la médicalisation de l'usage se heurte encore à des difficultés de singularisation de l'accompagnement. La complexité inhérente aux quatre récits renvoie aux travailleurs sociaux des logiques d'usage et des besoins différents. L'expérience de l'usage que chacun des participants développe ne peut s'en tenir à la réponse univoque de l'abstinence. Les participants sont avant tout acteurs et producteurs singuliers du monde social. La perspective du soin ne doit donc pas effacer, ni normaliser totalement, la complexité des parcours au bénéficie d'une facilitation de l'accompagnement. Elle doit tenter un appariement entre expérience de vie singulière et monde social normatif afin d'éviter de dissoudre un sujet en émergence.

Les exemples d'Anthony et de Samuel sont, à cet égard, représentatifs. Imposer un cadre de soin strict à Anthony revient à l'éloigner de sa construction personnelle autour d'univers alternatifs au risque d'un conflit idéologique et éducatif entre lui et les professionnels (comme lors de sa première démarche en CSAPA avec hébergement). S'acharner à imposer l'abstinence dans la situation de Samuel revient à le confronter à l'échec perpétuel au risque d'une perception parcellaire de ses autres difficultés personnelles. Dans les deux cas, la consommation n'empêche ni la démarche de soins, ni la réflexion biographique. Au contraire, elle a été intégrée pour permettre une instance de discussion sereine. Le protocole a été adapté afin d'éviter que les participants arrivent en état de manque ou sous l'effet excessif des consommations. Les deux participants, relativement stabilisés sur le plan émotionnel et addictologique, ont d'ailleurs accordé une attention particulière à l'exercice en se présentant dans les meilleures conditions de réflexion possibles.

Enfin, le dispositif biographique a permis de rejoindre la logique symbolique du modèle de gestion des consommations proposé par M.-H. Soulet[656]. Dans les situations d'Anthony et de Samuel,

655Bauman, Z. (2006). *La vie liquide*, *op. cit.*

656Soulet, M.-H. & al. (2002). *Gérer sa consommation, op. cit.* ;
Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques, *op. cit.*

l'émergence de questions de sens (par la co-interprétation du récit) et de raisons socialement et personnellement signifiantes contribue sans doute à l'appropriation de l'usage conscient de substances. À la fin du dispositif, Anthony et Samuel cernent mieux les enjeux du recours : entre volonté d'appartenir à un monde social alternatif, souhait de se démarquer, recherche d'expériences nouvelles et d'états contemplatifs chez Anthony et manière de contrer l'ennui, de combler le vide existentiel et de reprendre paradoxalement possession du quotidien chez Samuel. Ils cernent également mieux les enjeux du recours nocif. Anthony prend conscience de l'importance d'équilibrer son implication au sein des différents espaces sociaux qu'il fréquente. Il remarque également un besoin de se lier à des ancrages (sociaux, familiaux, philosophiques) multiformes. Samuel prend conscience de ses difficultés d'adaptation à la vie d'adulte et de la nécessité d'une vie en collectivité pour contrer l'isolement. En outre, il admet qu'il a besoin d'autrui pour l'aider à réguler ses finances au risque d'un dérèglement de ses consommations. En ce sens, les pratiques biographiques évoquées et utilisées dans cette thèse permettent non seulement de dégager des nouvelles connaissances mais aussi de soutenir un accompagnement socio-éducatif orienté vers la régulation des consommations.

Dans la partie suivante nous serons attentifs à nos deux autres hypothèses qui nécessitent non seulement de revenir sur nos entretiens avec les professionnels mais aussi de les faire communiquer avec l'enjeu essentiel, évoqué dans cette partie, des logiques subjectives de l'usage de substances.

X.1.2. Logiques subjectives et limites du modèle biomédical

Du côté des travailleurs sociaux, quatre échelles permettent de définir l'orientation de l'accompagnement :

1° Le cadre légal de la loi de 1970 renvoie l'individu à la figure du malade tout autant qu'à la figure du délinquant.

2° Le cadre social, moral et les critères de santé publique définissent les normes sociales du vivre-ensemble. Les usages excessifs de substances licites ou illicites s'inscrivent alors à contre-courant d'un modèle intégrationniste.

3° Les institutions auxquelles appartiennent les structures d'accompagnement oscillent entre cadre légal, cadre social et réalité des usagers. Cette oscillation fragile met en avant des orientations multiformes et parfois paradoxales.

4° En CSAPA, les travailleurs sociaux, au cœur de l'action, se débattent dans cet ensemble

complexe et souvent contradictoire. Ils se raccrochent tantôt à la conventionnalité du soin, tantôt à l'adaptation des pratiques. Les différents parcours de vie et les logiques subjectives du recours les confrontent alors à des questions éducatives complexes.

Le diagnostic de l'usage chez les professionnels interrogés fait davantage référence à une logique causaliste prenant en compte les événements biographiques traumatiques et l'incapacité latente des usagers à réguler leurs consommations sur le long terme. Pourtant l'entièreté du parcours biographique reste en partie lésée et peu exploitée au regard du sens du recours. Si beaucoup d'entre eux s'intéressent à l'histoire des personnes, il reste que le rattachement de l'histoire à des logiques d'usage variées se heurte à un défaut de problématisation socio-existentielle. Le travail éducatif se cantonne encore souvent à l'écoute active, à l'organisation de projets éducatifs divers et au suivi socio-administratif permettant d'appuyer l'orientation médico-psychologique. Pourtant, le travail d'éducation, décrit par S. Starck à la suite de J. Marpeau, concerne plus largement les moyens mis en œuvre permettant aux personnes accompagnées de s'approprier le sens de l'accompagnement en tant que signification et en tant que direction. L'action consiste à cheminer avec l'individu au plus près de sa réalité en ne cherchant pas à diriger son orientation mais au contraire en lui reconnaissant son potentiel créateur dans la perspective d'une transformation en devenir qui lui appartient. Par ailleurs, la clinique narrative et éducative proposée par C. Niewiadomski suggère la mise au jour d'une problématisation singulière et formative du parcours de vie. Auprès d'adultes présentant des conduites addictives d'ordre bio-psycho-social, ces orientations facilitent la mise en place d'un cadre éducatif permettant à l'individu de se construire en tant que sujet autonome et réflexif. Néanmoins, dans le cas de l'addictologie, la problématisation ou le diagnostic de l'usage semble appartenir davantage au champ médico-psychologique. Lorsque les situations se complexifient, les professionnels interrogés font d'ailleurs souvent appel aux médecins et aux psychologues. L'hégémonie biomédicale en la matière contraint dans une certaine mesure la pratique éducative dans la mesure où la personne accompagnée se retrouve d'emblée associée à la figure du malade. Ainsi, il ne s'agit plus de savoir ce que pense la personne de sa situation mais au contraire de l'intégrer à un dispositif permettant d'atténuer les symptômes observés. Un dispositif par ailleurs préétabli et conçu avant la rencontre qui mène majoritairement vers un objectif d'abstinence.
Les travaux de T. Besozzi portant sur l'hybridation des univers symboliques afférents aux différents groupes professionnels dans le secteur médico-social rendent compte des difficultés à coordonner les enjeux médicaux et socio-éducatifs. L'auteur met en avant la complémentarité des approches et la polyvalence des différents acteurs tout en identifiant encore des enjeux symboliques distincts. « L'univers de signification médical » et « l'univers symbolique social » renvoient à des priorités

différentes entre prolongation de la vie biologique (cure) et construction d'un projet de vie global (care)[657]. En addictologie, les seuils d'accès aux dispositifs sont caractéristiques de ces différences symboliques : entre le haut seuil d'exigence (CSAPA : centre de *soins* et d'accompagnement) et le bas seuil d'exigence (CAARUD : centre *d'accueil* et d'accompagnement). À travers nos entretiens, la réalité pluridisciplinaire du terrain clinique et l'arrivée progressive de la RdR en CSAPA font état de complémentarités concrètes et indispensables que nous souhaitons continuer à penser conjointement. Le travail éducatif en addictologie doit pouvoir prendre une place significative dans l'accompagnement à la hauteur des enjeux existentiels et socio-éducatifs de l'addiction. Les travailleurs sociaux semblent être bien placés pour aborder les questions de réduction des risques et de régulation des consommations en CSAPA dans la mesure où elles renvoient à des enjeux de normativité sociale et d'apprentissage. Leur formation pluridisciplinaire, l'objectif central d'appropriation de l'accompagnement par les personnes accompagnées et la co-construction des projets de vie inhérente à leur fonction autorise à faire exister la singularité des histoires et des projets en CSAPA.

L'accompagnement actuel qui s'organise sur le principe de la pluridisciplinarité par une lecture bio-psycho-sociale de l'addiction n'épuise pas les significations sociales et personnelles que les personnes dépendantes accordent à leur expérience des consommations (d'alcool, d'héroïne, de cocaïne ou encore de médicaments). Si le travail social vise une connaissance fine des situations accompagnées et la co-construction des projets de vie, le paradigme abstinentiel à caractère normatif et défini a priori vient bloquer la prise en compte de la singularité de l'expérience subjective. Dans la mesure où les standards thérapeutiques et le cadre légal répressif délimitent clairement l'accompagnement en addictologie, il est intéressant de faire appel à l'expertise des travailleurs sociaux particulièrement attentifs, de par leur fonction éducative, au cadre de l'accompagnement.

Certains travailleurs sociaux interrogés font état de nouvelles pratiques plus ou moins installées qui semblent contrebalancer le paradigme biomédical. Tous, à des degrés différents, évoquent d'ailleurs les nouvelles perspectives induites par la réduction des risques et par la régulation des consommations. Certains d'entre eux font état d'une libération de la parole, d'une meilleure compréhension des réalités vécues, de débordement des consommations mieux régulé, d'un rapprochement entre protection des usagers et réalité de la vie sociale, etc. Néanmoins, tous ne rejoignent pas l'ensemble de ces constats. Dans notre enquête, l'adaptation des pratiques apparaît

657Besozzi, T. (2021). L'action médico-sociale auprès des sans-domicile : hybridation des professionnels et des niveaux d'intervention en contexte institutionnel. *Sciences et actions sociales [En ligne], 16(1)*, mis en ligne le 23 novembre 2021. URL [http://journals.openedition.org/sas/602].

pour certains comme une nouvelle réponse face à la complexité, pour d'autres comme une réponse de second plan non pérenne et pour quelques-uns comme un risque de mise à l'écart des personnes souhaitant se protéger.

Aussi, notre seconde hypothèse souhaitait mettre en lumière les difficultés des professionnels à articuler les objectifs d'intégration et d'émancipation sociale inhérents au travail éducatif. Nous avons observé un ensemble de zones d'inconfort reliés aux projets institutionnels, au cadre hospitalier ou associatif des structures, au cadre légal, aux valeurs portées par les membres des équipes pluridisciplinaires ou encore aux parcours professionnels. Ces éléments placent la priorité tantôt vers l'objectif d'intégration, tantôt vers l'objectif d'émancipation. L'émancipation renvoie ici au fait de définir ses propres contraintes et cadres de référence, de choisir l'orientation de son parcours de soin et la manière d'y parvenir, de devenir sujet de son histoire et donc de se dégager des déterminismes. L'intégration fait référence ici à l'insertion sociale (travail, logement, etc.) mais également à l'idée de l'appartenance à une société, entendue dans son sens large, qui prescrit globalement les normes en matière de santé et de consommations. Certains professionnels font le choix d'aborder l'accompagnement de l'une ou l'autre manière. Toutefois, la frontière est poreuse. Nous avons constaté la pluralité des approches dans le soin, l'intrication des orientations selon les situations et selon les individus qui composent le collectif.

L'absence de repères stables participe de la malléabilité de l'accompagnement mais aussi de sa fragilité. En cas de doute, les travailleurs sociaux se raccrochent plus facilement au cadre légal et au modèle biomédical de l'abstinence qui, d'une certaine manière, scotomise la logique subjective des motifs et raisons de l'entrée dans la dépendance. L'enjeu de notre troisième hypothèse était de rendre compte de ce phénomène. En effet, les pratiques induites par les approches alternatives du soin en addictologie se trouvent encore fragilisées en l'absence d'un cadre théorique et praxéologique stable. Ainsi, il semble plus facile d'adopter le principe de la rationalisation de l'accompagnement et de son homogénéisation au risque de mettre à l'écart des expériences subjectives. Un risque de mise à l'écart qui paradoxalement se révèle bloquant chez les professionnels attentifs à protéger le groupe ou l'institution. En effet, plusieurs professionnels se montrent très vigilants quant au fait de déployer des pratiques alternatives qui pourraient exclure les personnes les plus en demande de protection. Pourtant, c'est bien le même phénomène qui se retrouve dans la perspective univoque de l'abstinence. Une perspective qui éloigne certains usagers des dispositifs de soins par le principe du haut seuil d'exigence, comme nous le démontre notre expérience professionnelle, et qui en contraint d'autres à s'orienter vers un projet conventionnel non intériorisé, comme le démontre quelques professionnels interrogés.

L'arrivée de la RdR dans le soin s'accompagne donc de nouveaux enjeux d'équilibration pour le moment inconfortables. Le sujet de cette thèse se situe justement à l'intersection nouvelle du soin et de la réduction des risques en France. Elle contribue à l'émergence de connaissances permettant de confirmer que ce rapprochement complexe et nécessaire requiert, au-delà de nouvelles pratiques, un renouvellement du paradigme addictologique. Les professionnels interrogés évoquent les incohérences qui sont renvoyées soit par les équipes, soit par les usagers eux-mêmes. Ces incohérences sont attenantes au cadre de l'institution, au règlement de fonctionnement, aux discours des professionnels, à ce qui est permis et ce qui ne l'est pas, à ce qui est visé et ce qui ne l'est pas, à la prise en compte partielle des reconsommations ou encore au principe complexe de prise en compte des individualités au sein d'un collectif. Le renouvellement de paradigme semble pouvoir s'inspirer des principes éducatifs de subjectivation de l'individu et des principes sociologiques qui confèrent à l'individu le statut d'acteur et, par voie de conséquence, une forme de rationalité de son comportement. Cette proposition n'exclue aucunement les médecins, psychologues et autres professionnels en addictologie. Tous jouent déjà un rôle essentiel et appréhendent à leur manière les approches alternatives du soin. Néanmoins, tout comme les travailleurs sociaux s'inspirent des courants psychothérapeutiques et s'appuient sur les préconisations médicales, les équipes pluridisciplinaires peuvent s'appuyer sur une logique éducative attentive au quotidien des usagers, aux enjeux socio-existentiels du recours ou encore au cadre de l'accompagnement et aux effets de ce cadre.

En ce sens, les travailleurs sociaux en addictologie doivent continuer à affirmer la spécificité de leur travail clinique, à participer à l'adaptation des dispositifs et des règlements de fonctionnement aux différents profils rencontrés, à créer des outils adaptatifs, à penser conjointement les dynamiques d'intégration et d'émancipation, et enfin à contribuer à l'évolution des modèles d'accompagnement en dépassant les limites légales, idéologiques et institutionnelles.

X.2. L'oscillation comme perspective d'accompagnement

Dans cette dernière partie, nous verrons que la complexité dont il est question tout au long de notre thèse ne peut être résolue par une théorie finie de l'accompagnement en addictologie. Le point de départ de notre réflexion clinique consistait à identifier la teneur de cette complexité dans l'objectif de s'en dégager ou au moins de la contourner. Notre recherche démontre finalement que la complexité ne représente pas uniquement une donnée limitante. Au contraire, elle est inhérente à l'espace social et à l'individu contemporain. Elle est caractéristique de la diversité du vivant et donc

de la vitalité de l'espace social. D'une part, le caractère purement singulier de chaque situation évoquée dans cette thèse donne à voir l'intérêt de ne pas se cantonner à un modèle unique de pensée en addictologie (abstinence ou approches alternatives). D'autre part, l'activité réflexive des travailleurs sociaux et la pluralité des modèles et des philosophies d'accompagnement permet sans doute justement de favoriser une diversité de réponses face à des individus singuliers.
À la suite de S. Freud et de F. Imbert, nous nous reposerons la question de l'impossibilité des métiers de l'éducation pour ensuite conclure sur quelques perspectives d'accompagnement.

X.2.1. Un « métier impossible » ?

En tant que processus l'éducation se confronte à la question de sa délimitation et de sa fin. S'il est possible de délimiter le temps d'un accompagnement, il est pourtant impossible d'en identifier tous les effets, notamment a posteriori. L'éducation est un processus infini qui ne s'arrête pas à la délimitation du temps qu'on lui accorde. En ce sens, l'accompagnement conduit celui qui le mène et celui qui en bénéficie à ignorer une part des effets induits. Ce sont les expériences actuelles et futures qui amèneront l'individu bénéficiaire à intérioriser certains résultats de son accompagnement afin de s'adapter à son environnement. C'est le sens de la définition que S. Starck[658] accorde au travail éducatif.
Dans ce contexte, l'éducation est un « métier impossible »[659] dans la mesure où il reste par essence inachevé et donc insuffisant. Par ailleurs, les controverses théoriques et cliniques dont peuvent faire l'objet les moyens mis en œuvre pour installer un travail éducatif sont à la hauteur des résistances de l'individu face à l'intention de ne pas se laisser diriger ou dicter sa conduite. Pourtant, la plupart des modèles de société s'appuient sur la transmission et l'éducation pour perpétuer des modes de vie, élever les enfants et favoriser le vivre-ensemble. Ainsi, le travail éducatif (ou le travail d'éducation au sens de S. Starck) pourrait être considéré comme un travail complexe plutôt qu'impossible. Un travail qui trouve des voies concrètes d'application mais qui se heurte aux caractères abstrait et processuel de certains de ses effets.

Dans le cas de l'addictologie, confronter le travail socio-éducatif à l'accompagnement pluridisciplinaire d'un phénomène bio-psycho-social fortement dépendant du cadre légal revient à superposer différentes couches de complexité. Cette perspective invite à la prudence quant aux

658Starck, S. (2018). Réflexions sur le travail éducatif et ses usages, *op. cit.*
659Freud, S. (1939). Analyse terminée et analyse interminable, *op. cit.* ;
Imbert, F. (2000). *L'impossible métier de pédagogue*, *op. cit.*

propositions thérapeutiques et à l'humilité quant aux effets réels de l'accompagnement. Au début de notre travail de recherche nous pensions, en toile de fond, faire émerger un modèle précis d'accompagnement face aux contradictions observées sur le terrain. Toutefois, l'état de l'art et l'enquête de terrain nous amènent à reconsidérer notre intention. Cette recherche valide sous doute davantage le principe de la pluralité des parcours et des objectifs poursuivis que la possibilité de pouvoir dé-complexifier ou dénouer le phénomène. L'incertitude qui s'exprime dans le discours des professionnels interrogés entre l'une ou l'autre approche, l'une ou l'autre pratique semble finalement caractéristique de cette complexité. Les professionnels assument la nécessité d'une dialectisation de leur pratique tout en constatant les impasses qu'elle provoque parfois sur le plan clinique. Ils tentent de sortir d'un modèle descendant de l'accompagnement pour inclure davantage la perception des usagers. Néanmoins, les institutions sont encore marquées par le modèle biomédical de l'abstinence qui fragilise l'adaptation des pratiques. Lorsqu'un un individu veut être abstinent, le fonctionnement des CSAPA semble tout à fait cohérent. Pourtant lorsqu'il sort de ce cadre, il confronte les professionnels à la nécessité d'un discours nouveau, d'un fonctionnement adapté et de pratiques alternatives encore à construire. Le modèle de l'abstinence doit apprendre à cohabiter avec le paradigme de la réduction des risques et de la régulation des consommations, et inversement. C'est ici un enjeu important de cette thèse.

Il ne s'agit pas, en définitif, d'effacer le modèle de l'abstinence au profit d'un autre mais plutôt de modeler leur croisement par une approche dialectique. La co-interprétation des récits de vie dans cette thèse permet d'une certaine manière de montrer l'exemple d'une démarche qui évite au professionnel d'avoir à faire un choix entre l'une ou l'autre direction. Elle replace l'expérience biographique de l'usager au cœur de l'accompagnement et allège le professionnel d'une décision descendante lourde à porter qui ne pourra être que parcellaire et donc potentiellement inadéquate. La démarche biographique ouvre un espace de construction de sens qui permet à l'usager de prendre part à la réflexion et de s'affirmer en tant que sujet. C'est cet espace précis qui doit être davantage ouvert pour favoriser le caractère global et adaptatif de l'accompagnement face à un comportement complexe qui ne résume pas à l'usage de substances. « *L'essentiel nous paraît résider dans ce que ce travail permet de mettre en route en termes de questionnement, celui-ci restant par essence inachevé car référé à l'existence même des participants. Dans le cadre du travail d'histoire de vie avec les personnes alcooliques, ce sont bien ces questions – les "énigmes" émergentes évoquées par Guy de Villers – qui seront susceptibles de mobiliser suffisamment le désir des patients en vue de la conquête d'un projet personnel jamais réductible à la seule dimension de l'abstinence* »[660].

660Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit.*, p. 244.

En outre, dans le chapitre quatre, nous avons débattu du concept de paradoxe par le prisme de la logique formelle et mathématique. Cette réflexion permet d'appréhender la question du métier qu'est l'éducation. Les conduites addictives et leur accompagnement induisent une complexité qui se matérialise par différents paradoxes dont nous avons déjà discuté. Le fait paradoxal dans la logique formelle se caractérise par la présence d'une contradiction autoréférentiel dans le cadre d'un énoncé : « "*je ne peux pas (plus) vivre avec l'alcool", mais "je ne peux pas ne pas vivre avec l'alcool"* »[661]. Dans cet exemple, l'usager dépendant fait face à sa double position contradictoire de consommateur qui cherche à survivre et d'être humain qui cherche à ne pas mourir. Il s'agit sans doute ici d'une impasse qui : « *est produite par un antagonisme entre le désir de préserver une image de soi, de conserver sa dignité et une situation sociale qui fait basculer dans la déchéance* »[662].

G. Spencer-Brown, par son travail sur le calcul auto-référentiel datant de 1969, a élaboré un calcul mathématique permettant d'inclure le paradoxe comme élément logique. Ainsi ce type d'énoncé n'aboutit pas à une valeur limite mais bien à une « oscillation » entre deux valeurs ou plus. C'est finalement l'oscillation qui constitue la solution du problème. « *Ce que je dis est-il vrai lorsque j'énonce "je mens"? Qui obtient pour solution l'oscillation oui/non/oui/non/...* »[663]. La réponse dépendra ici de la nature de l'énoncé de départ, « je mens », considéré soit comme élément autonome valable pour le reste du discours, soit comme élément auto-référentiel valable pour lui-même. Ce deuxième cas plonge dans le paradoxe. Deux pistes se présentent alors :

- L'énoncé peut être encadré ou recadré par un nouvel énoncé qui précise le premier.
- Le destinataire de l'énoncé peut choisir d'opter pour une option plutôt qu'une autre et se réadapter en permanence.

Ces perspectives permettent d'illustrer la dimension complexe des conduites de dépendance mais laissent également entrevoir des pistes d'action. Ainsi le métier n'est plus impossible mais contenu dans une oscillation complexe entre plusieurs options. Des options qui ne solutionnent pas totalement le problème mais qui cherchent à le matérialiser et à l'interpréter.

En ce sens, c'est la question du choix de la direction qui paraît cruciale. Le professionnel peut lui-même choisir la direction à emprunter comme le préconise le modèle conventionnel et biomédical de l'accompagnement. Dans ce cas, c'est plus régulièrement la prolongation de la vie biologique qui est préférée. Pourtant, un autre paradigme réintégrant le choix de la personne accompagnée et la valeur de son expérience subjective autorise à repenser l'accompagnement. Il ne s'agit pas ici d'effacer les paradoxes attenants au consommateur mais plutôt de s'en saisir pour lui redonner la

661Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme, *op. cit*., p. 21.
662Gaulejac (de), V. (1996). *Les sources de la honte, op. cit.,* p. 256.
663Miermont, J. (dir.). (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales, op. cit.,* p. 495.

possibilité d'une direction personnelle singulière et potentiellement oscillante. La posture du professionnel consiste ici à autoriser et à valoriser plusieurs directions et surtout à déployer un accompagnement soutenant la direction choisie. Le professionnel sert également de fil rouge. Il renégocie régulièrement les orientations en fonction des expériences capitalisées de part et d'autre.
Encore une fois, l'accompagnement gagne en efficience quand les personnes se fixent elles-mêmes leurs objectifs et qu'elles y croient, plus que lorsque ces objectifs leur sont imposés. Il gagne également en efficience quand ces objectifs se rapportent à la réalité du vécu (dans le soin mais aussi en dehors). Enfin, il gagne en efficience quand il est corrélé aux capacités et limites des individus. Les histoires d'Anthony et de Samuel en sont des exemples intéressants.
Toutefois, la réalité difficile des situations conduit souvent les professionnels à être force de proposition voire même à devoir porter à bout de bras les personnes accompagnées. C'est justement dans cette oscillation que se situe leur action : entre l'expérience du consommateur qui fait face à sa quête de sens et aux affres de son histoire et l'expérience de l'être humain qui perd pied mais qui ne veut résolument pas mourir. C'est sans doute ce que défend V. de Gaulejac par sa conception du sujet, à l'interface de l'être de l'homme et de l'être de la société : « *Entre l'être de l'homme et l'être de la société, le sujet advient comme élément de médiation, comme troisième terme face à l'ensemble des déterminations plus ou moins contradictoires qui le constituent* »[664].

Dès lors, l'action éducative doit se résoudre, non à son impossibilité, mais à son incomplétude. Incomplète, car oscillante en raison de la nature paradoxale de certaines situations. Incomplète, car attenante aux possibilités concrètes d'action sur le terrain (moyens, budgets, effectifs, cadre légal, cadre institutionnel, etc.) et aux normes et valeurs de chacun. Incomplète, car rattachée aux choix des personnes accompagnées, à leurs capacités, à leurs envies et à leurs différences. C'est certainement l'acceptation de cette incomplétude qui rend le travail passionnant et qui évite d'adopter une posture de contrôle total. Les théorèmes d'incomplétude de K. Gödel, élaborés dans les années 1930, le démontrent : « *Aucune théorie finie et consistante ne peut prétendre "couvrir" toutes les assertions et en particulier les assertions la concernant* »[665]. Cette perspective issue des mathématiques incite à se montrer d'autant plus créatif et nuancé dans le développement de théories relatives au monde social et dans le développement de modèles relatifs à l'accompagnement d'acteurs sociaux. Un même phénomène peut recouvrir plusieurs significations et réalités. Comme le rappellent J. Miermont et ses collaborateurs, selon une formule de P. Watzlawick datant de 1978 : « *il n'y a plus une réalité, mais autant de réalités que de personnes qui les perçoivent* »[666].

664Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? op. cit*., p. 13.
665Miermont, J. (dir.). (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales, op. cit.,* p. 665.
666*Ibid*, p. 667.

Les auteurs du dictionnaire ajoutent que : « *la paradoxalité apparaît aussi comme une défense : elle nie l'ambivalence, elle est conflictuelle et antidépressive car elle permet d'évacuer les conflits et d'attaquer l'objet sans le perdre. La paradoxalité est à la fois agression et défense du moi* »[667]. Le paradoxe n'empêche donc pas l'action éducative. Il autorise à observer la réalité complexe des événements. C'est la communication entre acteurs et professionnels autour des enjeux et oscillations du paradoxe qui constitue le terreau de l'accompagnement éducatif.
Comme nous l'avions supposé, plus le professionnel a une idée claire des paradoxes et du sens de la conduite addictive, plus son implication est cohérente. À l'inverse, moins il considère les paradoxes et ses oscillations, moins il autorise la personne accompagnée à se saisir de sa trajectoire.

X.2.2. Contributions cliniques et socio-éducatives

Pour terminer cette thèse, nous souhaitons rassembler les perspectives cliniques et socio-éducatives qui ont été explorées dans ce travail de recherche. Nous proposons tout d'abord l'adoption d'une posture adaptative en raison du caractère complexe de l'addiction. Ainsi, la normativité des pratiques professionnelles, au sens de G. Canguilhem, permet de caractériser un souci d'actualisation des approches en fonction de la connaissance que nous avons actuellement des conduites addictives et des effets de l'accompagnement biomédical.
L'essentiel paraît résider dans l'importance de singulariser davantage l'accompagnement. La figure du malade bénéficiant d'un protocole de soins défini a priori semble pouvoir se renouveler par la figure d'un sujet dépositaire d'une expérience de vie singulière et capable de rationalité. La diversité des approches proposées constitue une clef de la normativité des pratiques. Cette diversité permet de revenir aux capacités et besoins des personnes par un fonctionnement plus horizontal qui évite d'enfermer les individus dans un modèle déjà pensé pour eux. L'expérience biographique, la clinique, les expériences capitalisées et le choix des individus reviennent au centre du modèle d'accompagnement.

Par ailleurs, nous proposons de continuer à réfléchir la complémentarité des approches en CSAPA : entre abstinence, réduction des risques et régulation des consommations. Les enjeux de cohérence de l'accompagnement et de libération de la parole peuvent être appréhendés par l'apport de la philosophie portée par la régulation des consommations et par l'apport de la recherche biographique. Ces deux perspectives replacent le travail socio-éducatif au centre de

667*Ibid*, p. 490.

l'accompagnement, non comme troisième roue du carrosse mais comme élément fondateur du triptyque « bio-psycho-social ». Le travail socio-éducatif en addictologie dépasse largement les fonctions d'animation de la vie quotidienne, de suivi administratif ou de soutien à l'insertion socio-professionnelle. Il concerne le cadre fondamental de l'accompagnement, la mise en cohérence des actions proposées par les différents professionnels, l'exploration du sens de la conduite addictive d'un point de vue biographique, sociologique et existentiel. Il autorise à renouer avec une fonction formative. C. Niewiadomski propose : « *d'envisager la formation comme un processus vital destiné à rassembler et à mettre en sens des éléments dispersés en vue de l'émergence d'une forme* »[668]. Le travail socio-éducatif prend sa place dans le processus de subjectivation en vue de l'émancipation des individus. Il invite à équilibrer les dynamiques d'intégration sociale et d'émancipation sociale. Il fait exister la norme sans pour autant lui laisser toute la place. Il permet de mettre en lumière la production de réalités sociales variées intégrant l'usage de substances psychoactives dans certains cas. Le travail socio-éducatif fait la jonction entre la réduction des risques, la régulation des consommations et l'abstinence. Il autorise les éducateurs et travailleurs sociaux en CSAPA à se doter de nouveaux outils qui leur sont propres combinant ces approches. Nous en avions d'ailleurs évoqué certains dans le chapitre IX.

À ce propos, nous avons développé sur notre terrain professionnel[669], en collaboration avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et certaines personnes accompagnées, un outil d'accompagnement complètement inspiré du modèle dynamique quadripartite proposé par M.-H. Soulet[670]. Nous y avons ajouté certains éléments issus des autres catégories repérées dans le chapitre V mais aussi issus de nos expériences. De plus, nous avons essayé de le rendre plus maniable et plus accessible. Il a été renommé carré dynamique de régulation des consommations (CDRC : voir le schéma ci-après) et adapté aussi bien à l'alcool qu'aux autres produits[671]. Ce carré permet de dessiner un quadrilatère selon trois zones de régulation et quatre thématiques qui en constituent les angles (pratiques concrètes de consommation, stratégies d'adaptation, environnements fréquentés et sens du recours). Une zone plus ou moins optimale est identifiée pour chaque thématique en fonction de certains critères dynamiques, de l'expérience subjective de la personne accompagnée mais aussi des échanges qu'elle aura avec le professionnel.

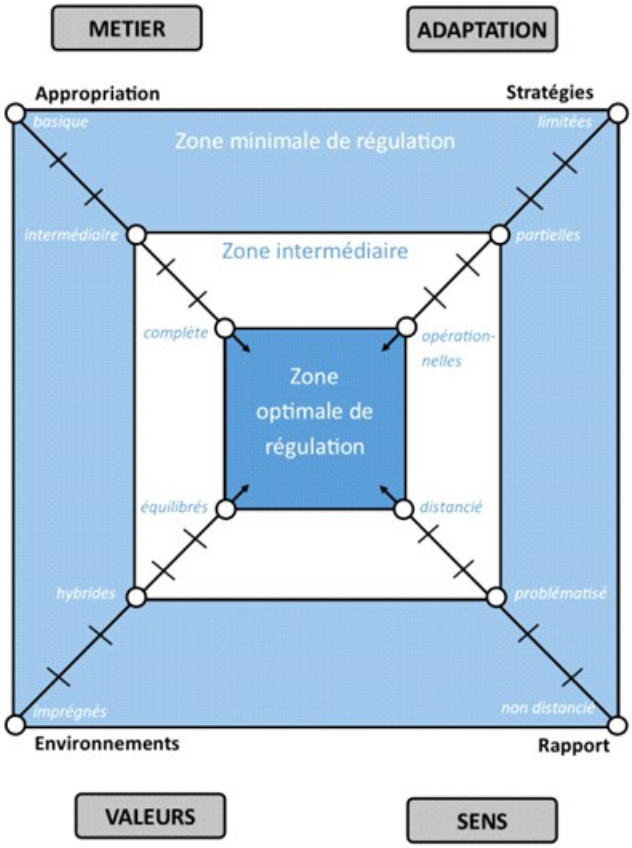
668Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme, op. cit*., p. 218.

669Un CSAPA avec hébergement qui présente la spécificité de mettre à disposition un logement personnel pour chaque personne ainsi qu'un espace collectif.

670Soulet, M.-H. & al. (2002). *Gérer sa consommation, op. cit.* ;
Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques, *op. cit.*

671Dutilleul, B. (2023). La « régulation des consommations » en addictologie : vers un nouveau paradigme socio-éducatif ? *op. cit.*

Schéma 4 : Carré Dynamique de Régulation des Consommations (CDRC)[672]



Cet outil a déjà démontré, même s'il est toujours à l'essai, des effets de libération de la parole et surtout d'efficience thérapeutique liés au fait de pouvoir se repérer (pour les personnes accompagnées comme pour les professionnels), visualiser, poser des objectifs concrets en adéquation avec la réalité vécue, se projeter, évaluer, négocier ou encore se réadapter.

Le dispositif biographique présenté dans cette thèse, en particulier le cadre de la sociologique clinique et de la clinique narrative et éducative, se combine bien avec cet outil en tant que : « *modalité d'accompagnement visant à promouvoir un processus de changement et d'émancipation* »[673]. Il permet notamment d'explorer le sens du recours, de mieux se l'approprier voire de mieux s'en distancier. Par ailleurs, l'outil nécessite l'implication du suivi psychothérapeutique et médical. Les professionnels de ces champs ont également leur rôle à jouer dans l'évolution des quatre thématiques évaluées par le CDRC. La délivrance adaptée des traitements, le travail cognitif et comportemental ainsi que le travail analytique constituent des leviers essentiels au déploiement de cet outil.

Enfin, ce dernier a été intégré à un accompagnement plus global orienté vers la « régulation des addictions » à partir d'un projet institutionnel revisité recoupant les trois axes/voies (RdR, RdC et

672Voir le Carré Dynamique de Régulation des Consommations en annexe pour plus de précisions.
673Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative, op. cit.*, p. 71.

abstinence). Cette approche reprend des outils standards du soin et de la RdR et ajoute de nouveaux supports réflexifs et pratiques selon les projets individuels. Ces supports intègrent la consommation au projet de soin quand cela est nécessaire tout en proposant des espaces éducatifs et thérapeutiques (individuels et collectifs) en présence concrète de certains produits. Les espaces collectifs, notamment autour de l'alcool, participent d'une expérimentation sociale concrète pour ceux qui veulent rester abstinent et participe d'une déculpabilisation et d'un apprentissage d'autres manières de boire pour ceux qui veulent réguler leurs consommations. Pour les espaces intégrant les produits illicites, ils s'organisent davantage en individuel.

La proposition faite dans cette thèse constitue donc à mêler recherche de sens et pratiques adaptatives (n'excluant donc pas l'abstinence). C'est tout le sens du projet de régulation des addictions dans la mesure où il revêt des possibilités plus larges. Néanmoins, cette proposition ne peut pas faire l'économie du cadre légal et institutionnel. Ce cadre doit sécuriser les professionnels et les usagers tout en se montrant force de propositions et de normativité. L'histoire de l'addictologie et en particulier de la réduction des risques a montré la capacité de la discipline à se renouveler et à faire bouger les lignes. L'objectif n'est pas que tous les dispositifs fonctionnent de la même manière. Il s'agit plutôt d'appréhender les oscillations de l'addiction et d'offrir de nouvelles options thérapeutiques à ceux qui le souhaitent.

CONCLUSION

L'objet de cette thèse consistait à remettre au goût du jour la place de l'expérience subjective dans la compréhension des conduites addictives. Autrement dit, à reconsidérer les usagers non comme des malades attendant qu'on les soigne mais bien comme des sujets capables de rationalité et surtout de constructions de sens autour des phénomènes qui les touchent. En ce sens, les quatre histoires de vie présentées dans cette thèse permettent de dégager des registres socio-existentiels qui replacent la perspective émancipatrice au cœur de l'usage comme manière de corriger les aliénations préexistantes. Si la consommation, devenue conduite de dépendance, peut elle aussi entraîner des aliénations, elle doit toujours être entendue à l'aune d'une balance bénéfices-risques : « je ne peux plus vivre avec le produit, mais je ne peux pas ne pas vivre avec ». Ce paradoxe entraîne une complexité longtemps et légitimement évacuée par la voie du paradigme abstinentiel. Le travail sur la disparition des symptômes en addictologie, notamment par la voie biomédicale, permet d'éviter d'avoir à traiter avec certaines impasses socio-existentielles. C'est dans ce contexte que le travail sur les récits de vie intervient. L'expérience biographique permet d'appréhender plus finement les impasses auxquelles se heurtent les personnes accompagnées. L'expérience et les catégories subjectives des individus mettent en lumière des logiques de consommations variées qui, pour certains usagers, ne sauraient être réduites au silence par l'abstinence systématique sous peine d'effacement du sujet.

Le dogme de l'abstinence a longtemps fait loi en addictologie. Si aujourd'hui les pratiques professionnelles évoluent par le prisme de la lecture bio-psycho-sociale des addictions et par la pluridisciplinarité des équipes, elles se retrouvent toujours très influencées par un modèle d'accompagnement contraint et conditionné par la prolongation de la vie biologique et par l'univers de signification biomédical. En toile de fond, c'est encore la figure du malade comme les autres qui reste la référence. Une figure contrastée qui n'appuie pas la dimension singulière des parcours. Ainsi, malgré l'arrivée de la méthadone, de la réduction des risques, des traitements addictolytiques ou encore de modèles d'accompagnement plus souples comme nous avons pu le voir dans nos entretiens, les CSAPA (avec ou sans hébergement) et les services hospitaliers présentent toujours des difficultés à équilibrer les dynamiques d'intégration et les dynamiques d'émancipation et appliquent encore régulièrement une logique de haut seuil d'exigence :

Les travailleurs sociaux interrogés insistent notamment sur les enjeux de sécurisation des usagers en démarche de soins et donc de mise à distance du produit, au risque d'un décalage entre

vie institutionnelle et vie ordinaire. La sécurité du groupe ou du collectif semble souvent prévaloir sur certains besoins individuels, notamment des individus « non conformes » qui sont les plus en difficulté. L'accès à la méthadone reste souvent conditionné à certains critères (respect des posologies, des rendez-vous, des horaires, tests urinaires négatifs, etc.), ce qui créent des inégalités entre les usagers les plus marginalisés et les usagers plus insérés ou entre ceux qui visent l'abstinence et ceux qui visent une meilleure régulation. L'accès au soin avec hébergement reste également conditionné au sevrage et le sevrage conditionné à la possibilité d'avoir une solution pérenne par la suite. Par ailleurs, les structures d'accompagnement se substituent régulièrement à la loi en prohibant l'alcool alors même que c'est un produit légal. Enfin, les personnes accompagnées sont encore sanctionnées lorsqu'elles reconsomment (rupture de traitement, fin d'accompagnement, etc.).

Si des modalités changent dans certains CSAPA et services de soins (accès à la méthadone bas seuil, distribution de matériel de réduction des risques, travail en présence de l'alcool, accompagnement à la régulation des consommations, etc.), des zones d'inconfort et de contradiction persistent entre réalité des usagers, initiatives des professionnels et réalité des fonctionnements institutionnels. Des fonctionnements qui tentent souvent d'affirmer l'inconditionnalité de l'accueil mais qui échouent parfois à l'incarner, que ce soit d'ailleurs en services hospitaliers, en CSAPA ou même en CAARUD.

Un autre enjeu de cette thèse consistait à élaborer un cadre théorique et scientifique permettant de contribuer au renouvellement actuel des pratiques en addictologie. Si d'autres y ont déjà largement contribué, il nous semble qu'un hiatus entre CAARUD et CSAPA perdure. Le soin est encore associé à l'abstinence et la réduction des risques à l'urgence socio-sanitaire, à défaut d'autres perspectives.

En ce sens, le développement d'un nouveau paradigme socio-éducatif centré sur des objectifs d'accompagnement liés à l'émancipation de l'individu, d'un point de vue socio-existentiel et non pas purement biomédical, permet de reconsidérer la personne présentant une conduite addictive. Dépasser l'objectif d'intégration en se détachant de certaines exigences normatives (mais pas de toutes) autorise à recentrer l'accompagnement sur la réalité vécue par le consommateur. L'accompagnement de la personne n'est plus défini a priori et l'abstinence n'est donc plus imposée de manière standardisée sous prétexte d'une incapacité systématique à se maîtriser et d'une prolongation de sa vie biologique. La seule condition préalable d'accès aux soins devient le souhait de réfléchir sur ses consommations. L'accompagnement permettra ensuite de saisir et de valoriser les significations personnelles et sociales du recours. Ces significations autoriseront enfin à adapter

l'accompagnement, autant que faire se peut et en continu, à la qualité de vie souhaitée par la personne accompagnée, capable de rationalité, en fonction de ses expériences. Dès lors, le changement paradigmatique vers la régulation des consommations nécessite :

Un discours revisité ; une posture nouvelle et adaptative ; un règlement intérieur cohérent qui empêche de sanctionner des accompagnements pour les mêmes raisons qu'ils débutent ; une prise de recul au regard de ses représentations ; le développement d'outils éducatifs et d'espaces thérapeutiques intégrant concrètement les consommations et les substances au projet d'accompagnement ; la mise à disposition du matériel de RdR et de lieux de consommation sécurisés ; l'adaptation des approches cognitives et comportementales en s'intéressant par exemple à l'apaisement des personnes et à la régulation des envies irrépressibles dans une perspective de régulation des consommations ; la mise en place de traitements de substitution et de traitements addictolytiques appuyant la stabilisation ou la diminution des consommations ; un accompagnement à la gestion du budget et à l'organisation des consommations dans la vie quotidienne pour que les dépenses restent « équilibrées » et les centres d'intérêt diversifiés ; le déploiement de « l'aller vers » et la présence plus importante des équipes pour des situations spécifiques et délicates comme savent le faire les professionnels (avec l'idée du monitoring permanent) ; l'accompagnement de l'entourage vers une meilleure compréhension des nouveaux modèles de soin et enfin l'élaboration de dispositifs socio-éducatifs et narratifs, au-delà du cadre la psychothérapie, permettant l'exploration des impasses socio-existentielles et singulières.

La régulation requiert également des adaptations spécifiques en fonction du type de structure : CAARUD, CSAPA avec ou sans hébergement, structures hospitalières ou même CHRS et autres centres d'hébergement.

Du délinquant au déviant, du déviant au malade, une opération de requalification de l'individu en tant que sujet en quête de sens peut ainsi être valorisée par la combinaison des dispositifs biographiques en éducation et des approches adaptatives en addictologie. Ainsi, il ne s'agit aucunement d'exclure l'une ou l'autre approche en addictologie ou de dénier l'importance des dispositifs permettant l'abstinence. Chaque champ disciplinaire a par ailleurs son rôle à jouer. Il s'agit plutôt de s'adapter aux besoins, capacités, catégories et projets de chacun. Approche abstinentielle, régulation des consommations et réduction des risques constitueraient donc trois axes (ou trois voies) d'accompagnement distinctes mais superposables à partir d'une logique généralisée de « régulation individualisée des addictions ». Cette logique entreprend de faire exister l'expérience vécue, le choix et donc la possibilité d'une émancipation sociale des personnes accompagnées. Elle nécessite également l'appui des institutions spécialisées et des politiques

publiques.

Toutefois, l'arrière-fond sociologique de la figure de l'individu libre et cause de son action, condamné à détenir en lui-même les conditions de sa réalisation personnelle et sociale dans un contexte pourtant subordonné à un certain nombre de déterminismes, se retrouve ici par certains aspects. Dans ce contexte, cette nouvelle entrée paradigmatique ne peut pas faire l'économie d'un travail sur soi, d'une réflexion sur le sens complexe du recours, d'un travail sur son histoire personnelle traversée par des déterminismes culturels, économiques, sociaux, familiaux ou encore politiques. C'est bien la combinaison des approches, devenues adaptatives, et de l'exploration biographique qui permettront d'asseoir des pratiques cohérentes. Des pratiques qui permettront sans doute d'éviter l'écueil consistant à renvoyer l'individu à sa seule responsabilité individuelle et biographique, en particulier dans le cas d'une situation de souffrance psychique comme l'addiction qui tire pour partie sa source d'un contexte socio-économique et donc collectif qu'il ne pourra jamais complètement maîtriser.

Ce travail doctoral invite donc à la combinaison des approches en addictologie, à la valorisation des champs socio-éducatif et narratif dans le processus clinique de soin, à l'alliance des connaissances et des champs disciplinaires, à l'ouverture de nouvelles modalités d'accompagnement et à la prise en compte plus systématique des paradoxes et des impasses socio-existentielles dans le processus d'accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques

Albrecht, A. & Daeppen, J.-B. (2007). La consommation contrôlée dans la prise en charge des dépendances à l'alcool. *Dépendances, 31*, 6-8. (Magazine du GREA).

Artaud, A. (1956). *L'Ombilic des Limbes suivi de Le Pèse-nerfs et autres textes*. Paris : Gallimard.

Autès, M. (1999). *Les paradoxes du travail social*. Paris : Dunod.

Bachelard, G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Vrin.

Baeza, C. (2010). *Carnets de route d'alcooliques abstinents. Découvrir les tactiques et des stratégies pour se maintenir en santé*. Paris : Mare et Martin.

Baeza, C. (2020). Formes d'expression du sensible et savoirs narratifs dans un récit de formation en santé. *Éducation Permanente, 222(1)*, 133-140.

Bailleul, M. (2018). Travail éducatif et perceptions plurielles de la santé en centre social. L'exemple d'une structure implantée dans le quartier de Lille-Sud. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 225-235). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Balandier, M. (2017). La consommation de substances psychoactives en centre d'hébergement et de réinsertion sociale. Interdit ou liberté ? *Les Cahiers de l'Actif, 490-491*, 69-85.

Barbier, R. (1974). Violence symbolique et pédagogie institutionnelle. *L'Homme et la société, 31-32*, 239-255.

Barrucand, D. (1988). *Alcoologie*. Riom : Riom Laboratoires - CERM.

Bateson, G. (1995 [1977]). *Vers une écologie de l'esprit, tome 1*. Paris : Seuil.

Bauman, Z. (2006). *La vie liquide*. Arles : Rouergue.

Becker, H.S. (1985 [1963]). *Outsiders*. Paris : Métailié.

Ben Lakhdar, C. (2016). *De l'intérêt de sortir le cannabis des réseaux criminels. Pour une régulation d'un marché légal du cannabis*. Lormont : Le Bord de l'Eau.

Ben Lakhdar, C. (2020). *Addicts. Les drogues et nous*. Paris : Seuil.

Berthelier, R. (2002). En finir avec les toxicomanes ? *Vie Sociale et Traitements, 75(3)*, 19-24.

Besozzi, T. (2021). L'action médico-sociale auprès des sans-domicile : hybridation des professionnels et des niveaux d'intervention en contexte institutionnel. *Sciences et actions sociales [En ligne], 16(1)*, mis en ligne le 23 novembre 2021. URL

[http://journals.openedition.org/sas/602].

Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, 26(2)*, 1-18.

Blanchet, A. & Gotman, A. (2007 [1992]). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien.* Paris : Armand Colin.

Bogenschutz, M., Forcehimes, A., Pommy, J., Wilcox, C., Barbosa, P. & Strassman, R. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence : A proof-of-concept study. *Journal of Psychopharmacology, 29(3),* 289-299.

Bourdieu, P. & Passeron J.-C. (1970). *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Bourgois, P. (2013 [1995]). *En quête de respect. Le crack à New York.* Paris : Seuil.

Boutinet, J.-P. (2012 [1990]). *Anthropologie du projet.* Paris : Presses universitaires de France.

Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité. In C. Faugeron & M. Kokoreff (dir.). *Société avec drogues. Enjeux et limites* (p. 63-77). Ramonville-Saint-Agne : Érès.

Cameron, L. & al. (2021). A non-hallucinogenic psychedelic analogue with therapeutic potential. *Nature, 589(7842)*, 474–479.

Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail. *Cahiers Internationaux de Sociologie, 3,* 120-136.

Canguilhem, G. (2013 [1966]). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.

Carhart-Harris, R., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C., Erritzoe, D., Kaelen, M., Bloomfield, M., Rickard, J., Forbes, B., Feilding, A., Taylor, D., Pilling, S., Curran, V. & Nutt, D. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression : an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry, 3(7)*, 619-627.

Carrier, N. (2008). *La politique de la stupéfaction. Pérennité de la prohibition des drogues.* Rennes : Presses universitaires de Rennes.

Charlot, B. (2008). La recherche en Éducation entre savoirs, politiques et pratiques : spécificité et défis d'un champ de savoir. *Recherches & Éducations, 1*, 155-174.

Cherki, S. (2022). *Point SINTES n°8*. Paris : OFDT.

Clapier-Valladon, S. (1986). *Les théories de la personnalité.* Paris : Presses universitaires de France.

Corbet, E. (2000). Les concepts de violence et de maltraitance. *Actualité et dossier en santé publique, 31*, 20-25.

Cormier, D. (1989). *Alcoolisme : abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*. Montréal : Méridien.

Cornu, L. (2014). Subjectivation, émancipation, élaboration. *Tumultes, 43(2),* 17-31.

Coulon, A. (2018 [1992]). *L'École de Chicago*. Paris : Presses universitaires de France.

Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction. *Le sociographe, 39,* 11-16.

Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 23*, 94-104.

Decorte, T. (2002). Mécanismes d'autorégulation chez les consommateurs de drogues illégales. Étude ethnographique sur des consommateurs de cocaïne et de crack à Anvers (Belgique). In C. Faugeron & M. Kokoreff (dir.). *Société avec drogues. Enjeux et limites* (p. 35-62). Ramonville-Saint-Agne : Érès.

Delory-Momberger, C. (2009). *La condition biographique. Essais sur le récit de soi dans la modernité avancée*. Paris : Téraèdre.

Delory-Momberger, C. & Tourette-Turgis, C. (2014). Vivre avec la maladie. Expériences épreuves résistances. *Le sujet dans la cité, 5(2)*, 33-38.

Dubet, F. & Lapeyronnie, D. (1992). *Les quartiers d'exil*. Paris : Seuil.

Dugarin, J. & Nominé, P. (2013). Approche historique et épistémologique du concept d'addiction. In M. Levivier, F. Perea & I. Belz Ceria (dir.). *Parole et addiction* (p. 135-169). Toulouse : Érès.

Durand, G. (1993 [1964]). *L'imagination symbolique.* Paris : Presses universitaires de France.

Dutilleul, B. (2020). Trajectoire biographique et processus émancipatoires en addictologie. *Le sujet dans la cité*, *Actuels*, *10(2)*, 77-89.

Dutilleul, B. (2023). La « régulation des consommations » en addictologie : vers un nouveau paradigme socio-éducatif ? *Sciences et actions sociales [En ligne], 19*, mis en ligne le 24 mars 2023. URL [http://journals.openedition.org/sas/3636].

Dutilleul, B. (2023). *Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Lille et dans les Hauts-de-France en 2022 [En ligne]*. Lille : CèdrAgir ; Paris : OFDT. URL [https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/lill22.pdf].

Ehrenberg, A. (1991). *Le Culte de la performance*. Paris : Calmann-Lévy.

Ehrenberg, A. (1995). *L'Individu incertain*. Paris : Calmann-Lévy.

Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Approche systémique et psychothérapie*. Paris : Seuil.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hedrich, 2004). *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities. (L'EMCDDA est l'Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies, OEDT en français).

Fédération Addiction. (2019). Alcool. Intervenir autrement. *Fédération Addiction, publication*

interne, 1-8.

Fieulaine, M. (2013). Le choix de Monsieur L. Repenser l'accompagnement des usages d'alcool. *Swaps, 73(4)*, 6-8.

Fieulaine, M. (2016). Quand les alcooliques unanimes rejoindront les drogués heureux... *ASUD-Journal, 59*, 21-23.

Fieulaine, M. (2016). Réduire les risques. *Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale, 1*, 29-31. (Magazine de la Fédération Addiction).

Finestone, H. (1957). Cats, Kicks and Color. *Social Problems, 5(1),* 3-13.

Fontaine, A. (2002). *Usages de drogues et vie professionnelle*. Paris : OFDT.

Fradet, A. (2004). *Chez moi, on ne crache pas par terre*. Paris : L'Esprit frappeur.

Freud, S. (1939). Analyse terminée et analyse interminable. *Revue française de psychanalyse, tome XI, 1.*

Freud, S. (2010 [1930]). *Malaise dans la civilisation*. Paris : Payot.

Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel.* Paris : Gallimard.

Fustier, P. (2008). *Les corridors du quotidien.* Paris : Dunod.

Gaberan, P. (2003). *La relation éducative. Un outil professionnel pour un projet humaniste*. Toulouse : Érès.

Gache, P. (2007). Évaluation des programmes de consommation contrôlée. *Dépendances, 31*, 14-17. (Magazine du GREA).

Gandilhon, M. (2022). *L'offre de stupéfiants en France en 2021*. Paris : OFDT.

Gaulejac (de), V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.

Gaulejac (de), V. (2009). *Qui est « Je » ? Sociologie clinique du sujet*. Paris : Seuil.

Gérome, C. & Gandilhon, M. (2020). *Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes (2019-2020)*. Tendances n° 141, Paris : OFDT.

Goffman, E. (1968). *Asiles.* Paris : Les Éditions de Minuit.

Gori, R. (2013). *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ?* Paris : Les Liens qui libèrent.

Guffens, J.-M. (2003). *Cent questions sur les drogues, la toxicomanie et les hépatites virales associées.* Paris : Frison-Roche.

Güttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J. & Uchtenhagen, A. (2003). Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment : The results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research, 9(2)*, 73-79.

Hanson, B., Beschner, G., Walters, J. & Bovelle, E. (1985). *Life with Heroin : Voices from the Inner City.* Lexington : Lexington Books.

Hautefeuille, M. (2009). *Dopage et vie quotidienne.* Paris : Payot.

Heather, N., Tebbutt, J., Mattick, R. & Zamir, R. (1993). Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption : A preliminary report. *Journal of Studies on Alcohol, 54(6)*, 700-709.

Heather, N., Booth, P. & Luce, A. (1998). Impaired Control Scale : Cross-validation and relationships with treatment outcome. *Addiction, 93(5)*, 761-771.

Heather, N. & Dawe, S. (2005). Level of impaired control predicts outcome of moderation-oriented treatment for alcohol problems. *Addiction, 100(7)*, 945-952.

Helzer, J., Robins, L., Taylor, J., Carey, K., Miller, R., Combs-Orme, T. & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *The New England Journal of Medicine, 312(26)*,1678-1682.

Hofmann, A. (1989 [1979]). *LSD mon enfant terrible*. Montpellier : Gris Banal.

Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence.* Paris : L'Harmattan.

Imbert, F. (2000). *L'impossible métier de pédagogue*. Paris : ESF.

Jacques, J.-P. (1999). *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues.* Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Johnson, M., Garcia-Romeu, A. & Griffiths, R. (2017). Long-term follow-up of psilocybin-facilitated smoking cessation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 43(1)*, 55-60.

Kaufmann, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif.* Paris : Nathan.

Kendell, R.E. (1965). Normal drinking by former alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 26*, 247-257.

Klingemann, H. & Rosenberg, H. (2007). Acceptation et pratique thérapeutique de la consommation contrôlée. *Dépendances, 31*, 2-4. (Magazine du GREA).

Kokoreff, M. (2010). *La drogue est-elle un problème ? Usages, trafics et politiques publiques.* Paris : Payot & Rivages.

Labelle, J.-M. (1996). *La réciprocité éducative*. Paris : Presses universitaires de France.

Lainé, A. (1998). *Faire de sa vie une histoire*. Paris : Desclée de Brouwer.

Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société, 2(1)*, 1-15.

Le Blanc, G. (2015 [1998]). *Canguilhem et les normes*. Paris : Presses universitaires de France.

Le Breton, D. (2012). Le contrecorps de la toxicomanie. *Le sociographe, 39,* 55-64.

Lefebvre, R. & Legrand, M. (2003). Boire après l'alcoolisme. *Psychotropes, 9(1)*, 7-26.

Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique. Essai de psychologie dramatique.* Paris : Desclée de Brouwer.

Legrand, M. (1998). Les paradoxes de la liberté dans l'expérience alcoolique. *Alcoologie, 20(2),* 109-115.

Le petit Robert (1979). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.* Paris : Société du Nouveau Littré.

Levy, J. (2016). La liberté est-elle soluble dans les addictions ? *Le Flyer, 65,* 4-8.

Lindesmith, A. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago : Aldine.

Maisondieu, J. (2014 [1992]). *Les alcooléens*. Montrouge : Bayard.

Marpeau, J. (2013). *Le processus de création dans le travail éducatif.* Toulouse : Érès.

Marx, K. (1968). *Manuscrits de 1844.* Éditions Sociales : Paris.

Memmi, A. (1979). *La Dépendance. Esquisse pour un portrait du dépendant.* Paris : Gallimard.

Miermont, J. (dir.). (2001 [1987]). *Dictionnaire des thérapies familiales.* Paris : Payot & Rivages.

Milhet, M., Protais, C., Díaz Gómez, C. & Guilbaud, F. (2022). *Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie.* Tendances n°150, Paris : OFDT.

Morel, A., Couteron, J.-P. & Fouilland, P. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie.* Paris : Dunod.

Nietzsche, F. (1995 [1935]). *La volonté de puissance, tome 1*. Paris : Gallimard.

Niewiadomski, C. (2000). *Histoires de vie et alcoolisme. À la recherche d'un espace de construction de sens avec les personnes alcooliques*. Paris : Seli Arslan.

Niewiadomski, C. (2003). *Accompagner des praticiens de la formation confrontés aux paradoxes de l'accompagnement*. Communication présentée au colloque international « L'accompagnement et ses paradoxes : questions aux praticiens, aux scientifiques et aux politiques », 22-24 mai 2003, Université François Rabelais de Tours et Université catholique de l'Ouest à Angers, Fontevraud, France.

Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative. Entendre et écouter le sujet contemporain*. Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. (2014). Maladie alcoolique et expérience biographique. *Le sujet dans la cité, 5(2)*, 50-62.

Niewiadomski, C. (2017). Clinique narrative, sociologie clinique et psychothérapies. In V. de Gaulejac & C. Coquelle (dir.). *La part de social en nous. Sociologie clinique et psychothérapies* (p. 61-78). Toulouse : Érès.

Niewiadomski, C. & Champy-Remoussenard, P. (2018). Connaître, comprendre et appréhender le travail éducatif aujourd'hui. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 15-33). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

OFDT. (2022). *Drogues et addictions. Chiffres clés*. Paris : OFDT.

OFDT. (2023). *La cocaïne, un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022).* Paris : OFDT.

Ogien, A. (1995). *Sociologie de la déviance*. Paris : Armand Colin.

Onfray, M. (2006). *Les sagesses antiques. Contre-histoire de la philosophie*. Paris : Grasset & Fasquelle.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Pain, J. (2002). *La société commence à l'école. Prévenir la violence ou prévenir l'école ?* Vigneux : Matrice.

Pattison, E.M., Sobell, M. & Sobell, L. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York : Springer.

Pattison, E.M. (1987). Wither goals in the treatment of alcoholism ? *Drug and Society, 1(2/3)*, 153-171.

Peele, S. (1987). Why do controlled-drinking outcomes vary by investigator, by country and by era ? Cultural conceptions of relapse and remission in alcoholism. *Drug and Alcohol Dependence, 20(3)*, 173-201.

Pendery, M., Maltzman, I. & West, L. (1982). Controlled drinking by alcoholics ? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science, 217(4555)*, 169-175.

Pineau, G. & Le Grand, J.-L. (2013 [1993]). *Les histoires de vie*. Paris : Presses universitaires de France.

Piot, T. (2018). Le travail éducatif : une évidence à repenser. In C. Niewiadomski & P. Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 9-13). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Polich, J.M., Armor, D. & Braiker, H. (1980). *The course of alcoholism : Four years after treatment*. Santa Monica : The Rand Corporation.

Pollan, M. (2019). *Voyage aux confins de l'esprit. Ce que le LSD et la psilocybine nous apprennent sur nous-mêmes, la conscience, la mort, les addictions et la dépression*. Lausanne : Quanto.

Ponnou, S. (2020). Clinique, psychanalyse et travail social : enjeux de pratique et de formation. In S. Ponnou & C. Niewiadomski (dir.). *Pratiques d'orientation clinique en travail social* (p. 117-143). Paris : L'Harmattan.

Project MATCH Commentaries (1999). Comments on Project MATCH : matching alcohol treatments to client heterogeneity. *Addiction, 94(1)*, 31-69.

Rappo, J.-J. & Stock, N. (2020). La consommation non problématique : Un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendances*, *67*, 6-9. (Magazine du GREA).

Ricœur, P. (2009 [1950]). *Philosophie de la volonté. 1. Le Volontaire et l'Involontaire*. Paris : Points.

Rosnay (de), J. (2018). *La symphonie du vivant. Comment l'épigénétique va changer votre vie*. Paris : Les Liens qui Libèrent.

Roussaux, J.-P. & Derely, M. (1989). *Alcoolismes et toxicomanies. Études cliniques*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.

Roussaux, J.-P. & Nozeret, Y. (2000). La consommation modérée est-elle une impasse pour l'alcoolique ? In J.-P. Roussaux, B. Faoro-Kreit & D. Hers (dir.). *L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques* (p. 251-261). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Rousseau, J.-J. (2009 [1762]). *Émile ou de l'éducation.* Paris : Flammarion.

Rouzel, J. (2004). *Le quotidien en éducation spécialisée*. Paris : Dunod.

Rouzel, J. (2005). *La parole éducative*. Paris : Dunod.

Schaff, A. & Brendel, C. (1974). L'aliénation en tant que problème social et philosophique. *L'Homme et la société, 31-32*, 33-50.

Schwartz Y. & Durrive, L. (dir.). (2009). *L'Activité en Dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II)*. Toulouse : Octarès.

Singly (de), F. (2005). *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*. Paris : Armand Colin.

Sobell, M. & Sobell, L. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy, 4(1)*, 49-72.

Sobell, M. & Sobell, L. (1973). Alcoholics treated by individualized behavior therapy : One year treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy, 11(4)*, 599-618.

Sobell, M. & Sobell L. (1976). Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy : Results. *Behavior Research and Therapy, 14(3)*, 195-215.

Sobell, M. & Sobell, L. (1995). Controlled drinking after 25 years : How important was the great debate ? *Addiction, 90(9)*, 1149-1153.

Soulet, M.-H., Caiata-Zufferey, M. & Oeuvray. K. (2002). *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeux de conventionnalité*. Fribourg : Éditions universitaires.

Soulet, M.-H. (2008). Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques. *Psychotropes, 14(3-4)*, 91-109.

Spilka, S., Richard, J.-B., Nézet (le), O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., Shah, J., Chyderiotis, S., Andler, R. & Cogordan, C. (2018). *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017*. Tendances n°128, Paris : OFDT.

Starck, S. (2018). Réflexions sur le travail éducatif et ses usages. In C. Niewiadomski & P.

Champy-Remoussenard (dir.). *Comprendre le travail éducatif dans sa diversité* (p. 35-52). Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.

Tardif, M. & Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien. Expérience, interactions humaines et dilemmes professionnels*. Bruxelles : De Boeck Université.

Tardif, M. & Levasseur, L. (2010). *La division du travail éducatif. Une perspective nord-américaine.* Paris : Presses universitaires de France.

Thorens, G. & Zullino, D. (2020). Psychothérapie assistée par des psychédéliques, un traitement par expositions intenses et inhabituelles. *Revue Médicale Suisse, 707(16)*, 1748-1750.

Thomas, W. & Znaniecki, F. (1998 [1918-1920]). *Le paysan polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant.* Paris : Nathan.

Trépos, J.-Y. (2007). Seuils d'aide et politiques d'activation. Un aperçu de deux centres de réduction des dommages à Maastricht. *Psychotropes, 13(2)*, 9-26.

Van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe.* Paris : Presses universitaires de France.

Villers (de), G. (1996). L'approche biographique au carrefour de la formation des adultes, de la recherche et de l'intervention. Le récit de vie comme approche de recherche-formation. In D. Desmarais et J.-M. Pilon (dir.). *Pratiques des histoires de vie. Au carrefour de la formation, de la recherche et de l'intervention*. Paris : L'Harmattan.

Zinberg, N. (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven : Yale University Press.

Sites internet

Centre national de la recherche scientifique (2005). *Centre national de ressources textuelles et lexicales* [en ligne]. https://www.cnrtl.fr/etymologie/ (page consultée le 9 septembre 2019).

Dico en ligne Le Robert [en ligne]. https://dictionnaire.lerobert.com/definition/regulation (page consultée le 19 juin 2023).

Fédération Addiction. (2018). *Où en est-on depuis l'adoption de la loi de santé en 2016 ? Synthèse de la journée des adhérents du vendredi 16 mars 2018* [en ligne]. https://www.federationaddiction.fr/accompagner-les-consommations-synthese-journee-adherents-16-mars-2018/synthese-ja-bat/ (page consultée le 01 décembre 2019).

Fédération Addiction. (2023). *Mesures de réduction des risques dans la loi santé de 2016 : où en est-on ?* [en ligne]. https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2023/01/202301-

bilan-loi-de-2016.pdf (page consultée le 28 janvier 2023).

Fédération Française d'Addictologie (2016). *Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives* [en ligne]. https://www.drogues.gouv.fr/actualites/audition-publique-reduction-risques-dommages-publication-rapport-dorientation (page consultée le 28 mai 2020).

Groupement Romand d'Études des Addictions (2009). *Traitement – rétablissement* [en ligne]. https://www.grea.ch/traitement-retablissement (page consultée le 04 novembre 2019).

Légifrance (2005). *Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique* [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000259240&categorieLien=id (page consultée le 01 décembre 2019).

Légifrance (2016). *Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id (page consultée le 30 novembre 2019).

Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives [en ligne]. https://www.ofdt.fr/ (page consultée le 20 juin 2023).

Organisation Mondiale de la Santé (1948). *Constitution* [en ligne]. https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution (page consultée le 04 novembre 2019).

SOS addictions (2014). *Addictions : une petite Histoire de définition(s)* [en ligne]. http://sos-addictions.org/les-addictions/addictions-une-petite-histoire-de-definitions (page consultée le 04 novembre 2019).