

# Sociograph n°25

Sociological research studies

## Addictions et société

Voyage au pays des ombres

Actes du colloque des 50 ans du GREA

Édité par Anne Philibert, Géraldine Morel et Sandro Cattacin



**GREA**

GRUPPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS

FACULTÉ DES SCIENCES  
DE LA SOCIÉTÉ  
INSTITUT DE RECHERCHES  
SOCIOLOGIQUES



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE



**ADDICTIONS ET SOCIÉTÉ :**  
**VOYAGE AU PAYS DES OMBRES**  
**ACTES DU COLLOQUE DES**  
**50 ANS DU GREA**

**Anne Philibert, Géraldine Morel et**  
**Sandro Cattacin**

Sociograph n°25



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DES SCIENCES  
DE LA SOCIÉTÉ**

Institut de recherches sociologiques

Actes du colloque organisé pour les 50 ans du GREA et les 10 ans de Première ligne, les 12 et 13 novembre 2014 à Genève.

Philibert, Anne, Morel, Géraldine et Cattacin, Sandro (éds.) (2016). *Addictions et société : voyage au pays des ombres. Actes du colloque des 50 ans du GREA*. Genève: Université de Genève (Sociograph - Sociological Research Studies, 25).

ISBN: 978-2-940386-34-5

Publication sur Internet: [www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph](http://www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph)

Note des éditeurs sur le langage non-épïcène : malgré l'importance du langage épïcène, les éditeurs ont renoncé à l'utiliser pour les textes de la présente publication, en raison de la diversité des auteurs et des différents styles utilisés.

## TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	7
<b>PRÉFACE</b>	9
<i>Jean-Pierre Couteron</i>	

### INTRODUCTION

<b>SCIENCES SOCIALES ET ADDICTIONS</b>	21
<i>Anne Philibert &amp; Sandro Cattacin</i>	

### PREMIÈRE PARTIE

<b>EN QUÊTE DE SENS</b>	29
L' <i>HOMO MEDICUS</i> ET L' <i>HOMO ADDICTUS</i> DANS LA PRÉVENTION CONTEMPORAINE	31
<i>Patrick Peretti-Watel</i>	
LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION À L'ÉPREUVE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ENTRE PARENTS ET ENFANTS	49
<i>Julia Monge</i>	

LA DÉPENDANCE AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN POPULATION GÉNÉRALE. UNE LECTURE SOCIOLOGIQUE	69
<i>Philippe Le Moigne</i>	
DROGUES DE RUE. GESTION DES RISQUES, STRATÉGIES DE RÉGULATION, TACTIQUES ET SAVOIR-FAIRE	89
<i>Mathieu Lovera</i>	
LES SENS DE LA SUBSTITUTION APRÈS PLUSIEURS ANNÉES DE TRAITEMENT	113
<i>Marie Dos Santos</i>	
LE PARADOXE DU JEU RESPONSABLE. IMPLICATIONS QUANT À LA QUESTION PHILOSOPHIQUE DU NORMAL ET DU PATHOLOGIQUE	135
<i>Mélanie Trouessin</i>	

## DEUXIÈME PARTIE

<b>CORPS INDIVIDUEL, CORPS SOCIAL</b>	155
TROUBLES DE L'ALIMENTATION ET IMAGE DE SOI PARTAGÉE EN LIGNE : ANALYSE DISCURSIVE D'UN BLOG PRO-ANA	157
<i>François Perea &amp; Marc Levivier</i>	
« IL FAUDRA BIEN QUE J'ARRÊTE, J'AURAI PAS ASSEZ DE SURFACE DISPONIBLE ». MODIFICATION CORPORELLE ET ADDICTION	177
<i>Delphine Rochaix &amp; Agnès Bonnet</i>	
SE PERDRE POUR SE CONSTRUIRE. L'ÉCLAIRAGE DE LA LITTÉRATURE SUR LE JEU PATHOLOGIQUE	197
<i>Natalia Leclerc</i>	

### TROISIÈME PARTIE

**MORALE, PATERNALISME ET POLITIQUES PUBLIQUES** 215

DE LA GUERRE À LA DROGUE À LA RÉGLEMENTATION DU MARCHÉ.  
HISTOIRE D'UN CHEMINEMENT PERSONNEL 217

*Dick Marty*

UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE DE LA RÉGLEMENTATION DU  
CANNABIS 235

*Anne Philibert*

UN PROBLÈME SOCIAL DÉFINI EN TERMES DE RISQUES. ÉLÉMENTS  
D'ANALYSE DE LA POLITIQUE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE  
L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES JEUNES 245

*Ivana Obradovic*

LE JEU D'ARGENT ET LE JEU D'ARGENT EXCESSIF SOUS L'ANGLE DES  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES : SORTIR DE LA GANGUE  
MORALISATRICE 263

*Clandia Dubuis*

QUAND LE TABAC S'AFFICHE AU PARLEMENT. DÉBATS SUR LES  
LIMITATIONS EN MATIÈRE DE PUBLICITÉ DE LA CIGARETTE DANS  
LES CANTONS ROMANDS 281

*Céline Marrot, Fritz Sager, Andreas Baltasar & Nora Wight*

## QUATRIÈME PARTIE

<b>ENJEUX DE LA PROFESSIONNALISATION</b>	309
LES TRANSFORMATIONS PARADOXALES DE L'INTERVENTION DANS LE CHAMP DE LA TOXIDÉPENDANCE	311
<i>Marc-Henry Soulet</i>	
TRANSDISCIPLINARITÉ. PRINCIPES ET CADRES DE L'ACCOMPAGNEMENT TRANSDISCIPLINAIRE	331
<i>Muriel Lascaux &amp; Alain Morel</i>	
PROXIMITÉ, NON-JUGEMENT ET RECONNAISSANCE DES SAVOIRS D'USAGE. L'ÉPREUVE DE LA PROFESSIONNALISATION	347
<i>Pierre Roche</i>	
LE DOSSIER D'USAGERS EN CSAPA : ÉCRITURE PROFESSIONNELLE ET CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'USAGER-ADDICT DANS LA RELATION DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT	371
<i>Séverine Equoy Hutin</i>	
<b>POSTFACE: L'INDISPENSABLE COLLABORATION ENTRE SCIENCES HUMAINES ET PRATIQUE PROFESSIONNELLE</b>	395
<i>Géraldine Morel &amp; Jean-Félix Savary</i>	

## REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier chaleureusement les nombreux partenaires qui ont permis la réalisation du colloque « addictions et société », objet du présent ouvrage.

En premier lieu, nous remercions particulièrement l'association Première ligne, co-organisatrice de l'événement avec le GREA, qui s'est investie sans compter pour faire de cet événement un succès.

Nous remercions également tous les partenaires genevois de l'addictologie, qui ont tous contribué à l'effort collectif. Nous remercions également tous les membres du comité scientifique pour leurs contributions essentielles, avec une mention spéciale pour le département d'économie et de sociologie de l'Université de Genève, ainsi que la Fédération Addiction (F) pour son appui toujours efficace.

Nous remercions également l'Etat de Genève et l'Office fédéral de la santé publique pour leur soutien à cet événement.

Finalement, nous tenons à remercier chaleureusement Madame Géraldine Morel, organisatrice du colloque et responsable de la présente publication, pour son engagement et son grand professionnalisme, ainsi que toute l'équipe du GREA pour son investissement hors pair dans l'organisation des 50 ans.

## ACRONYMES

- ASUD** : Auto-support des usagers de drogues  
**BGC** : Bulletin du grand conseil  
**CAARRUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues  
**CCLAT** : Convention cadre pour la lutte antitabac  
**CJC** : Consultation jeunes consommateurs  
**CPE** : Consommateurs parents–enfants  
**CSAPA** : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
**DSM** : Diagnostic and statistical manual of mental disorders  
**GREA** : Groupement romand d'études des addictions  
**INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la jeunesse  
**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
**MC** : Modification corporelle  
**MDM** : Médecins du monde  
**OEDT** : Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie  
**OFDT** : Observatoire français des drogues et de la toxicomanie  
**OFSP** : Office fédéral de la santé publique  
**RDR** : Réduction des risques  
**TA** : Trouble alimentaire  
**TCA** : Trouble du comportement alimentaire  
**TSO** : Traitement de substitution des opiacés

## PRÉFACE

*Jean-Pierre Couteron*

Les liens entre sciences sociales et addictions sont anciens. Les textes réunis à l'occasion du colloque « Addictions et société », organisé à Genève par le GREA et ses partenaires le rappellent. Les addictions sont des conduites bio-psycho-sociales, chacun se plaît à le répéter. La capacité des sciences sociales d'éclairer les « angles morts » des addictions, des pratiques les plus anciennes aux plus récentes, reste donc essentielle. En explorant leurs dimensions multiples, elles ouvrent à l'aspect multifactoriel de leurs origines. L'usage est un acte social, avec ses normes, ses rites, ses codes. Il suit les époques, s'adapte aux lieux, se différencie selon les genres, l'âge, la classe sociale. Dans leur introduction, Sandro Cattacin et Anne Philbert nous en rappellent les étapes essentielles, soulignant l'importance de cette dimension sociale dans le contrôle et la gestion de ces usages, aussi bien par la personne que par la société. Ils nous invitent aussi à nous interroger sur les nouvelles pratiques professionnelles et interventions permettant d'« intervenir auprès des individus et des groupes de population selon leur exposition au risque ».

Ce colloque, en interrogeant les sciences sociales sur trois axes, le sens, les pratiques et les politiques, avait comme objectif de mieux en appréhender les apports, actuels et futurs. Dans le

mouvement qui a conduit à la Réduction des Risques (RDR), les sciences sociales ont fait réémerger l'usage et l'utilisateur, que médecine et psychothérapie avaient plus ou moins écartés de leurs « consultations » au profit du sujet ou du malade. Cette prise en compte de l'usage et de l'utilisateur a contribué à renouveler les stratégies de prévention, de soins et de réduction des risques autant qu'à repenser nos politiques. Il reste à en faire une opportunité pour enrichir un accompagnement fondé sur une diversité de pratiques thérapeutiques, sociales, médicales ou psychologiques.

## LE SENS

La question de la rencontre des substances est une de celles où l'apport des sciences sociales s'illustre. Pour la médecine, la molécule d'éthanol est la cause de pathologies diverses, cancer, cirrhose, dépendance, et autre. Mais pour ceux qui *vont vers* l'utilisateur dans une démarche de prévention, d'intervention précoce, de Réduction des Risques et des dommages (RdRD), les circonstances d'usage de cette molécule, ses modes de consommation vont orienter et fonder leurs pratiques professionnelles. Si pour l'une, au niveau du résultat, tout est équivalent, pour les autres, au niveau des causes et des modalités, tout est différent. Trop d'actions de prévention ciblent encore exclusivement les conséquences négatives des pratiques d'usage. L'intention dissuasive est louable : donner l'alerte, empêcher de s'engager sur un chemin dangereux. Mais ces conséquences négatives, réelles, surviennent à long terme dans le registre de la maladie, ou à court terme dans celui de l'accident et/ou du passage à l'acte. Cette focalisation sanitaire conduit à une vision partielle de l'expérience d'usage, oublieuse de l'origine, de là où elle se forme, dans un tout autre registre dont la prise en compte permet de

mieux centrer les actions de prévention et de réduction des risques. Les sciences sociales explorent ces motivations et registres différents, parfois opposés : effet de groupe ou de communauté, recherche d'euphorie, de relâchement, de performance, d'apaisement. Julia Monge, en analysant la réception des campagnes de prévention dans des familles dont les parents sont eux-mêmes usagers, Philippe Lemoigne, en reprenant la question de la consommation de médicaments psychotropes en population générale, et Mathieu Lovera, en s'intéressant aux usages de rues et aux savoirs-faire qu'ils génèrent, l'illustrent. Tandis que Patrick Perreti-Watel, en nous invitant à déjouer le piège d'un dialogue avec l'homo médecin, idéal abstrait de santé, souligne ce risque de se couper de l'expérience vécue et ressentie par l'homo addictus qui devrait être la cible de ces actions.

Aborder les addictions sous l'angle d'une quête de sens fait ainsi apparaître un autre plan, celui de nos petits arrangements avec la norme, qui fonctionnent en forme d'esquive, d'espace complémentaire, celui d'une gestion de ses conduites, non opposée aux réponses thérapeutiques et médicales.

Cette même esquive, ce « pas de côté », se retrouve dans bien des pratiques d'usages comme dans des trajectoires de soin, à l'exemple de l'hésitation, au regard de l'opposition RDR/abstinence, à placer la prise d'un médicament de substitution entre traitement et mésusage qu'étudie Marie Dos Santos. Cette idée d'un versant caché des pratiques sociales, tissant un nœud de connexions, éventuellement secrètes entre ses acteurs, produisant alors du lien social n'est certes pas nouvelle. Toute société possède sa face cachée, ses zones grises qui réunissent ses acteurs dans une « zone d'indiscernabilité » par rapport à leurs autres engagements sociaux. Elles dévoilent la « part de dissi-

dence » de tout homme, sa « communauté inavouable » (Blanchot, 1984), qui va plus ou moins secrètement jouer son rôle de régulateur. Car la question de la régulation est de celles que portent les sciences sociales. Le texte de Mélanie Trouessin en souligne les difficultés, avec le concept de « jeu responsable » qu'elle déconstruit pour en montrer les limites et les paradoxes. Ce clivage entre réalité de la personne qui joue et programmes préventifs puise justement ses racines dans des logiques qui s'opposent plutôt que se complètent : celle des individus et le sens de leurs pratiques, et celle des institutions et leurs impératifs.

## **CORPS INDIVIDUEL, CORPS SOCIAL**

Cette tension entre des logiques a pu être étudiée, sur un premier plan, sous l'angle « corps individuel, corps social ». Les psychotropes sont des marchandises qui, comme tous produits, sont recherchés pour des effets, réels ou supposés, dévoilant ce plan de la rencontre que sont la demande de substance et l'expérience d'usage, avec ses origines et conséquences, autant dans le corps social qu'individuel. Les effets pharmacologiques sont de mieux en mieux connus, notamment par leurs conséquences sanitaires néfastes, mais ils diffèrent des effets ressentis par l'utilisateur, ces effets attendus qui sont à la base de la demande. À chaque fois, la culture d'accueil en complètera la teneur, en enrichira le ressenti, empruntant aux traditions chamaniques, aux modes psychédéliques ou aux attentes hédonistes une palette de sensations différentes. L'expérience d'usage est synonyme de vitesse, d'intensité, de performance, d'acuité ou de détente, d'attention ou d'oubli, de modifications subjectives, d'identités nouvelles. Elle ouvre à l'indéterminé, au multiple, ayant ce pouvoir de jouer sur ce qui est "normé", d'en brouiller les limites,

y compris sexuelles, de casser les rôles. Faire usage, c'est sortir des univers clos, la famille, l'école, le groupe, son corps, ses doutes, pour aller sur des lignes de fuite, des lignes de perspective. Avant d'être soumission à la répétition de la dépendance ou à la perte du libre arbitre au profit de la compulsion à consommer, l'usage est un ressenti de liberté, de transgression, il a une fonctionnalité pour la personne qui consomme. Les contributions de François Perea et Marc Levivier sur un blog pro-ana, de Delphine Rochaix et Agnès Bonnet sur les modifications corporelles, comme de Natalia Leclerc sur le jeu pathologique en montrent des facettes originales. Ce plan de la fonction utilitaire et des représentations des substances, que les sciences sociales documentent, fonde une bonne part de leur attractivité.

## **MORALE, PATERNALISME ET POLITIQUES PUBLIQUES**

L'autre plan de la rencontre des substances/marchandises est celui du marché, qui en organise l'offre, avec ses capacités réelles ou supposées à s'auto-réguler. Ce plan du marché est celui de l'économie, du commerce, de l'échange de marchandise. L'environnement actuel est un environnement d'hyper-offre, dominé par une logique de dérégulation, potentiellement « addictogène ». Les enjeux financiers y sont de plus en plus importants et rendent complexe la régulation, dans un contexte de « crises systémiques » de l'économie. Comment espérer réguler l'usage sans réguler le marché (ODCE 2015) ? L'oubli de cette dimension marchandise des substances peut sembler étonnant au regard de la place prise par leur commerce. Le témoignage de Dick Marty en montrera quelques aspects particulièrement éclairants.

Les successifs reculs sur la loi Evin en France, les débats sur la législation de l'alcool en Suisse comme dans d'autres pays, montrent nos hésitations entre pénaliser la personne qui consomme et limiter le marché. Pourtant, comme le souligne un récent rapport de l'OCDE (2015) sur l'alcool ou des analyses produites par Addiction Suisse, « *la grande accessibilité des biens et services, le fait que presque tout puisse être obtenu 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, n'est pas sans conséquences sur l'usage de substances et les jeux d'argent(...)*Le marché nous accompagne et nous occupe ainsi en permanence » (Kibora 2015 : 4). Face à cette hyper présence, limiter l'accessibilité pour limiter l'usage semble impossible. Car limiter l'accessibilité, c'est indirectement limiter les profits qui sont au cœur de la logique économique, qu'il s'agisse de l'alcool ou des jeux de hasard et d'argent et du tabac, qu'explorent les contributions de Claudia Dubuis et Céline Mavrot et al.

Ce plan du marché et ses contradictions entre logique économique et logique de santé publique expliquent l'importance grandissante d'une prévention « environnementale », « structurelle » qui organiserait la rencontre avec le produit. À coups de règlements et d'interdits, d'arrêtés municipaux ou autres, elle veut tempérer l'accessibilité dans nos sociétés du libre accès et produire un environnement moins propice à l'usage, équilibrant appel à la modération et sollicitations pulsionnelles. Elle assume la dimension de marchandise des substances et replace leur dissémination dans le cadre de sa logique économique, apportant à l'addiction une dimension complémentaire à celle d'individus « à la marge », en recherche d'expériences singulières. Elle s'intéresse à la société et à ses normes, ses environnements économiques et sa gestion des lieux d'usage et d'acquisition, du bar-tabac aux e-boutiques. Elle nous invite à réfléchir aux expérimentations nouvelles de productions et ventes contrôlées de

cannabis (Zobel 2014) comme aux différents modèles pour repenser l'accessibilité de l'alcool ou du tabac ou les possibles bonnes pratiques des distributeurs de jeux.

Se confronter à cette logique économique conduit à poser un autre regard sur la conception morale de l'addiction et sa rhétorique normative. Elles peuvent bloquer l'adoption de lois, parfois pourtant plus conformes aux actuels processus de subjectivation, mais elles échouent à empêcher ces petits arrangements de chacun, qui font tout à la fois être une chose et une autre, banquier et hooligan, personne qui consomme et abstinente, ascète et hédoniste - et pas simplement malade ou délinquant. Faute de se retrouver dans les normes, les textes réglementaires, les principes sanitaires, combien de nos concitoyens « s'échappent » dans de nouvelles expériences ? Il ne s'agit pas d'en faire naïvement l'éloge, mais d'en accepter pragmatiquement l'existence, d'en évaluer les risques, d'en anticiper les conséquences. Cette acceptation n'est pas une posture d'abandon de l'intentionnalité thérapeutique mais une invitation à ne pas s'en contenter, pour oser refonder nos politiques pénales et réglementaires et nos pratiques éducatives, préventives et de RDR, au regard d'un contexte sociétal addictogène et de la gestion plus différenciée des usages qu'il nécessite. Ces petits arrangements sont un encouragement à décentrer les interventions, à rendre possible ces bifurcations en rhizomes qui, entre l'intensité du soutien que nécessite toujours l'addiction et l'effacement de l'intentionnalité qui en restitue le contrôle à la personne qui consomme, peuvent permettre à des vies de changer, c'est-à-dire d'évoluer. Ils nous ramènent aux pistes ouvertes par Marc Henri Soulet et invitent à penser une nouvelle posture de l'intervention, complémentaire de celle de la médecine et de celle des thérapies, qu'alimente une réflexion fondée sur l'apport des sciences sociales.

## ENJEUX DE LA PROFESSIONALISATION

La question du marché, de l'accessibilité et la question des produits, de leurs effets et représentations structurent l'actuelle contradiction entre une offre exponentielle et peu régulée, et un discours de santé enfermé sur une dénonciation incantatoire des risques, dans une société du « risque zéro » et du principe de précaution. Leur face à face génère ce troisième plan, celui des réponses, plus ou moins « morales », « soignantes », « pénales ». Peut-on se contenter de séparer la personne du produit, que la séparation soit thérapeutique ou pénale, choisie ou contrainte, ou de substituer un « bon produit », le médicament, à un « mauvais », la drogue ? Soigner n'interroge-t-il pas aussi les modes de vie de la personne qui consomme, de ses « allures de vie » dont parlait Canguilhem (2009) ? La « gestion des usages de substances » peut-elle se traiter sous un unique prisme ? Sur ce plan des réponses, les sciences sociales n'ont-elles pas quelques expériences à apporter ? Pourtant, et contrairement aux plans précédents, elles y sont sous-utilisées, laissant ce champ de rencontre aux seules pratiques médicales et psychothérapeutiques. L'expérience d'usage s'est disséminée, sous toutes les formes et dans tous les publics. Nos réponses peuvent-elles continuer de l'ignorer ?

Pour avancer, il faut d'abord éviter la stérile dénonciation de « la médicalisation » et/ou de la « judiciarisation » du social. La médecine des addictions est indispensable, comme l'établissement de règles et de lois pour encadrer les usages. Mais elles ne doivent pas faire oublier l'intérêt d'un regard diversifié, capable d'éviter une excessive normalisation de la réponse, une binarité opposant figures du bien et du mal, rechute et renaissance, souffrance et plaisir, jusqu'à en réduire les enjeux et en limiter les issues. Concevoir le soin comme une trajectoire linéaire et chronologique l'enferme dans une vision restrictive. Réduire la

demande d'aide à la demande d'arrêt de l'usage a fait du sevrage *le* temps symbolique d'abandon du produit et de sortie de la dépendance, passage obligé avant un temps résidentiel de remodelage de sa vie, pour un retour à la société qui ne se concevait qu'abstinente. Ce schéma avait, et a toujours, sa part de vérité, mais en faire la « norme », l'unique chemin de la guérison s'est révélé un contre-sens : répondre à la multiplicité des usages et des personnes usagères par la singularité d'une issue en laisse plusieurs sur le bord de la route.

L'arrivée du sida a instauré une autre rencontre, basée sur une intentionnalité différente, celle de la RDR, et ouvrant à d'autres perspectives : l'arrêt du produit n'est plus l'unique porte d'entrée, on peut se rencontrer avant et ailleurs, grâce à *l'aller vers* (Morel et al. 2012). Les personnes soignantes ont le droit de s'intéresser à l'usage comme à un acte, celui d'une personne qui consomme, avec ses risques et ses évolutions possibles, et non sous la seule dimension d'un passage à l'acte. Cette nouvelle opportunité d'accompagnement, dans une intentionnalité/neutralité bienveillante, privilégie l'attention à l'autre. Elle a permis à de nouveaux profils d'utilisateurs de se faire connaître : exclus de la globalisation ou héros de la compétition économique, hédonistes plus ou moins déroutés par les injonctions d'un marché où le jouir n'est plus transgressif mais normatif. On consomme pour être beau, jeune, fort, tenir la cadence ou l'exigence de performance, etc.

L'évolution la plus importante a certainement été cette disparition d'un modèle idéal du soin au profit d'une co-construction d'objectifs et de séquences, résultant de l'alliance thérapeutique entre la personne qui consomme et le professionnel. Elle a ouvert à une diversification des pratiques professionnelles et dispositifs, Salles de Consommations à Moindre Risque (SCMR), mais aussi hébergement d'utilisateurs actifs, travail sur

l'insertion avec des modèles comme Travail Alternatif Payé à la Journée (TAPAJ), outil de RDR qui utilise l'insertion par l'activité économique comme levier. Ces différentes interventions ne sont plus placées obligatoirement dans ces trajectoires chronologiques, mais peuvent être organisées au plus près des styles de vie des personnes ; la personne qui consomme en devient « l'ensemblère » (Morel et al. 2015).

En complément des pistes ouvertes par les épreuves de professionnalité dont nous parle Marc-Henri Soulet, cette diversité des réponses nécessite la transdisciplinarité dont l'impact est défini dans le texte d'Alain Morel. Mais pour autant, alors même que s'éloigne le « tout sevrage, tout abstinence », alors même que la prévention se déploie en intervention précoce et développement de compétences « psycho-sociales », les sciences sociales peinent à contribuer plus directement aux pratiques professionnelles. Certes, les obstacles ne manquent pas, des plus indirects, du côté du corps professionnel (temps, accès, reconnaissance), aux plus académiques (enjeux de publication et de qualification). Si du côté du soin somatique ou thérapeutique, les liens sont réels entre les chercheurs et les praticiens, les acteurs du social et les chercheurs restent encore très éloignés, parfois même piégés dans une posture de « juge » plus ou moins critique. Mais ils ne peuvent à eux-seuls expliquer ce retard, d'autant qu'en France comme en Suisse, à l'instar du pôle recherche de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), nombreux acteurs s'attachent à réduire ces obstacles.

Formulons pour conclure ici une simple hypothèse : la contribution des sciences sociales du côté des pratiques professionnelles au sens classique du « métier » doit investir un autre espace que celui qu'alimentent déjà généreusement les savoirs médicaux, psychothérapeutiques comme ceux de l'éducation

spécialisée ou du travail social. Cet espace est celui de ces pratiques nouvelles qui commencent à émerger, en lien avec la place de la personne qui consomme dans l'accompagnement et qui nécessitent de prendre en compte les paradoxes de sa professionnalisation: auto-support et approche communautaire en font un *acteur*; et la personne qui consomme peut aussi demander un *statut*, au nom de la fonction qu'elle tient. Ce débat entre usager actif/ usager acteur que les contributions de Pierre Roche et Séverine Equoy Hutin ont pu commencer de poser. Il se situe ainsi du côté d'autres approches de la question, prenant en compte le milieu du travail et ses propres enjeux, ses propres tensions, dans cette capacité à *aller vers* une clinique du travail dépassant les seules cliniques du sujet ou du produit. C'est ce constat qui a poussé les organisateurs à constituer un espace de rencontre, le Réseau interdisciplinaire des sciences de l'addiction (RISA), dont ce colloque était une des premières manifestations. Il aura mis chercheurs et cliniciens présents face à cette difficulté et, nous l'espérons, lancé dans l'espace francophone cette nécessaire réflexion.

## BIBLIOGRAPHIE

Blanchot Maurice (1984). *La communauté inavouable*. Paris : Les Editions de Minuit.

Canguilhem Georges (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France.

Kibora Corinne (2015). Une politique qui manque singulièrement de cohérence. <http://www.addictionsuisse.ch/actualites/communiques-de-presse/article/une-politique-qui-manque-singulierement-de-coherence/>

Leguil-Bayart Jean-François (2014). *Le Plan Q*. Paris : Fayard.

Morel Alain, Pierre Chappard, Jean-Pierre Couteron (2012). *L'aide mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Paris : Dunod.

Morel Alain, Jean Pierre Couteron, Patrick Fouilland (2015). *Aide mémoire d'addictologie*. Paris : Dunod, 2ème édition.

OECD (2015). Tackling Harmful Alcohol Use, Economics and Public Health Policy. OECD Publishing.

Zobel Frank, Marc Marthaler (2014). *Du Rio della Plata au lac Léman*. Lausanne : Addiction Suisse.

## **INTRODUCTION : SCIENCES SOCIALES ET ADDICTIONS**

*Anne Philibert & Sandro Cattacin*

Dans un débat longtemps dominé par la présence des addictologues, des pharmacologues, psychologues ou psychiatres, l'attention donnée aux apports issus des travaux sociologiques a souvent été mineure lorsqu'il s'agissait de comprendre les drogues et leurs usages. Bien qu'entamées dès les années 1960 avec les apports fondamentaux de Becker sur la construction des normes et de la déviance, les recherches sociologiques portant sur les drogues demeurent du domaine marginal. À l'occasion des 50 ans du GREA, l'occasion nous est donnée de faire le point sur l'apport, durant ces cinq décennies, de la sociologie à la compréhension des addictions et des orientations actuelles.

### **DROGUES : DU COLLECTIF À L'INDIVIDUEL**

Dans une approche anthropologique et historico-sociologique, les différents travaux réalisés dans le domaine de l'usage de produits psychoactifs se sont accordés pour rappeler que la consommation est un phénomène ancien et universel : que l'on pense à la mastication de coca dans les Andes, l'usage d'opium dans les plaines de Mésopotamie il y a plus de trois mille ans, ou l'usage à des fins médicinales du cannabis dans la pharmacopée chinoise 3000 avant J.C. (Cardinal 1988), il est possible

d'observer comment l'usage de ces différents produits était inscrit dans l'organisation et les structures sociales, et répondait à des normes et à des prescriptions sociales rigoureuses non figées dans le temps.

À partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, certaines substances psychoactives sortent du cadre culturel, religieux ou professionnel de la régulation, et se rapprochent de la notion de « drogues » dans son acception commune contemporaine. Ce développement de l'usage « dérégulé » des substances psychoactives (Castel et Coppel 1991) conduit à envisager leurs usages et abus comme des menaces sociales et morales, renforcées par une véritable explosion de la consommation à partir des années 1950 aux Etats-Unis, et de la fin des années 1960 en Europe (Bergeron, 2009). La toxicomanie, étiquetée comme véritable « fléau social » (Vaille et Stern 1955), est d'abord envisagée, au niveau social, comme une forme particulière de déviance, qu'il est nécessaire d'expliquer.

*Comment devient-on drogué ou toxicomane ?* C'est bien la question qui va favoriser l'attention des sociologues dans un premier temps. Dans une théorie fonctionnaliste de l'anomie, Merton (1938) voit dans les situations où l'intégration sociale n'est plus suffisante, et où l'individu n'est plus tenu par la force socialisante de son environnement, des situations sociales où se développent des sentiments de frustrations et de désirs insatisfaits susceptibles de pousser les individus à transgresser les normes sociales. Autrement dit, il établit que les individus qui n'ont pas eu la possibilité d'atteindre les valeurs promues par la société, comme la réussite sociale, développent des sentiments de frustration et d'aliénation, les poussant à adopter des conduites déviantes pour tenter de réaliser les buts que tout le monde poursuit.

L'idée de normes collectives uniformes est remise en cause par l'école de Chicago, et l'un des premiers sociologues à analyser la consommation de drogues sous l'angle d'une régulation sociale spécifique à l'univers des drogues est Howard Becker (1985 [1963]). Il montre, d'une part, dans son étude sur les fumeurs de marijuana combien l'usage de drogues est un monde social à part entière, régi par des normes et des interactions codifiées par le groupe, et, d'autre part, comment se formalise la déviance, non pas par ses caractéristiques substantielles, mais plutôt par la manière dont les individus disposant d'un pouvoir produisent des normes juridiques et des jugements moraux. Cette première analyse permet de s'éloigner de la dimension caricaturale des prénotions et préjugés sociaux que les sciences sociales cherchent précisément à débusquer, en dévoilant une complexité des conduites addictives.

En France, à la fin des années 1980, sous l'impulsion du sociologue Alain Ehrenberg, qui est à l'origine de la création d'un groupement de recherche intitulé *Psychotropes, Politiques et Société*, un nouvel éclairage des conduites addictives apparaît dans le champ des sciences sociales (Ehrenberg 1991, 1996, 1998; Ehrenberg & Mignon 1992). Si les usages de drogues sont perçus comme une rupture du lien social intimement liée à l'exclusion et à la délinquance, Ehrenberg fait observer que cela ne permet pas de comprendre la diffusion massive de consommation de drogues parmi les classes moyennes : il faudrait plutôt voir dans ces usages un instrument de réalisation personnelle permettant d'augmenter les performances individuelles dans une société qui exige de se surpasser continuellement. Cette approche permet de mieux comprendre que l'usage des substances psychoactives n'est qu'un symptôme de l'exigence de réussite individuelle pour exister socialement. En d'autres termes,

il ne serait pas possible d'analyser ces usages en termes d'anomie, de pathologie sociale ou d'exclusion, mais bien plutôt en termes de désirs d'insertion et de réussite sociale.

## MÉDICALISATION DU SOCIAL

Les années 1990 sont marquées par un double phénomène : d'une part, un contexte de crise sanitaire – l'épidémie du VIH/Sida –, appelant à l'intervention des autorités publiques, notamment en ce qui concerne les personnes qui s'injectent des drogues ; d'autre part, l'avènement de la notion « d'addiction » en tant que « traduction d'un concept médical en catégorie d'action publique » (Fortané 2010 : 5). Ce double phénomène ancre profondément les usages dans une problématique médicale : tandis que les consommations étaient jusqu'alors problématisées sous l'angle de l'intégration sociale, c'est à présent en termes de maladie et de pathologie qu'elles sont appréhendées. La psychiatrie et la médecine participent activement, au nom de la santé publique, à la définition des normes de comportements dans tous les domaines de l'existence, et notamment dans le domaine des dépendances aux psychotropes, où les comportements relevant de l'addiction sont progressivement intégrés dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). La problématisation des drogues s'effectue alors principalement dans le registre de la pathologie, ce qui confère aux personnes toxicomanes le statut non plus seulement de délinquant, mais aussi de personne souffrant d'une maladie.

Consécutivement, les apports majeurs de la sociologie se situent dans la critique de ce que Conrad appelle la « médicalisation des problèmes sociaux » (1992). Ces travaux révèlent l'histoire sociale par laquelle un problème social devient un problème de santé, et comment des comportements considérés

comme déviants se voient transformer en maladie. Cette ambivalence va être d'autant plus renforcée que s'opère, depuis la fin des années 1980, une montée du thème de l'insécurité en tant que nouvelle question sociale (Castel 1995), qui viendra justifier le contrôle social de comportements indésirables.

À cet égard, on constate le développement de politiques en matière de drogues qui quittent la position radicale de l'interdit et introduisent à côté de la répression des éléments socio-sanitaires, voire humanitaires. Le statut de personne consommatrice de produits stupéfiants devient hybride. À la fois délinquant et malade, les pouvoirs publics introduisent une ambivalence dans la poursuite simultanée de politiques d'apparences contradictoires. Dans les politiques en matière d'usage de drogues, on a ainsi pu identifier des dispositifs qui se déploient de manière très divergente, selon qu'ils s'attachent à répondre aux problèmes de santé publique, aux problèmes de délinquance ou aux problèmes médicaux des personnes usagères (Cattacin et al. 1996).

## **ANALYSE DES RISQUES**

Dans une perspective morale, où la prise de drogue est associée à déchéance, compulsivité, irresponsabilité ou animalité (Ogien 1998), tout comme dans une perspective médicale, où la consommation entraîne l'individu vers la dépendance, les représentations concernant les usages ont quasiment toujours été associées à des usages problématiques, que ce soit en termes de menace pour l'individu ou pour la société. Cependant, un certain nombre d'études scientifiques ont commencé à décrire des usages contrôlés de drogues illicites, ou encore des arrêts spontanés de consommation, ce qui amène à s'interroger sur les conditions qui mènent à des usages contrôlés ou non contrôlés.

Norman E. Zinberg (1984) définit le contexte social comme étant le socle de sanctions sociales informelles et de rituels (contrôles informels) qui agissent comme un facteur essentiel de l'usage contrôlé des substances psychoactives. En effet, la définition sociale des drogues a une influence sur les manières de consommer et les occasions d'apprendre à contrôler leurs usages. Les contextes répressifs engendrent et amplifient des stéréotypes négatifs (la figure du *junkie*, du *dealer* criminel) et vont à l'encontre de la diffusion de rituels de contrôle et de sanctions sociales qui permettent l'encadrement d'une consommation maîtrisée (Descorte 2010).

Les évolutions récentes en matière de réglementation des drogues, en priorité du cannabis, sont, par ailleurs, la source de nouveaux questionnements sociologiques. Le passage d'une logique prohibitionniste à une logique de gestion des comportements à risques serait alors le témoin du passage de l'inacceptabilité sociale du cannabis vers un statut qui repose sur la nécessité d'encadrer et limiter les risques liés à son existence, qui ne peut être éradiquée.

La prise en compte de l'évidence scientifique impliquerait donc de mettre de côté l'aspect moral de la dangerosité du produit, pour se focaliser sur les personnes et les risques acceptables. Sur cette base, la problématisation interventionnelle autour des individus consommateurs ne serait plus : « comment sont-ils devenus déviants ? », « comment peuvent-ils être aidés ? », mais plutôt : « comment consomment-ils ? » (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2006).

Inspiré par les travaux de Beck (1986) sur le risque, un raisonnement en termes de risques dans le domaine des drogues implique de concevoir la consommation de drogues non plus

comme un déficit des individus ou du développement de la société, mais comme une menace inévitable et prévisible dans la vie quotidienne. Dans une logique d'acceptation de l'incertitude, parce que les risques sont inévitables et que les menaces pour leur santé ou leur sécurité sont partout, on oriente la focale sur les individus. Ce cadrage implique que les discours sur l'usage du cannabis et son contrôle ne s'intéressent plus aux causes sociales et individuelles de la dépendance, mais plutôt aux facteurs de risques pour les différents groupes de la population. Cette posture nécessite de quitter le centrage sur le produit et son interdit, pour intervenir auprès des individus et des groupes de population selon leur exposition aux risques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Beck, Ulrich (2001). *La société du risque*. Paris: Aubier.
- Becker, Howard (1985 [1963]). *Outsiders*. Paris: Métailié.
- Bergeron, Henri (2009). *Sociologie de la drogue*. Paris : La Découverte.
- Cardinal, Nicole (1988). « Dimension culturelle et historique de l'usage de psychotropes », dans Brisson, Pierre (dir.). *L'Usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal : Gaëtan Modin éditeur : 21-34.
- Castel, Robert (1983). "De la dangerosité au risque." *Actes de la recherche en sciences sociales* 47(1): 119-127.
- Castel, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- Castel, Robert, et Anne Coppel (1991). « Les contrôles de la toxicomanie », dans Ehrenberg, Alain (dir.). *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris : Esprit.
- Cattacin, Sandro, Barbara Lucas et Sandra Vetter (1996). « Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'État social en Europe. » *Revue Française de Science Politique* 49(3) : 379-398.

- Conrad, Peter et Joseph W. Schneider (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphie: Temple University Press.
- Descorte, Tom (2010). « Les effets adverses des politiques officielles en matière de drogue sur les mécanismes d'autorégulation des consommateurs de drogues illicites. » *Drogues, santé et société* 9(1) : 295-333.
- Ehrenberg, Alain (1991). *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris : Esprit.
- Ehrenberg, Alain. (éd.) (1996). *Vivre avec les drogues*. Paris : Le Seuil.
- Ehrenberg, Alain. (éd.) (1998). *Drogues et médicaments psychotropes*. Paris : Esprit.
- Ehrenberg, Alain et Patrick Mignon (1992). *Drogues, politique et société*. Paris : Descartes.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern : OFSP.
- Fortané, Nicolas (2010). « La carrière des addictions. D'un concept médical à une catégorie d'action publique. » *Genèses* 1 (78) : 5-24
- Gusfield, Joseph (1981). *The Culture of Public Problems: Drinking-driving and the Symbolic Order*. Chicago & London : University of Chicago Press.
- Jauffret-Roustide, Marie (2009). « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. » *La revue lacanienne* 3 : 109-118.
- Ogien, Albert (1998). « Grammaire de la drogue », dans Ehrenberg, Alain (dir.). *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*. Paris : Esprit « Société », p. 143-169.
- Merton, Robert K. (1938). « Social structure and anomie ». *American sociological association* 3(5): 672-682
- Vaille, Charles et Gabriel Stern (1955). *Les Stupéfiants, fléau social*. Paris : Expansion scientifique française.
- Widmer, Jean (1994). « Le problème de la drogue : naissance d'une frontière imaginaire. » *Universitas Friburgensis* 3 : 25-26.
- Zinberg, Norman. E (1984). *Drug, Set and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Heaven & London : Yale University Press.

**PREMIÈRE PARTIE :**

**EN QUÊTE DE SENS**



## L' HOMO MEDICUS ET L' HOMO ADDICTUS DANS LA PRÉVENTION CONTEMPORAINE

*Patrick Peretti-Watel*

Les politiques contemporaines de prévention des conduites à risque mettent en scène deux stéréotypes fictifs : d'une part l'homo medicus, cible idéale à laquelle ces politiques s'adressent implicitement, et d'autre part l'homo addictus, parfait contraire du premier, employé comme épouvantail par les messages préventifs. Cet article retrace la genèse de deux stéréotypes, notamment dans les discours normatifs et savants contemporains, et discute leurs effets potentiellement délétères.

Si les sociologues étudient généralement les vrais gens, il leur arrive aussi de s'intéresser à des personnages imaginaires, en particulier des stéréotypes qui, même s'ils n'existent pas, peuvent peser sur les consciences, les croyances et les conduites des profanes, mais aussi sur celles des experts et des porteurs de l'action publique. Cet article s'intéresse à deux de ces stéréotypes, qui sont inséparables et contradictoires, et qui occupent une place cruciale dans la prévention contemporaine des conduites à risque : *l'homo medicus* et *l'homo addictus*. Rappelons que les conduites à risque qu'il s'agit de prévenir (lesquelles incluent bien sûr les conduites addictives) sont une catégorie *experto-centrée* produite par l'épidémiologie et la santé publique, et qui ne trouve pas forcément écho dans les vécus individuels (Peretti-Watel 2002, 2004).

Il s'agira d'abord d'examiner *l'homo medicus*, qui se présente comme le sujet idéal des politiques de prévention, dont on retracera les origines et l'actualité, en montrant que la distance avec cet idéal est socialement différenciée. On s'intéressera ensuite à son contraire, *l'homo addictus*, et à la place qu'il occupe dans les campagnes de prévention, avant d'interroger son utilité, ainsi que le lien qui l'unit à *l'homo medicus*.

## **L'HOMO MEDICUS, CIBLE IDÉALE DE LA PRÉVENTION**

### **LE « GOUVERNEMENT DES CORPS À DISTANCE »**

Le rôle de *l'homo medicus* peut être examiné au regard de ce que Michel Foucault a appelé le « gouvernement des corps à distance » (Foucault 2004) : aujourd'hui, les politiques publiques gouvernent de moins en moins par la coercition, en usant plutôt de l'incitation, donc « à distance », ce qui est rendu possible parce que les réactions des individus aux stimuli sont censées être prévisibles. Le meilleur exemple est ici donné par l'économie politique, qui recourt à des modèles qui mettent en équation les comportements de *l'homo economicus*, en fonction de paramètres (taux d'intérêt, salaire minimum, etc.) qui sont des leviers pour la puissance publique. Ce *gouvernement des corps à distance* implique donc que l'on ait en tête un modèle de l'individu auquel on s'adresse. Pour la prévention, ce modèle sur lequel elle fonde ses politiques serait *l'homo medicus*, mais contrairement au sujet idéal de l'économie, tout à fait explicite et au centre des discours de cette discipline, celui-là resterait implicite dans le discours préventif.

## ***L'HOMO MEDICUS* ET LA NAISSANCE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER**

Dans un ouvrage consacré à la naissance de la lutte contre le cancer en France, le médecin et sociologue Patrice Pinell (1992) analyse en détail la première campagne de prévention menée par la Ligue contre le Cancer, en 1927. Cette campagne a été élaborée par des Professeurs de médecine, et elle était destinée au grand public. Toutefois, Pinell montre que, sans s'en rendre compte, ces médecins utilisaient un vocabulaire, faisaient des recommandations, qui n'étaient compréhensibles que pour une élite cultivée, et encore : cette campagne de prévention supposait que les personnes visées comprenaient le vocabulaire médical, et qu'elles soient capables de regarder leur propre corps comme un objet clinique. En fait, la campagne visait implicitement une cible idéale, sorte de super étudiant en médecine, que Pinell a baptisé *homo medicus*.

Cet *homo medicus* est donc une fiction inventée par la lutte contre le cancer, fiction nécessaire à son action préventive, mais fiction tout de même, et « la croyance en l'homo medicus condamne les médecins à éprouver dans leurs pratiques un perpétuel désenchantement » (Pinell 1992 : 311).

## ***L'HOMO MEDICUS* CONTEMPORAIN : CULTURE DU RISQUE ET CULTE DE LA SANTÉ**

Aujourd'hui, la prévention, même si elle a beaucoup évolué, continue de s'adresser implicitement à un *homo medicus* idéal. Pour décrire celui-ci, il est utile de s'appuyer sur deux faits stylisés qui caractérisent les sociétés contemporaines : la culture du risque et le culte de la santé (ou *healthism*).

D'abord, nos sociétés valorisent ce que le sociologue anglais Anthony Giddens appelle *la culture du risque* : nous vivons dans des sociétés qui ne sont plus tournées vers le passé mais vers le futur, dans lesquelles l'individu a acquis une grande autonomie, et se voit exhorté à prendre sa vie en main, à se projeter sans cesse dans l'avenir, en s'appuyant pour cela sur le savoir des experts, savoir le plus souvent chiffré (Giddens 1991). Chacun d'entre nous doit donc devenir l'entrepreneur de sa propre existence, et c'est tout particulièrement vrai dans le domaine de la santé : nous sommes exhortés à prendre notre santé en mains, à devenir les entrepreneurs de notre propre santé.

C'est d'autant plus vrai que la santé est devenue une valeur cardinale de nos sociétés (Lupton 1995). Une façon d'illustrer ce point consiste à remarquer qu'aujourd'hui, quand on veut promouvoir une cause sur l'agenda politique, il faut lui donner une dimension sanitaire. Par exemple, en France, lorsque le conseil supérieur de l'audiovisuel est parti en croisade contre la pornographie, il a commandé une enquête épidémiologique visant à montrer que les adolescents qui regardent des vidéos pornographiques fument plus de tabac ou de cannabis, et boivent davantage d'alcool : autrement dit, la pornographie c'est mal parce que c'est mauvais pour la santé (Peretti-Watel et Moatti 2009).

## **PRÉFÉRENCES ET RATIONALITÉ DE L'HOMO MEDICUS CONTEMPORAIN**

En phase avec cette culture du risque et ce culte de la santé, la prévention contemporaine des conduites à risque fait au moins deux hypothèses implicites sur les personnes auxquelles elle s'adresse. D'abord, elle fait une hypothèse forte sur les préférences individuelles, en supposant que les individus valorisent

avant tout leur santé de long terme, qu'ils cherchent à maximiser leur espérance de vie, plutôt que leur plaisir immédiat. Par exemple, il y a une dizaine d'années, l'Organisation Mondiale de la Santé portait le message suivant en direction des jeunes fumeurs : à 25 ans, un gros fumeur a une espérance de vie de 40 ans, contre 48 ans s'il cessait immédiatement. Cet argument suppose donc que les individus sont calculateurs, qu'ils se fient à un argument statistique, en étant prêts à renoncer à des plaisirs immédiats pour un bénéfice en santé futur.

Dans l'exemple des jeunes fumeurs, on suppose aussi qu'ils font confiance aux informations préventives, et qu'ils les utilisent rationnellement pour modifier leurs comportements. D'où la seconde hypothèse : la prévention suppose que les individus lui font confiance, et qu'ils sont dotés d'une rationalité instrumentale. L'hypothèse contraire serait de supposer que les gens se méfient des messages préventifs, et qu'ils sont plus raisonnables que rationnels, c'est-à-dire qu'ils adaptent leurs croyances plutôt que leurs comportements.

Avant d'examiner de plus près les cibles réelles de la prévention, précisons qu'il serait bien compliqué d'être aujourd'hui un véritable *homo medicus* actualisant sans cesse la liste des conduites à risque qu'il doit éviter en fonction des résultats de l'épidémiologie, étant donné l'inflation du nombre de conduites étiquetées *à risque* par l'épidémiologie (Peretti-Watel 2004).

### **DES SUJETS RÉELS BIEN ÉLOIGNÉS DE CETTE FICTION IDÉALE**

En réalité, une bonne partie d'entre nous ne se conforme pas au modèle de *l'homo medicus*. Par exemple, certains sont plus

tournés vers le présent que vers l'avenir. Dans une enquête réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en 2008, 43% des Français déclaraient qu'ils ne seraient pas prêts, pour gagner quelques années de vie supplémentaires, à se priver de certains plaisirs de l'existence, comme bien manger, boire ou fumer (Peretti-Watel et Moatti 2009). De même, il n'y a pas que la santé dans la vie, et dans certaines situations on peut choisir, par amour ou pour son travail, de mettre sa santé en danger. En outre, le premier motif d'une conduite à risque est généralement le plaisir qu'elle procure, or cet aspect pourtant crucial est presque totalement absent de la littérature de santé publique.

Ensuite, concernant la confiance du public à l'égard des autorités de santé, une enquête annuelle menée par l'Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire montre que, de façon générale, pour une liste très variée de risques, les Français sont très méfiants à l'égard à la fois de ce que font les autorités pour les protéger, et des informations qui sont médiatisées (IRSN 2013). Par exemple, s'agissant des drogues illicites et du tabagisme des jeunes, moins de la moitié des Français ont confiance dans les actions menées par les autorités, tandis qu'à peine un tiers estiment que la vérité est dite sur ces risques.

Enfin, les individus auxquels s'adresse la prévention ne sont pas forcément rationnels, mais plutôt raisonnés. Cela signifie qu'ils ont tendance à modifier leurs croyances, si nécessaire en déformant, en détournant les informations qui leur sont données, pour conforter leurs pratiques, et donc éviter de les modifier. C'est un phénomène que les psychologues et les sociologues connaissent bien. Les premiers parlent de réduction de la *dissonance cognitive* (Festinger 1957), et les seconds de *carrière morale* (Becker 1963).

C'est ce qu'illustre le cas du tabac : dans une enquête menée par l'INPES en 2005, la quasi-totalité des fumeurs reconnaissent que fumer peut causer un cancer. Toutefois, si on leur demande à partir de quelle consommation quotidienne le risque de cancer apparaît, puis à partir de combien d'années de tabagisme ce risque devient élevé, une large majorité situe les seuils de risque ou de risque élevé au-delà de sa propre pratique (Piretti-Watel et al. 2007). De même, la majorité d'entre eux estime que respirer l'air pollué des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer, et que faire de l'exercice permet de se nettoyer les poumons. C'est une autre façon de relativiser le risque, sachant que ces arguments ne sont pas complètement faux : le risque dépend bien de la consommation et de son ancienneté, la pollution de l'air a été très médiatisée ces dernières années, et des études épidémiologiques ont montré que la pratique sportive pouvait diminuer le risque de cancer chez les fumeurs.

## UN ÉLOIGNEMENT SOCIALEMENT DIFFÉRENCIÉ

Non seulement les cibles réelles de la prévention ne ressemblent pas forcément à *l'homo medicus*, mais en outre la distance à cet idéal croît lorsque l'on descend dans l'échelle sociale. Autrement dit, les personnes les plus défavorisées sont aussi les plus éloignées de *l'homo medicus*.

D'abord la précarité tend à raccourcir l'horizon temporel : il est difficile de se préoccuper de ce que sera sa vie dans plusieurs décennies, ou même quelques années, lorsque l'on ne sait pas de quoi demain sera fait. Ce *présentéisme* des milieux défavorisés est un résultat bien connu des études sociologiques consacrées à la pauvreté (Halbwachs 1913 ; Hoggart 1957), et il pèse sur la capacité des plus démunis à adhérer aux injonctions des campagnes de prévention (Tarantini et al. 2014). La précarité induit

donc d'autres priorités que la santé à long terme. De même, la précarité peut induire une forme de fatalisme (Douglas 1992 ; Davison et al 1992) : il n'est pas facile de se sentir l'entrepreneur de sa propre existence en général, et de sa santé en particulier, lorsque tout nous échappe.

Enfin, les milieux populaires se caractérisent aussi par des attitudes plus réservées, voire hostiles, à l'égard de la prévention. Ainsi, les individus les moins diplômés jugent plus souvent que les campagnes de prévention (tabac, alcool, alimentation) sont trop nombreuses, infantilisantes, énervantes, ou qu'elles exagèrent les risques (Peretti-Watel 2013). Il est possible ici que les classes défavorisées contemporaines aient hérité de la culture ouvrière une méfiance foncière à l'égard des autorités, fusent-elles de santé (Hoggart 1957).

Cette différenciation sociale de la distance à *l'homo medicus* a un corollaire important pour les inégalités sociales de santé. En effet, si l'on suppose que la prévention est d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à des individus qui ressemblent à *l'homo medicus* qu'elle cible implicitement, et si les personnes les plus défavorisées sont celles qui y ressemblent le moins, alors l'efficacité de la prévention pourrait bien être socialement différenciée, et elle pourrait, paradoxalement, contribuer à creuser les inégalités sociales de santé.

## **L'HOMO ADDICTUS, CIBLE IDÉALE DE LA PRÉVENTION**

### **HOMO ADDICTUS, VERSION SAVANTE D'UN DÉMON POPULAIRE**

Si *l'homo medicus* est la cible idéale de la prévention, *l'homo addictus* est plutôt son épouvantail. En latin, le mot *addictus* désigne l'esclave, et plus précisément celui qui devient esclave à cause de ses dettes. Dans les représentations populaires, *l'homo addictus* correspond au stéréotype du *drogué*, du *toxico*. C'est ce que le sociologue anglais Stanley Cohen (1972) appelle un *démon populaire*, c'est-à-dire un stéréotype décrit de façon exclusivement négative, une sorte de bouc émissaire, qui incarne des inquiétudes collectives. Pour Cohen, la fonction sociale d'un démon populaire est de renforcer la cohésion de la société qui le rejette. C'est aussi un repoussoir, quelqu'un à qui on ne veut pas ressembler. Dans notre imaginaire, ce stéréotype s'applique en particulier à l'usager d'héroïne, perçu par beaucoup de Français comme un marginal suicidaire, un être dangereux, sous l'emprise de son addiction, et prêt à trahir ses proches, à corrompre la jeunesse (Peretti-Watel 2003).

*L'homo addictus* est la version savante du stéréotype du *toxico*, et c'est le parfait négatif de *l'homo medicus*. Cela apparaît bien lorsque l'on examine comment est décrite l'addiction dans les versions successives du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ou dans la classification internationale des maladies, dans la mesure où une bonne partie des critères qui caractérisent l'addiction définissent en creux l'anti *homo medicus* : en l'occurrence, un individu qui est dans l'excès, qui ne parvient

pas à se contrôler, qui abandonne des activités sociales importantes à cause de son addiction, et qui privilégie le plaisir immédiat au détriment de sa santé.

### ***HOMO ADDICTUS* ET MÉDICALISATION DE LA DÉVIANCE**

En outre, *l'homo addictus* est aujourd'hui de plus en plus répandu. En effet, de plus en plus de conduites à risque sont redéfinies comme des conduites addictives : les usages de substances psychoactives licites et illicites, mais aussi les usages de stéroïdes anabolisants, ainsi que des pratiques sans prise de substance : jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, etc. Même si les nouvelles technologies favorisent l'essor de certaines pratiques, et même si les neurosciences expliquent de mieux en mieux les mécanismes biochimiques de l'addiction, ces transformations ne suffisent pas à expliquer cette prolifération contemporaine des pratiques dites addictives. Pour comprendre ce succès de la notion d'addiction, il faut également prendre en compte les intérêts des acteurs en présence, qu'ils soient engagés dans des jeux scientifiques, politiques, ou économiques.

Une manière de le faire est de mobiliser les travaux sociologiques qui portent sur la médicalisation contemporaine des conduites déviantes, conduites qui sont aujourd'hui de plus en plus souvent interprétées comme des formes de maladies, qui en l'absence d'un agent pathogène clairement identifié ont en commun de se référer à la notion de compulsions. Pour le dire vite, ce serait donc la médicalisation de la déviance qui nourrirait la prolifération des conduites addictives (Conrad et Schneider 1992).

Un des inconvénients de cette médicalisation, c'est que l'on a tendance à considérer que les gens sont victimes de leur addiction, comme s'ils avaient été contaminés par une sorte de virus comportemental : il existe d'ailleurs en épidémiologie la notion d'épidémie comportementale, qui renvoie à des cas où une conduite se diffuse par imitation, ou par la pression des pairs (Peretti-Watel 2004). Ce type d'explication correspond à ce que l'on appelle parfois *le modèle de la maladie* dans le champ des usages de drogues (Valleur et Matysiak 2002).

Il ne s'agit pas ici de prétendre que l'addiction n'existerait pas, que tous les consommateurs maîtriseraient leur pratique, en faisant des choix raisonnés sans subir de pression d'autrui. Mais à l'inverse, aujourd'hui, les travaux scientifiques sur les addictions ont tendance à s'enfermer dans des modèles explicatifs qui ne permettent même plus d'envisager que les conduites addictives puissent être, au moins en partie, volontaires et maîtrisées.

Cet enfermement et cet aveuglement sont illustrés par le recours croissant aux modèles-animaux pour étudier les problèmes d'addiction, par exemple lorsque l'on tente de prouver la fameuse théorie de l'escalade (consommer du cannabis conduirait à prendre des drogues plus dures) en réalisant des expériences sur des souris ou des hamsters, en leur injectant des molécules de synthèse qui simulent l'effet de telle ou telle drogue (le cannabis, l'héroïne) sur le neurorécepteur correspondant (Peretti-Watel 2004). Ce détour par la paillasse est une façon classique de tenter de clore une controverse scientifique (Latour 1989), en évacuant les facteurs qu'il n'est pas possible de contrôler, mais cela revient à nier le caractère éminemment social des pratiques dites addictives. Autrement dit, le recours aux modèles-animaux contribue à faire avancer la science, y compris dans le domaine des addictions, mais ce recours contribue

à nous faire oublier que les addictions peuvent être des conduites intelligibles, qui impliquent des choix. Plus généralement, l'un des inconvénients majeurs de la médicalisation des conduites à risque est qu'elle ne permet pas de comprendre ces conduites, puisqu'elle les réduit trop hâtivement à un problème de compulsion.

### LE CAS DES CONDUITES À RISQUE JUVÉNILES

Les conduites à risque juvéniles, ou plus précisément certains des discours experts qui leur sont consacrés, illustrent bien comment peuvent se conjuguer médicalisation et incompréhension. En effet, plutôt que de tenter de comprendre ces conduites, de mettre au jour leurs motifs, les besoins auxquels elles répondent, les enjeux symboliques qu'y associent les adolescents, le sens qu'ils leur donnent, beaucoup de travaux étiquettent ces conduites comme asociales ou suicidaires, en les considérant comme l'expression d'une pathologie compulsive. Les adolescents sont ainsi souvent décrits comme imprudents, hautement influençables (et notamment à la fameuse *pression des pairs*), impulsifs, irrationnels (Peretti-Watel 2002). Si le jeune apparaît comme un *homo addictus* en puissance, pour certains experts c'est parce que la société contemporaine aurait endommagé son cerveau pour le transformer en primate (Peretti-Watel 2005), tandis que d'autres, moins fantaisistes, soulignent tout de même les spécificités et les vulnérabilités du cerveau adolescent (Gumy 2013).

## **L'HOMO ADDICTUS DANS LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION**

La figure de *l'homo addictus* est très présente dans les campagnes de prévention. Par exemple, les fumeurs y sont souvent représentés enchaînés ou en cage (avec des barreaux de fumée, bien sûr), ou prisonniers de leur propre corps à cause du tabac, ou encore avec un bout de cigarette incandescent à la place de la tête (ce ne sont donc plus des êtres pensants, ils sont agis par la cigarette). De même, les individus obèses sont parfois représentés comme des personnes négligées et suicidaires, tandis que les usagers de substances illicites apparaissent comme des individus déraisonnables qui ne contrôlent pas du tout leur pratique, et consomment leurs drogues dans les circonstances les moins appropriées (comme ce spot télévisuel français dans lequel une adolescente sniffe de la cocaïne juste avant son baby-sitting).

Ces campagnes reprennent les stratégies de l'anti-marketing : de même qu'il est d'usage de promouvoir un produit en mettant en valeur le personnage qui le consomme, inversement il s'agit ici de susciter le dégoût à l'égard d'un produit ou d'une pratique en mettant en scène un *homo addictus* aussi répugnant que possible (Peretti-Watel et Moatti 2009 ; Constance et Peretti-Watel 2011).

### **L'HOMO ADDICTUS, UNE FICTION DÉLÉTÈRE ?**

La référence à *l'homo addictus* dans les campagnes de prévention contribue à promouvoir une conception très stigmatisante des personnes impliquées dans des pratiques addictives. Cela a des conséquences potentiellement délétères à aux moins trois niveaux. D'abord, cela peut contribuer à dégrader les conditions

de vie de ces personnes, qui vont être confrontées au quotidien à des réactions de discrimination, que ce soit dans les sphères domestiques, amicales ou professionnelles, réactions qui peuvent les inciter à s'enfermer dans leur pratique. C'est vrai en particulier pour les fumeurs, qui peuvent être confrontés à des difficultés pour trouver un emploi, un logement ou un partenaire affectif du fait même de leur statut tabagique (Stuber et al. 2008 ; Peretti-Watel et al. 2014). Paradoxalement, ces difficultés sont telles que, selon certains experts, elles pourraient justifier une politique de stigmatisation délibérée des fumeurs, dans le but de les convaincre d'arrêter de fumer pour se soustraire à ce coût symbolique de leur pratique (Bayer 2008).

Par ailleurs, la référence à *l'homo addictus* et les phénomènes de stigmatisation qu'elle nourrit peuvent compliquer la prise en charge des pratiques addictives par le système de soins. Ainsi, certains fumeurs préfèrent ne pas aborder la question du tabagisme avec leur médecin de peur de susciter des réflexions culpabilisantes à leur égard (Butler et al. 1998). De même, le fait qu'une partie des médecins généralistes qui suivent des personnes obèses considèrent que celles-ci sont paresseuses et manquent de volonté ne facilite pas leur prise en charge (Bocquier et al. 2005).

En outre, comme évoqué précédemment, les personnes engagées dans des conduites à risque ont tendance à rationaliser leur pratique, à la réassurer en s'équipant de croyances qui permettent de relativiser le risque ou de le mettre à distance. Or une manière très courante d'opérer un tel déni du risque consiste à désigner une catégorie de boucs émissaires, décrite de façon stéréotypée et dépréciative : par exemple, justifier des rapports sexuels non protégés avec des personnes de statut sérologique inconnu en estimant que le sida ne concerne que les toxicomanes et les homosexuels (Peretti-Watel 2000). De

même, les usagers de cannabis ou d'ecstasy ont très souvent tendance à justifier leur propre consommation, qu'ils présentent comme récréative, sociable et maîtrisée, en montrant du doigt les usagers d'héroïne, décrits comme des malades sociaux et hors de contrôle (Peretti-Watel 2005).

De ce point de vue, paradoxalement, les messages préventifs qui mettent en scène *l'homo addictus* peuvent contribuer à nourrir le déni du risque parmi les usagers de drogue, puisqu'ils leur fournissent un bouc émissaire idéal. Par exemple, au Royaume-Uni, dans les années 1980, les pouvoirs publics avaient lancé une campagne contre l'usage d'héroïne intitulée *Heroin screams you up* (l'héroïne te fout en l'air), qui décrivait l'utilisateur comme un malade dangereux hantant les cages d'escalier des grands ensembles de banlieue, harcelant et volant ses proches. Dix ans plus tard, les messages préventifs ciblant les usages adolescents de cannabis, d'ecstasy ou d'alcool étaient d'autant moins efficaces qu'ils s'adressaient à une génération qui avait grandi avec ces campagnes, et qui considérait que la prévention ne s'adressait qu'aux *vrais drogués*, en l'occurrence les usagers d'héroïne (Parker et al. 1998).

## CONCLUSION

La prévention contemporaine des conduites à risque s'appuie donc sur deux stéréotypes fictifs : d'une part sa cible idéale, *l'homo medicus*, calculateur autonome soucieux de sa santé à long terme qui se fie aux injonctions préventives pour réformer son existence ; d'autre part *l'homo addictus*, parfait contraire de *l'homo medicus*, et tout entier gouverné par ses compulsions. Ces deux fictions contribuent à l'inefficacité relative des dispositifs de prévention : parce que la distance à *l'homo medicus* est sociale-

ment différenciée, il est probable que cette cible idéale mais fictive contribue à creuser les inégalités sociales de santé. Quant à *l'homo addictus*, abondamment mis en scène dans les campagnes de prévention, outre les effets délétères des phénomènes de stigmatisation qu'il contribue à perpétrer, il nourrit aussi paradoxalement les croyances qui permettent aux profanes engagés dans des conduites à risque de justifier celles-ci. Surtout, *l'homo addictus* est un obstacle à la compréhension des pratiques dites addictives, et il est douteux qu'il soit possible de prévenir efficacement des conduites que l'on ne comprend pas.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bayer, Ronald (2008). « Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. » *Social Science and Medicine* 67(3) : 463-472.
- Becker, Howard S (1963). *Outsiders*. New York : The Free Press.
- Bocquier, Aurélie, Pierre Verger, Arnaud Basdevant, Gérard Andreotti, Jean Baretge, Patrick Villani, Alain Paraponaris (2005). « Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. » *Obesity Research* 13(4) : 787-795.
- Butler, Christopher C., Roisin Pill et Nigel C.H. Stott (1998). « Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. » *British Medical Journal* 316(7148) : 1878-1881.
- Cohen, Stanley (1972). *Folk devils and moral panics*. Londres : Mac Gibbon and Kee.
- Conrad, Peter et Joseph W. Schneider (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphie: Temple University Press.
- Constance, Jean et Patrick Peretti-Watel (2011). « Dégout et tabagisme : la prévention par l'image. » *Ethnologie française* 1 : 67-78.

- Davison, Charlie, Stephen Frankel et George Davey Smith (1992). « The limits of lifestyle : re-assessing fatalism in the popular culture of illness prevention » *Social Science & Medicine* 34(6) : 675-685.
- Douglas, Mary (1992). *Risk and blame*. Londres : Routledge.
- Escalon, H el ene, Claire Bossard, François Beck, Roselyne Bachelot-Narquin (2009). *Baromètre santé nutrition*, INPES : Saint Denis.
- Festinger, Leon (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston : Row, Peterson.
- Foucault, Michel (2004). *Naissance de la biopolitique, Cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris : Gallimard/Seuil.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and Self-Identity*. Stanford: Stanford University Press.
- Gumy, Christel (2013). « Les images des passions adolescentes. Des photographies d'expression faciale aux images scans dans la construction d'un cerveau adolescent émotionnel et sexué. » *Revue d'anthropologie des connaissances* 7(3) : 589-604.
- Halbwachs, Maurice (1913). *La classe ouvrière et les niveaux de vie : recherches sur la hi archie des besoins dans les société industrielles contemporaines*. Paris : Félix Alcan.
- Hoggart, Richard (1957). *The uses of Literacy: Aspects of Working-Class Life with Special Reference to Publications and Entertainments*. Londres : Chatto & Windus.
- IRSN (Institut de Radioprotection et de sûreté nucléaire) (2013). *Perception des risques et de la sécurité*. [http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN\\_Barometre\\_2013.pdf](http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre_2013.pdf) (24.01.2015).
- Latour, Bruno (1989). *La science en action*. Paris : La Découverte.
- Lupton, Deborah (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. Londres : Sage.
- Parker, Howard J., Judith Aldridge, Fiona Measham (1998). *Illegal Leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. Londres : Routledge.
- Peretti-Watel, Patrick (2000). *Sociologie du risque*. Paris : Armand Colin.

- Peretti-Watel, Patrick (2002). « Les conduites à risque des jeunes : défi, myopie, ou déni ? » *AGORA débats jeunesse* 27 : 16-33.
- Peretti-Watel, Patrick (2003). « Heroin users as ‘folk devils’ and French public attitudes toward public health policy. » *International Journal of Drug Policy* 14(4) : 321-329.
- Peretti-Watel, Patrick (2004). « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. » *Revue française de sociologie* 45(1) : 103-132.
- Peretti-Watel, Patrick (2005). *Cannabis, ecstasy : du stigmat au déni*. Paris : Editions L'Harmattan.
- Peretti-Watel, Patrick (2013). « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? » *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* 61(3) : 158-162.
- Peretti-Watel, Patrick et Jean-Paul Moatti (2009). *Le principe de prévention. Les dérives du culte de la santé*. Paris : Editions du Seuil.
- Peretti-Watel, Patrick, Jean Constance, Philippe Guilbert, Arnaud Gautier, François Beck, Jean-Paul Moatti (2007). « Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. » *Tobacco Control* 16(5) : 351-356.
- Peretti-Watel, Patrick, Stéphane Legleye, Romain Guignard et François Beck (2014). « Cigarette smoking as a stigma. Evidence from France. » *International Journal of Drug Policy* 25(2) : 282-290.
- Pinell, Patrice (1992). *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : Métailié.
- Stuber, Jennifer, Sandro Galea et Bruce G. Link (2008). « Smoking and the emergence of a stigmatized social status. » *Social Science and Medicine* 67(3), 420-430.
- Tarantini, Clément, Chantal Vergély, et Patrick Peretti-Watel (2014). « Pauvreté, “présentisme” et prévention. » *Temporalités* 19. <http://temporalites.revues.org/2832> (22.01.2015).
- Valleur, Marc et Jean-Claude Matysiak (2002). *Les addictions*. Paris : Armand Colin.

## **LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION À L'ÉPREUVE DE LA CONSOMMATION DE DROGUES ENTRE PARENTS ET ENFANTS**

*Julia Monge*

Ce travail interroge les différences entre les scènes proposées par les campagnes TV pour interpeller leurs « cibles », et le quotidien de ces familles où la consommation de drogues est intergénérationnelle. En analysant le fonctionnement de chaque élément pour en saisir l'incompatibilité, le texte dévoile comment, aux spots de prévention mettant en scène la destruction de la famille par la drogue, s'oppose une dynamique d'usage des drogues qui structure ces familles tout autant que celles-ci la structurent.

Cette recherche doctorale est issue du partenariat MILDT-EHESS dans le cadre du programme « addiction et société ». Initiée en 2012 au département de psychanalyse à l'Université Montpellier 3 sous l'intitulé « Intention du locuteur dans les campagnes de prévention : impact sur le jeune adulte », elle est accueillie dans la section « Santé, population et politiques sociales » de l'EHESS en 2014 sous le titre « La prévention de l'usage de drogue à l'épreuve de la consommation parent-enfant ». Cette recherche interroge les différences entre les scènes proposées par les campagnes TV pour interpeller leurs « cibles », et le quotidien de ces familles où la consommation

est intergénérationnelle. En effet, le thème de la famille en addictologie est rarement abordé du point de vue de la consommation commune. Les publications scientifiques élaborant des liens entre toxicomanies et relations familiales ne font jusqu'alors jamais mention de l'usage de drogue sous cet angle-là. Le toxicomane est appréhendé comme le déviant familial, expression symptomatique d'un mal-être collectif. Ce dernier cas de figure est bien plus facile à appréhender à travers les demandes d'aide et les prises en charge : « On vient vous voir parce que votre fils a un problème avec la drogue », « On retire cet enfant ou surveille cette famille parce que les parents ont un problème avec la drogue », tels sont les discours ordinaires de part et d'autre du dispositif. L'accès à leur témoignage s'en trouve facilité, et la dynamique victime/coupable était la nécessité d'une politique d'abstinence en guise d'issue. Cette logique, qui inspire la rhétorique des spots de prévention, est réinterrogée par ce cas de figure où au moins un des deux parents consomme des stupéfiants avec ses enfants. Évoluant hors nomenclature, cette situation semble traverser comme un fantôme les grilles interprétatives contemporaines. Notre objectif sera alors de déterminer le fonctionnement de ces deux éléments pour en comprendre l'incompatibilité.

## **CONTEXTE DE L'ÉTUDE**

### **MÉTHODE ET OUTILS**

Le projet s'appuie sur cinq années d'observation participante et d'entretiens informels. Clé de voûte de l'étude, cette démarche a été menée dans le sud de la France de 2005 à 2010 dans les

régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon. Nous y avons alors partagé le quotidien de quinze familles dont au moins un enfant mineur consomme une ou plusieurs drogues illicites avec au moins un ascendant majeur de sa famille: père, mère, oncle, tante, beau-père, belle-mère, que nous avons réunis sous le terme « parent ». Il s'agit d'un individu à qui l'enfant fait confiance et qui, du fait de son rang familial, exerce sur lui une autorité (situation qui doit être différenciée du concept juridique d'autorité parentale, réservé pour sa part au père et à la mère). Ce pan de recherche est actuellement complété par la passation d'entretiens individuels semi-directifs, auprès de trente individus partageant ou ayant partagé la même situation. Les résultats que présente cet article ne sont donc pas définitifs.

D'autre part, l'étude des campagnes de prévention est étayée par un ensemble d'entretiens et un corpus de documents. Les entretiens réalisés en population ordinaire sont tous informels (tantôt individuels, tantôt collectifs selon les circonstances). Ceux réalisés auprès de professionnels de la communication sont formels et collectifs tandis que ceux réalisés auprès des professionnels de la santé (secteurs médical, médico-social et médico-éducatif confondus) relèvent des deux formes selon les circonstances. Le corpus de documents est pour sa part constitué d'archives et d'outils de prévention « grand public ». Il s'agit de spots télévisuels et de spots radios diffusés en France entre 2005 et 2010, de données épidémiologiques, de story-boards, de dépliants papiers destinés aux usagers, de plans de communication et de plans gouvernementaux. Il s'agira dans le cas du corpus de documents, de déterminer comment sont représentées les relations familiales des toxicomanes et de les confronter aux relations entre les membres de familles consommatrices parent-enfant (CPE).

## PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

La moyenne d'âge des parents au moment de l'enquête est de 47 ans, celle des enfants (aînés) est de 16 ans. La jeunesse de ces parents est marquée par le nomadisme et la multiplicité des voyages, dont la durée et les destinations les plus fréquentes sont de six mois, en Inde et au Népal. Pour financer leurs voyages, ceux-ci alternaient période d'emploi et période de chômage. Ainsi, une période de six mois de travail à plein temps leur permettait d'obtenir une période de chômage à peu près égale. C'est durant cette seconde période qu'ils voyageaient, touchant une indemnité qui subvenait largement à leurs besoins dans des pays peu développés. Leur activité professionnelle en France était tantôt salariée, tantôt indépendante. L'import et la vente de produits orientaux tels que les vêtements, bijoux, tentures et bibelots constituait une activité fréquente. Cependant, leur consommation de stupéfiants, à l'époque, était souvent excessive et demandait un apport financier important. La totalité des enquêtés admet avoir vendu des produits stupéfiants à cette période afin de subvenir à ses besoins (cannabis, héroïne, cocaïne principalement). Certains effectuaient une plus-value en revendant au détail une marchandise achetée en gros sur le territoire français, d'autres importaient de petites quantités de drogue de l'étranger pour la revendre en France. Au moment de l'enquête, les catégories socioprofessionnelles et les niveaux d'études des enquêtés sont très variés (actifs salariés, actifs indépendants, chômeurs, RMIstes non diplômés, diplômés de niveau V à niveau I), certains se sont formés et ont intégré une filière professionnelle, d'autres continuent d'aller et venir dans le monde du travail sans certification particulière.

Leur sédentarisation est motivée par la naissance du premier enfant, la scolarisation de ce dernier, l'accès à une profession nécessitant un mode de vie sédentaire, les problèmes de santé,

le besoin de confort et la lassitude. Si tous les motifs sont source d'ambivalence, les deux premiers le sont plus particulièrement. Il ne s'agit plus d'envie univoque, mais d'un choix entre deux projets difficilement conciliables et qui font appel à des valeurs parfois contradictoires. L'arrivée d'un enfant impose un rythme et des besoins peu compatibles avec le nomadisme. Bien qu'une majorité d'entre eux ait opté pour un domicile fixe au moment de la sédentarisation, une minorité conserve un habitat déplaçable (tipi, yourte, caravane ou camion). Quelques familles partagent leur lieu de vie avec des étrangers (communautés), certains louent un terrain pour y vivre en tipi avec leur seule famille tandis que d'autres sont propriétaires d'une maison sur un terrain où des individus étrangers à la famille viennent camper. Cependant la plupart vivent exclusivement sur le modèle *domicile = couple parental + enfants*. Dans le choix du lieu de vie, sont entrés en ligne de compte le climat, la ruralité et l'attrait pour l'histoire et les légendes locales. En effet les régions concernées par cette étude présentent des qualités climatiques qui rappellent lointainement l'Inde : étés très chauds, temps d'ensoleillement long et périodes de pluie marquées par de violentes averses. Ces circonstances géographiques et climatiques font de ces régions un terrain privilégié pour l'agriculture. Aussi la possibilité de passer beaucoup de temps à l'extérieur, de cultiver de quoi manger et fumer, de réduire les dépenses, et d'offrir aux enfants un cadre de vie calme et proche de la nature, sont autant de raisons qui ont poussé ces parents à choisir un milieu rural où le temps est clément.

## CARRIÈRES DE CONSOMMATION

Les premières consommations de produits illicites chez les parents se situent autour de 18-20 ans. Elles concernent principalement le cannabis sous forme de résine achetée en France. À ce moment-là, la culture de cannabis sur le territoire français est rare. Il s'agit principalement de résine importée. Toutefois il arrive que quelques-uns s'aventurent à cultiver des plants en extérieur. L'acquisition d'herbe est donc exceptionnelle et valorisée car elle est exempte de « coupe ». L'expérimentation de produits réputés plus durs est pour sa part associée aux voyages, bien qu'elle ne s'y effectue pas de manière systématique. Si l'expérimentation de l'opium se fait principalement en orient, l'expérimentation de l'héroïne, de la cocaïne et du LSD s'effectue tant en France qu'à l'étranger. Ces consommations vont suivre deux trajectoires, l'une vers l'usage simple (occasionnel et régulier), l'autre vers la dépendance. L'expérimentation du cannabis chez leurs enfants se fait hors du contexte familial (avec les pairs). Elle est plus tardive pour les enfants d'usagers occasionnels et réguliers de notre échantillon (entre 14 et 15 ans) que pour les enfants d'usagers dépendants (autour de 12 ans). Pour les premiers, la règle de base à l'intention des enfants est l'abstinence. L'usage de drogues y constitue une sorte d'*a parte*, qui ne doit pas intervenir dans le cadre officiel du quotidien. La consommation commune dans ces familles va poursuivre cette même idée. Il s'agira d'un ailleurs, une parenthèse à laquelle il sera nécessaire de donner du sens : un réveillon de jour de l'an, un soir de Noël, une fête de la musique, un festival. Pour les seconds, la consommation de l'adolescent dans l'enceinte du domicile est rapidement tolérée. Celui-ci a environ 15 ans (parfois moins) lors de la première consommation avec ses parents (contre 17 ans chez les usagers non dépendants). Les occasions

de cette première expérience sont variées : demande de dépannage de la part du parent, autorisation de consommer après avoir préparé le joint (le parent ayant délégué cette tâche à l'enfant pour des raisons pratiques), contexte festif (Monge 2013 : 197-211).

## **DEUX UNIVERS INCOMPATIBLES ?**

### **DYNAMIQUE DE LA CONSOMMATION PARENT - ENFANT**

Dans les familles étudiées, le choix des produits, le mode d'approvisionnement et la manière d'absorber les substances obéissent à des normes. Le cannabis et le pavot sont les drogues les plus fréquemment utilisées dans le cadre de la consommation commune (quelques cas de consommation de cocaïne et d'amphétamines ont été récemment recueillis, mais le manque de données ne permet pas de les traiter de manière complète). Il existe plusieurs modalités de consommation selon les drogues : celles consommées par seulement une des deux parties, celles consommées par les deux parties mais toujours séparément, et celles consommées par les deux ensemble mais pas exclusivement. Par ailleurs, il arrive que l'acte de consommation s'effectue séparément, mais que l'utilisateur (parent comme enfant) s'expose au regard de l'autre. Ceci selon trois règles implicites : la nature chimique ou naturelle de la substance, le mode et la voie d'administration, et le degré d'appréciation de la réalité provoqué par le produit, comme on peut le voir dans le tableau suivant :

**Tableau 1. Modalité de consommation en fonction du type de drogue**

Seulement par les parents	Datura
Seulement par les enfants	Amphétamine
Les deux séparément	Champignons, LSD, Cocaïne, MDMA, Héroïne, Salvia divinorum, Mescaline
Ensemble (et séparément)	Cannabis, Pavot

Le cannabis et le pavot sont donc les substances les plus fréquemment rencontrées dans le cadre d'une consommation parent-enfant. Elles sont cultivées à la maison et sont, comme l'indique le tableau suivant (Tableau 2), fumées, mangées, ou bues différemment selon qu'elles sont consommées ensemble ou séparément.

**Tableau 2. Mode et voie d'administration en fonction de la modalité de consommation**

	Ensemble	Parents seuls	Enfants seuls
Cannabis	Fumé (joint, shi-lom)	Fumé (joint, shi-lom)	Fumé (joint, pipe à eau)
	Mangé (gâteaux)	Mangé (gâteaux)	Mangé (gâteaux)
	Bu (tisane)	Bu (tisane)	
Pavot	Fumé (pipe)	Fumé (pipe)	Inhalé (dragon)
	Mangé (boulette)	Mangé (boulette)	Mangé (boulette)
	Bu (tisane)	Bu (tisane)	

Pour s'approvisionner, tant en cannabis qu'en pavot, les familles cultivent des plants dans leur potager au même titre que les fruits et légumes. Le but est d'abord d'obtenir un produit « bio », de réduire les dépenses et d'éviter le système industriel.

L'ensemble des petits cultivateurs forme un réseau solidaire qui permet le dépannage en cas de pénurie, par don, vente ou troc. Toutefois, parents et enfants ont un réseau commun ainsi qu'un petit réseau privé de vente de résine de cannabis auquel ils ne font appel, à titre exceptionnel, que lorsque survient la pénurie (entre deux cycles de culture).

### UN ARGUMENT DE COHÉSION FAMILIALE

La consommation entre parents et enfants est présentée comme un facteur de cohésion familiale en ce qu'elle permet aux parents de transmettre un ensemble de valeurs qui leur sont chères. C'est le cas par exemple du « consommer bio » (et naturel), qui permet à l'usager de contrôler l'origine et la qualité du produit. L'objectif est de défendre une production locale permettant de réduire l'impact sur l'environnement et sur la santé tout en contournant les circuits de vente industriels considérés, tant dans le domaine de l'alimentation que dans celui des stupéfiants, comme la machine déshumanisante du capitalisme. Il s'agit alors, dans le prolongement de cette démarche, de vivre selon des principes solidaires et humanistes. C'est pourquoi le troc ou le don est préféré à la vente lorsqu'arrive la pénurie au sein des différents foyers.

À cette force cohésive s'ajoute la possibilité d'investir un objet commun en lui consacrant des rituels. En effet la plantation, l'éviction des mâles, la coupe et l'étêtage du cannabis, ou bien l'incision des têtes et l'oxydation de la sève pour le pavot, sont autant d'occasions de se réunir autour d'événements et de temps communs. Le végétal et son processus de maturation inspirent une forme de respect mêlé d'admiration. Cette révérence envers un objet à la fois *plante* et *drogue en puissance* tend à transcender les conflits intersubjectifs. Ici, les odeurs jouent un rôle

important. Chacune de leurs variations signifie aux habitants du foyer qu'une étape dans le cycle a été passée (ou est en voie de l'être) pour laisser place à la suivante. Par exemple, une odeur acidulée de cannabis frais dans l'enceinte de la maison peut signifier, selon la période du cycle, que les plants arrivés à maturité ont été coupés, ou bien qu'ils ont été empotés et rentrés (ce qui indiquerait qu'une menace rôde à l'extérieur).

Avec la culture du cannabis et du pavot s'élabore alors une frontière dedans-dehors qui redessine les contours de l'altérité. La CPE revêt ainsi une fonction différenciatrice selon plusieurs niveaux. Elle donne un caractère exceptionnel au groupe qui se distingue des familles abstinentes, familles dont les pratiques et discours sont considérés comme conventionnels et désuets. Envisagé comme un manque d'ouverture d'esprit, le discours prohibitionniste des « autres familles » est à la fois tourné au ridicule et érigé en menace (vision étayée par une rhétorique d'analogie et d'opposition aux substances licites telles que le vin ou les médicaments). Il importe alors pour les familles consommatrices de maintenir l'imperméabilité en feignant d'une part l'abstinence auprès des non-usagers, et en s'entourant d'autre part d'individus (souvent usagers) dont l'interdit de délation est scellé par la honte quel que soit leur avis sur la question. Mais les familles CPE se distinguent aussi les unes des autres par la qualité plus ou moins bonne de leur production. Cette compétition inclut aussi les cultivatrices et cultivateurs non CPE. L'« affaire familiale » constitue alors une sorte de plus-value quant à l'image du produit. Chaque année les cartes sont redistribuées. Ainsi par la production d'un produit de qualité, la famille CPE tire une forme de prestige, ce dont l'adolescent jouit par ailleurs auprès de ses pairs à différents niveaux.

En effet les caractères exceptionnels et anticonformistes de la pratique fascinent les camarades de ces jeunes usagers. Etant

les dépositaires d'un supplément de savoir, leur parole jouit d'une légitimité et d'un crédit dont les autres, novices en la matière, sont privés. Tandis que leurs camarades peinent à coller deux feuilles autour d'un carton pour fumer une substance douteuse, l'adolescent CPE roule les yeux fermés et possède gratuitement de l'herbe de qualité. Il sait reconnaître un mauvais produit et envisager les conséquences de certains comportements à risques. Cette position intermédiaire entre les jeunes expérimentatrices et expérimentateurs et les « vieux de la vieille » lui confère une place privilégiée en termes de prévention et d'éducation à la RDR.

## UN ARGUMENT D'ÉDUCATION À LA RÉDUCTION DES RISQUES

Au sein du groupe de pairs, l'adolescent CPE suscite l'intérêt et fascine. Sa situation familiale peu commune retient l'attention, et ses connaissances affinées (tant sur l'optimisation des effets que sur la maîtrise des techniques et les conduites à tenir pour gérer les risques) font de lui un interlocuteur de référence. Ceci est renforcé par la possibilité d'être approvisionné gratuitement et de manière quasi permanente en un produit de qualité réputée supérieure. Si cela ne l'empêche pas pour autant d'expérimenter volontairement les risques, cela lui permet de le faire en connaissant les portes de sortie possibles. Valorisée par les pairs, cette place le rend crédible et sa parole, héritée des *vieux d'la vieille*, est digne de confiance. En effet dans le cadre de la CPE, la hiérarchie basée sur la différence parent-enfant est suppléée par la différence générationnelle entre usagers. Le parent incarne alors la figure du *vieux d'la vieille*, riche de ses expériences et de son histoire. Il conte volontiers ce que de nombreux usagers appellent les *révélés de guerre*.

Le récit de guerre, dans le contexte familial, évoque la plupart du temps une période antérieure à la naissance du premier enfant. Il relate les premières expériences, les accidents et des excès de jeunesse. Il commence par des expressions telles que « à l'époque... » ou « un jour... », et son contexte est introduit à l'imparfait. Le cœur de l'action est évoqué au présent de narration avant de retrouver l'usage du passé dans une démarche plus réflexive et un discours plus distancié. C'est l'occasion à ce stade du récit d'évoquer les risques encourus (« on était quand-même inconscients, tu te rends compte, il aurait pu nous arriver ceci/cela... »), les solutions trouvées (« L'un d'entre nous avait rien pris, il a pu gérer. Heureusement d'ailleurs, parce qu'on était complètement dépassé c'était la panique »)<sup>1</sup>, et de discuter des moyens mis à disposition de la nouvelle génération. Ces temps de narration sont l'occasion de transmettre un savoir sur les drogues ayant valeur de patrimoine culturel. L'écoute attentive de ces aventures se trouve renforcée par le fait que l'adolescent découvre, avec l'oreille fascinée qu'on prête aux récits des origines, un monde qui lui préexiste dans l'histoire familiale. La transmission des contenus liés à la réduction des risques se voit donc grandement facilitée : ce n'est plus par nécessité sanitaire que l'adolescent apprend mais par plaisir de posséder un précieux savoir qui d'autre part lui permettra de se distinguer de ses camarades en occupant une place d'initié. Nous constatons d'ailleurs que ce savoir dépasse souvent largement celui qui lui est imputé par les professionnels lors des diverses campagnes de prévention.



<sup>1</sup> Marie, septembre 2005, propos recueillis dans le cadre de l'observation participante.

## **DYNAMIQUE DES SPOTS DE PRÉVENTION : UN PROCESSUS ÉLABORÉ PAR DES PROFANES**

Les spots étudiés sont diffusés en France, en trois vagues (2005, 2009, 2010) et sous la responsabilité de deux plans gouvernementaux (2005 et 2009). Il s'agit donc de deux campagnes, dont la seconde s'étale sur deux années. La mise en place de ces outils est prise en charge par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Le travail s'effectue en une dizaine de temps. Le premier consiste à définir le risque à partir d'un diagnostic de santé publique. Ce premier balayage s'appuie sur les données annuelles enregistrées par les institutions policières, juridiques, médicales et scolaires. Ces informations, traitées sous forme de statistiques, donnent lieu à des études épidémiologiques, des rapports d'expertises et des enquêtes. Elles vont définir les comportements à étudier en priorité par une vague d'investigations plus ciblées réalisées en interne par les experts de l'INPES ou en externe par des instituts de sondages tels que BVA, Ipsos et la Sofres. À partir de ces informations, l'INPES définit une stratégie de communication, la transmet à ses prestataires, et détermine son approche créative. Une maquette rudimentaire de l'outil est soumise à un pré-test organisé par les mêmes instituts de sondages. Viennent ensuite la production de l'outil et l'achat d'espace média que l'INPES négocie en concurrence avec les marques publicitaires. Après validation du comité d'experts de l'INPES, le spot est diffusé. Par la suite, les post-tests, l'indice de fréquentation des dispositifs d'aide et le nombre de connexions aux services en ligne contribueront à évaluer l'impact de l'outil. L'INPES constitue ainsi un nouveau socle de données sur lesquelles appuyer les objectifs des prochaines campagnes.

## UN GUIDE DE SUBJECTIVATION DE L'EXPÉRIENCE

Les spots présentement étudiés proposent au public un ensemble d'énoncés sur la toxicomanie, ainsi que sur l'école, la parentalité, l'amitié. Par cette voie ils indiquent qui, quand et pourquoi avoir besoin d'aide. En 2005, l'utilisateur qui a besoin d'aide souffre. Dans l'adolescence, il fume du cannabis et il a été initié par ses pairs. Il est seul, en rupture avec son environnement familial (famille, amis d'enfance), en échec scolaire, et il a perdu la plupart de ses compétences sociales. En 2009, l'utilisateur qui a besoin d'aide est en danger et fait souffrir son entourage. C'est un jeune adulte qui consomme du cannabis, de la cocaïne et de l'ecstasy sous l'influence de ses pairs et d'un discours ambiant laxiste. Son dealer est un homme d'une trentaine d'années, sale, vulgaire et agressif tandis que sa famille est abstinent, bienveillante et désemparée. En 2010, l'utilisateur qui a besoin d'aide est adolescent, il consomme de la cocaïne, de l'ecstasy et du cannabis sous l'influence de ses pairs, il est en rupture avec une famille démunie qui, en ne sachant pas comment réagir, l'expose indirectement au danger.

Dans chacune de ces campagnes, les stupéfiants sont présentés sous l'angle d'un usage anémique qui menace les liens familiaux. Drogue et famille semblent en effet disposées selon une rhétorique de l'antinomie : la drogue détruit les familles, pour lutter contre la drogue renforçons les liens familiaux et le rôle éducatif des adultes. Cette différence structurelle entre le cas de figure ici présenté et celui des familles CPE dénote une imperméabilité entre deux univers dont il importe désormais de questionner la nature.

## FACTEURS EN JEUX

### LES EFFETS « IATROGÈNES » DE LA LOI

La loi française prévoit un ensemble de dispositions afin de préserver les mineurs des dangers liés à l'usage de drogues. Dans les lignes suivantes, nous exposerons l'éventail des délits et les sanctions correspondant à la situation des familles CPE avant d'aborder la manière dont les divers acteurs (parents, enfants, professionnels) aménagent leurs comportements face à cette contrainte.

Selon le Code de la santé publique, l'usage de stupéfiant est passible d'un an d'emprisonnement, d'une amende de 3750 euros (Loi L 2007-297 du 5 mars 2007 art. 48 du Code de la santé publique). La provocation d'un mineur à l'usage, même restée sans suite, est passible de cinq ans de prison et de 100'000 euros d'amende. Lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de quinze ans, la peine peut aller jusqu'à sept ans de réclusion et 150'000 euros d'amende. La présentation de la consommation sous un jour favorable expose l'auteur des faits à cinq ans d'emprisonnement et 150'000 euros d'amende. Enfin, lorsque ce délit est commis envers un mineur de moins de quinze ans, l'auteur s'expose à une peine de prison de dix ans ainsi qu'à une amende de 300'000 euros (Loi L3421-4 du Code de la santé publique).

Selon le Code pénal, le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15'000 euros d'amende (art. 223-1 du Code pénal) La consommation entre parents et enfants est

donc considérée comme un acte de maltraitance. Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45'000 euros d'amende (art. 434-3 du Code de la santé publique). Cette mesure concerne aussi les professionnels de santé et d'éducation (art. 226-13 du Code de la santé publique).

Face aux risques qu'elles encourent, les familles choisissent alors de passer sous silence une part de leurs pratiques :

L'inspecteur de police a été contrarié quand elle a dit, sans larmoyer pour autant, qu'elle était au courant de la consommation de son fils alors âgé de seize ans. Elle aurait pu, dans la foulée, lui expliquer qu'elle préférerait ravitailler son fils en cannabis et lui éviter de fréquenter des cités où le shit est coupé avec des produits nocifs et où lui seront immanquablement proposées d'autres drogues illicites, mais elle s'est tue (Galland 2014 : 19).

Cette omerta constitue un obstacle à la prise en charge. En effet, au contact des institutions, parents et enfants conforment leurs discours à ce que croient savoir leurs interlocutrices et interlocuteurs d'un usager de drogue : un adolescent influencé par ses pairs et des parents catastrophés. La relation familiale n'est pas appréhendée dans sa globalité et inversement, la prise en charge de l'usage de drogue ne comprend pas la dimension familiale pourtant capitale. Il arrive cependant quelques fois que les faits soient révélés intégralement au personnel de santé. Dans ce cas, les professionnels sont pris en étau entre le devoir d'effectuer un signalement (au risque de trahir la confiance des

usagers), et la volonté de poursuivre l'accompagnement malgré tout. Ceux-ci évitent alors d'engager les poursuites afin de préserver l'alliance thérapeutique. Difficilement tenable d'un point de vue pénal, ce positionnement éthique les conduit à ne mentionner l'usage de drogue qu'en des termes convenus par la nomenclature. Ces deux niveaux de censure empêchent ainsi l'apparition d'éléments nouveaux dans les données statistiques, données dont l'INPES s'inspire pour déterminer les publics cibles de ses campagnes.

### **LE POIDS DE LA MORALE**

Les spots de prévention sont donc élaborés par des experts en communication, des instituts de sondages et des réalisateurs, c'est-à-dire des individus issus de la population non spécialiste de la toxicomanie. Une part de notre enquête a consisté à recueillir les réactions d'individus profanes à l'annonce de notre sujet d'étude afin de savoir si cette catégorie de population, dont les acteurs précités font partie, était disposée à envisager spontanément ce cas de figure. L'énoncé était présenté comme suit : « je travaille sur la consommation de drogues entre parents et enfants ». L'évocation de ce sujet auprès de la population ordinaire a suscité trois types de réactions : l'incompréhension, l'étonnement et le rejet.

En effet dans un premier temps l'enquêté n'entend pas l'énoncé. Il le fait répéter en rapprochant sa tête de la locutrice ou du locuteur et en plissant les yeux, s'excusant de ne pas avoir bien entendu. À la seconde occurrence, celui-ci croit mal comprendre et reformule un énoncé tout à fait différent du notre. Il a parfois été nécessaire, après quatre tentatives d'explication, de mimer l'énoncé pour que celui-ci parvienne à se représenter la

« consommation de drogues entre parents et enfants ». L'enquête réagit alors de manière étonnée. Nous avons pu relever deux réponses typées en conséquence, la première est : « Mais ça existe ça ? » et la seconde : « Ça alors, j'y avais jamais pensé ». Suite à quoi la majorité réagit par le rejet, soit envers les parents CPE par l'exclamation de qualificatifs péjoratifs (« horrible », « affreux », « dégueulasse », « malsain », « glauque »), soit envers l'enquêteur dont l'intérêt pour un sujet comme celui-ci fait de lui un individu suspect. Les thèmes les plus fréquemment abordés en cas de rejet sont l'empoisonnement d'enfant, l'abus sur mineur et le plaisir malsain. L'importance de leur récurrence laisse supposer que la consommation de drogues entre parent et enfant mobilise des fantasmes en lien avec les tabous du meurtre et de l'inceste. Il semble donc que les acteurs chargés d'élaborer les outils de prévention soient difficilement disposés à aborder spontanément un tel contenu.

## CONCLUSION

Le parcours effectué à l'intérieur de ces deux univers a permis dans un premier temps de prendre la mesure de leur incompatibilité. Aux spots de prévention mettant en scène la destruction de *la famille* par *la drogue* s'oppose une dynamique d'usage *des drogues* qui structure la famille tout autant que celle-ci la structure. Nous avons compris que cette incompatibilité n'était pas nécessairement due à une absence de contact entre les deux univers, mais à une adaptation des actrices et des acteurs aux conditions juridiques de leur rencontre. Par ailleurs, l'étude de ces campagnes montre que les outils de prévention sont élaborés à partir de cadres de pensée qui échappent au contexte scientifique. Ces outils viennent prolonger, suppléer ou reproduire

sous une forme synthétique, une vision du monde à la fois ordonnée et « ordonnante ». Les familles consommatrices ne peuvent donc exprimer leur expérience qu'en des termes éprouvés par ces grilles de lecture inspirées des nomenclatures actuelles. Ces informations vont donc alimenter les statistiques concernant des situations dont la nature même ne sera pas remise en cause. Ces données quantitatives, prises pour preuve qualitative du réel, serviront de socle scientifique pour légitimer les actions à venir, et donc de base de travail pour l'élaboration des campagnes suivantes. La confrontation de ces spots à la consommation entre parents et enfants nous a permis de comprendre qu'ils s'étaient sur une fiction familiale qui, au-delà de ce cadre, contient ses propres tabous. Ce ne sont donc pas deux visions de la toxicomanie qui rendent ces mondes incompatibles, mais deux visions de la famille.

## BIBLIOGRAPHIE

Code pénal. (Art. 434-3 CP), (art. 226-13 CP), (art. 223-1 CP) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.docidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417770&dateTexte=20090326>.

Code de la santé publique. (Loi L 2007-297 du 5 mars 2007 art. 48 du CSP) et (Loi L3421-4 du CSP). <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000615568>.

Galland, Jean-Pierre (2014). « Je fume, tu fumes, nous fumons... » *Asud Journal* 55 : 18-19.

Monge, Julia (2013). « La drogue à la maison : quand parents et enfants consomment "en chœur". » *Psychotropes* 19 [3-4] : 197-211.



# LA DÉPENDANCE AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN POPULATION GÉNÉRALE. UNE LECTURE SOCIOLOGIQUE

*Philippe Le Moigne*

La dépendance aux médicaments psychotropes est depuis longtemps étudiée par la clinique. Ce texte voudrait montrer qu'il est possible d'en comprendre les ressorts à partir d'une lecture sociologique, fondée sur la problématique contemporaine de la responsabilisation de l'individu. Partant d'une enquête conduite auprès de consommateurs réguliers, cette lecture met au jour le paradoxe suivant : l'attachement aux médicaments est d'autant plus fort que l'utilisateur en recherche activement les bénéfices sans pour autant connaître d'amélioration.

Les médicaments psychotropes les plus prescrits – à savoir, les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques – balayent un faisceau large d'indications qui va de la nervosité, aux troubles du sommeil, jusqu'à l'anxiété, la dépression et la psychose<sup>2</sup>. Leur visée thérapeutique pourrait laisser supposer que la notion de dépendance n'a pas ici sa place. Ce



<sup>2</sup> L'analyse s'applique ici aux produits les plus consommés en population générale. C'est pourquoi il ne sera pas fait mention des psychotropes proches des opiacés ou visant à s'y substituer tels que le méthylphénidate ou la buprénorphine.

serait sans compter avec la diffusion des recours chroniques et des marques de surinvestissement dans le produit<sup>3</sup>. Ce phénomène, observé dans les populations les mieux intégrées, a mis à mal l'idée selon laquelle la dépendance devait être confinée pour ces produits à leur abus par les « marginaux », et les injecteurs d'héroïne en particulier.

Cet état de fait a été établi très tôt par la psychopharmacologie et la psychopathologie. De fait, l'usage des produits entraîne peu souvent une tolérance (c'est-à-dire une gradation du dosage pour compenser la perte d'effet), et l'arrêt du traitement suscite rarement une sensation de manque qui acculerait le patient à une recherche compulsive du produit. En cela, les médicaments psychotropes ne seraient pas inducteurs de toxicomanie. Toutefois, l'arrêt du traitement occasionne chez certains patients de véritables gênes, tant physiologiques que psychiques, perturbations qui les inclineraient à reprendre leur consommation et à s'enfermer ainsi dans un usage chronique : ce phénomène, nommé *syndrome d'abstinence* (ou syndrome de retrait, de sevrage ou encore d'interruption), constitue selon la clinique le critère essentiel de la dépendance aux médicaments psychotropes (Hollister et al. 1961 ; Tyrer et Rutherford 1981).

En vue d'expliquer ce phénomène, la psychiatrie comme la psychologie a tenté d'en rapporter la nature, ou bien à des facteurs jugés indépendants de la personne, ou bien directement à sa responsabilité. Dans le premier cas, l'explication met en avant l'implication d'éléments extérieurs aux usagers (propriétés des substances, effets secondaires des produits, excès de prescription, pression des laboratoires pharmaceutiques, etc.). Dans le second, elle fait valoir à l'inverse l'effet d'une tendance



<sup>3</sup> Dans les pays occidentaux, ce n'est pas moins de 20% en moyenne de la population adulte qui consomme ces substances chaque année (Le Moigne 2012).

idiosyncrasique ou d'une élaboration mentale proprement imputable au consommateur (trait de caractère, insuffisance personnelle, particularité de pensée, etc. ; Le Moigne 2008). Mais, que la cause évoquée soit exogène ou endogène aux usagers ne change pas profondément l'orientation privilégiée : dans l'un et l'autre cas, la désignation du phénomène tend à placer l'individu au centre de son propos, sans plus de référence au groupe ou à un schéma relationnel, à l'image du mouvement qui a gagné la qualification de la plupart des addictions.

Le propos de cet article est de tenter de décrire les ressorts de la pharmacodépendance en population générale à partir, cette fois, d'une lecture proprement sociologique, c'est-à-dire en partant des usages sociaux des médicaments psychotropes. Quelles dynamiques étayent, du côté des usagers, le recours régulier aux substances ? Et, en quoi ces recours se rapprochent-ils d'une économie de type toxicomaniaque ? L'argument que je défends ici est qu'il n'y a pas, contrairement à ce qu'on pourrait penser, un grand écart entre, d'une part, les termes du discours savant et, d'autre part, l'équation qui organise, légitime et rend problématique dans certains cas la pratique au long cours de ces produits. C'est du moins ce qu'il est possible de déduire des conclusions d'une campagne d'entretiens menée en France auprès d'usagers réguliers et de leurs prescripteurs. L'investigation permet d'établir que la gestion de la chronicité par les consommateurs s'informe à des principes où domine, comme en psychiatrie ou en psychologie, une même *grammaire de l'individu*. Ainsi, la gestion de la thérapeutique s'avère plus aisée lorsqu'elle s'intègre à une définition de problèmes qui peut être énoncée dans des termes environnementaux, extérieurs aux sujets. En revanche, elle se révèle beaucoup plus problématique lorsqu'elle s'associe à l'hypothèse d'une difficulté du « rapport à soi », c'est-à-dire à une construction d'identité jugée problématique.

L'article revient d'abord sur les caractérisations que les sciences sociales ont pu donner de l'usage des médicaments psychotropes, pour souligner que la dépendance y figure comme l'un des parents pauvres de l'investigation. Il présente ensuite un essai de caractérisation du phénomène, bâti précisément à partir d'un regard sociologique, en se fondant sur une typologie des usages issue des résultats d'une enquête de terrain.

## **LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES**

### **APPORTS ET LIMITES DES RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES**

Depuis plus d'une vingtaine d'années, l'apport de la sociologie et de l'anthropologie a été de montrer le caractère intégrateur et autonome de l'usage des médicaments psychotropes, contre les thèses du contrôle social, de la médicalisation des problèmes sociaux ou de l'intoxication médicale des plus pauvres (Gabe et Lipshitz-Philipps 1984). Au regard des facteurs sociaux de la consommation, il a pu être établi que les médications répondaient imparfaitement aux standards de l'indication psychiatrique. Les travaux montrent combien les traitements durables sont liés à la prise en charge du vieillissement (Collin 1999) ou à la prévention et à l'accompagnement des maladies somatiques, du risque cardio-vasculaire en particulier (Le Moigne 2000). Gabe, en Angleterre, a évoqué de son côté la possibilité selon laquelle les consommations chroniques pourraient être liées à un traitement de l'isolement social, chez les femmes au foyer de la classe ouvrière en particulier (Gabe et Thorogood 1986).

Dans le domaine des représentations sociales, certaines études ont permis de montrer que l'autodiagnostic des patients prenait appui sur des catégories souvent lâches (nervosité, perte de sommeil, stress, etc.), mais qu'en revanche les consommateurs demeuraient éminemment soucieux à l'égard du risque de dépendance (Haxaire 2002 ; Bauman et al. 2001). De la même manière, il a été souvent établi que le consommateur est acteur de son usage. Ainsi, la crainte de la dépendance pourrait être reconvertie par certains patients, comme le montre Cecil Helman, en un phénomène résiduel au regard des bénéfices vécus dans l'automédication, et être contrebalancée par le sentiment de maîtriser sa propre santé, voire d'accéder au bien-être. On aurait affaire dans ce cas à une consommation quasi ostentatoire, ou disons à un choix ou à un mode de vie qui affirme sa légitimité (Helman 1981). Dans une perspective plus relationnelle, le travail de Delphine Dupré-Lévêque tend à montrer que l'initiation du recours chez la personne âgée peut être assimilée à une reprise d'influence : elle signale un problème qui oblige les descendants à porter de nouveau attention à leur parent (Dupré-Lévêque 1996). Et, comme Joke Haafkens l'a montré, cette recherche d'une affirmation personnelle est également à l'œuvre lorsque l'usage est dissimulé à l'entourage. Ce « rituel du silence », selon l'expression de l'auteur, est là encore pour le patient l'occasion d'affirmer une nouvelle maîtrise : en cachant sa consommation à ses proches, il en acquiert seul la gestion et, finalement, se révèle à lui-même capable d'agir hors de leur contrôle (Haafkens 1997).

Ces lectures tendent à placer l'usage un peu trop en marge du système de soin, et à lui prêter un caractère un peu trop immédiatement positif. D'abord, en insistant sur le processus d'appropriation du produit par le consommateur, la recherche a peut-être introduit un contraste excessif entre le discours des

usagers et celui de la psychopathologie ou de la psychopharmacologie. Ensuite, en insistant sur l'autonomie du consommateur, contre la thèse de la camisole chimique, la recherche a diffusé l'image d'une gestion harmonieuse des produits par les usagers et est restée plus silencieuse à l'égard des manifestations problématiques du rapport aux médicaments. En quoi il importait de consacrer à cette question une investigation en propre.

## **LE PROTOCOLE D'ÉTUDE**

Cette investigation est issue de deux recherches conduites par entretiens auprès de consommateurs au long cours de benzodiazépines et/ou d'antidépresseurs (Le Moigne 2012). Le programme d'enquête a été mené en deux phases. Il s'est d'abord agi, à partir des données de la Sécurité sociale, de composer un échantillon aléatoire parmi l'ensemble des patients remboursés durant l'année d'au moins une prescription de médicaments psychotropes dans les 31 communes de l'agglomération de Rouen. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, taux de couverture médicale, etc.) de 10'097 patients ont ainsi été étudiées par ce moyen. L'analyse rétrospective de l'ensemble des actes médicaux de cette population, pour les deux années écoulées, a permis par ailleurs de dégager des durées de recours, notamment un taux de chronicité (évalué à une consommation continue de médicaments psychotropes durant l'ensemble de la période) égal à plus de 15%. Ces données ont ensuite été cartographiées par adressage automatique à partir de l'adresse postale des personnes assurées échantillonnées. Les cartes ont permis d'établir une typologie des quartiers selon leur degré de prescription et la durée des recours.

La deuxième phase de la recherche a consisté à sélectionner, parmi ces quartiers, 5 sites d'investigation relativement contrastés au regard de la densité et de la chronicité de la prescription. Sur ces sites, 15 médecins généralistes ont été interviewés ainsi que 45 patients de leur clientèle. Ces patients, prescrits en médicaments psychotropes, ont été sélectionnés en vertu du produit ordonné et de l'antériorité de leur consommation, données établies après interview des médecins. On présente maintenant les données issues de ces entretiens. La typologie, rapportée en Figure 1, en résume le propos sous forme de schéma.

## **DE L'USAGE PONCTUEL À LA DÉPENDANCE : LES FIGURES DU RECOURS**

### **LES USAGES CONJONCTURELS : UN MODE D'AJUSTEMENT**

D'abord, pour mieux donner à voir ce que le phénomène recouvre, il peut être bon de distinguer les recours chroniques des recours conjoncturels, c'est-à-dire des consommations épisodiques, inférieures à l'année. Celles-ci représentent plus de 80% des recours prescrits aux 10 millions de Français qui consomment chaque année ces médicaments. Elles sont conjoncturelles, précisément, parce que les problèmes qui leur sont liés sont eux-mêmes conjoncturels : difficultés passagères au travail, crise conjugale, le cas échéant, un deuil, etc. L'amélioration se lit plutôt ici dans les termes de l'ajustement ou de la rémission.

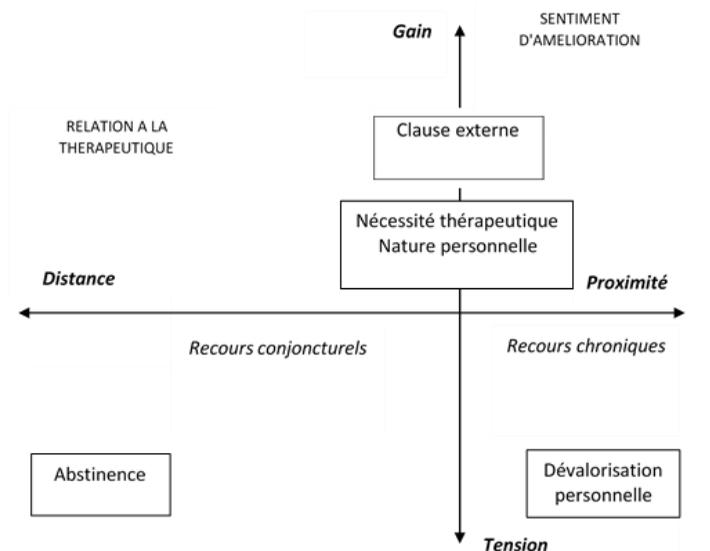
La plupart des recours demeurent conjoncturels également parce que l'image des médicaments psychotropes demeure associée à l'induction possible d'une dépendance. De cette sorte,

une partie importante des recours reste inférieure aux recommandations qui encadrent la prescription : ainsi, 50% des recours aux antidépresseurs sont inférieurs à 6 mois. Ici, l'identité personnelle et le problème à surmonter sont clairement distingués du médicament, au point même de paraître s'opposer comme dans le cas où la thérapeutique prescrite n'est pas consommée.

L'étude de la gestion des produits tend à montrer que les consommateurs ont du mal à cerner réellement la cible de la thérapeutique. Surtout, comme à l'intérieur des débats de la psychopharmacologie, une certaine ambivalence domine le recours, « l'amélioration de sa santé » étant toujours associée par les usagers au risque d'une soumission aux produits. C'est entre autres la raison pour laquelle la grande majorité des recours reste ponctuelle.

En revanche, lorsque la chronicité est patente, soit dans environ 15% des cas, l'imputation de la consommation s'avère plus délicate : elle implique de dissiper l'idée d'une induction créée par les substances, et requiert à ce titre des usagers qu'ils mobilisent d'autres facteurs explicatifs, somatiques, environnementaux ou proprement personnels. Cette contrainte peut conduire à une personnalisation importante du recours, sans pour autant que la consommation en vienne à être condamnée par l'entourage ou le médecin généraliste, prescripteur dans plus de 80% des cas. A proprement parler, la gestion de la chronicité devient problématique lorsque, d'une part, le symptôme est défini dans les termes d'une difficulté du « rapport à soi » et que, d'autre part, la mise en œuvre de la thérapeutique, loin d'en constituer l'antidote, confirme aux yeux des différents protagonistes mobilisés par le recours, chaque jour un peu plus, l'évidence de ce diagnostic. Trois cas de figure peuvent être distingués ici (voir Figure 1).

**Figure 1 : L'organisation de l'expérience thérapeutique (au regard du sentiment d'amélioration et de la proximité au médicament)**



*En majuscules : définition des axes*

*En gras : modalités de chaque axe*

*En italique : les durées de l'usage*

*Encadré : les modes d'organisation de l'expérience thérapeutique*

## **LES RECOURS CIRCONSTANCIELS : LA CLAUSE EXTERNE**

Parmi les usages chroniques, on peut évoquer une première population de patients dont la consommation peut être désignée sous le terme de « recours circonstanciels ». On se contentera

ici d'en décrire les caractéristiques majeures. Ces consommateurs se recrutent plus souvent parmi les personnes âgées de 40 à 50 ans, et parmi les populations d'employés. Le recours est structuré par une clause dite « relationnelle » ou « sociale », c'est-à-dire par la situation familiale ou la condition de vie de l'utilisateur : divorce, séparation, conflit au travail, chômage, etc. Dans la mesure où la médecine n'a pas prise sur ces circonstances, et où celles-ci peuvent être structurelles, la durée de la consommation s'élève souvent à plusieurs années.

Mais, dans la mesure où le motif de la consommation peut être rapporté à un facteur pour tout ou partie extérieur au patient, celui-ci n'étant pas en cause, le renouvellement du traitement bénéficie d'une certaine légitimité tant auprès du consommateur que du prescripteur. Ici, la chronicité n'engage pas un rapport problématique aux médicaments, même si l'usage répond bien à l'attente d'un « maintien de soi » devant une situation jugée contraignante, voire dégradante. Et dans la mesure où l'amélioration de la condition des personnes dépend d'un facteur jugé extérieur à la consommation, celle-ci fait rarement l'objet d'un investissement massif de la part de l'utilisateur.

### **LES RECOURS FATALISTES : L'ABSENCE DE PERSPECTIVE**

Le second groupe de consommateurs chroniques se rapporte à l'univers des ouvriers et des employés. Il est dominé par le vieillissement, la maladie organique et plus rarement par les difficultés professionnelles. Ces consommateurs justifient leur durée de recours - aux benzodiazépines en particulier - en vertu d'une nécessité thérapeutique. Ils doivent faire face, et le médicament contribue, au quotidien, au maintien d'un bien-être minimal face à la maladie ou à l'isolement. L'usage est fataliste. En effet,

la chronicité, qui peut impliquer ici plus de vingt ans d'usage, est tolérée, y compris par les prescripteurs, dans la mesure où aucune perspective d'amélioration ne peut être escomptée. Le cas échéant, ces recours ont démarré avant la survenue de la maladie organique ou de la perte d'un proche. C'est particulièrement vrai du traitement de l'insomnie chronique. Dans ce cas, la légitimité du recours est souvent bâtie sur deux arguments : la nécessité impérieuse de dormir, et la « nature » du patient. Les discours des usagers et celui des prescripteurs rejoignent ici par certains aspects la pensée de la psychiatrie, et de la psychologie de la personnalité en particulier. Ces usagers au long cours se disent en effet porteur d'une disposition personnelle à l'insomnie, le cas échéant, d'une « personnalité anxieuse ». Dans la mesure où ce trait est dit « structurel », la prescription s'engage à devenir chronique.

Ce débouché est d'autant plus probable que la gestion des produits, par ses aléas, amplifie parfois le mal-être de ces personnes. En particulier, l'oubli du produit ou les tentatives d'abstinence les empêchent de dormir, et la perspective que cette expérience se renouvelle les rend anxieuses. En un mot, la thérapeutique devient d'autant plus nécessaire qu'elle conforte le symptôme que les usagers s'attribuent et les explications qu'ils cherchent à en donner. Néanmoins, si la proximité aux produits est grande, et l'attachement aux comprimés prescrits indéfectible, on ne peut évoquer l'idée d'un surinvestissement thérapeutique dans la mesure où, le plus souvent, aucune amélioration n'est visée à terme.

## **LES RECOURS CONTRADICTOIRES : LE MÉDICAMENT COMME PROBLÈME**

En revanche, le troisième type d'usage chronique s'avère plus problématique. Ces patients sont plus jeunes, soit âgés de 40 ans en moyenne, et se recrutent généralement parmi les classes moyennes, notamment dans le corps enseignant et le travail social. La prescription est composée d'antidépresseurs, parfois prescrits seuls, mais plus généralement associés à des anxiolytiques et des hypnotiques. Le symptôme est défini dans les termes de la dépression. Ce contexte de prescription reste ouvert à l'hypothèse de la rémission. Pour autant, l'origine du trouble, voire sa qualification en tant que pathologie, ne se laisse pas aisément deviner, c'est du moins ce que les usagers comme les prescripteurs tendent à rapporter. Dans ce cas, la légitimité du mal-être ne peut se prévaloir d'une cause événementielle ou organique. Elle laisse les patients penser qu'elle se situe à l'intérieur d'eux-mêmes, « en profondeur ». La thérapeutique paraît maintenir ici les usagers hors d'un retour massif à l'épisode initial de détresse, mais elle ne produit pas de rémission franche. C'est pourquoi, après quelques mois de traitement, certains prescripteurs finissent par douter de la réalité de la plainte et par l'attribuer à l'insuffisance du patient (Haxaire 2005). Comme l'a montré Alain Ehrenberg, le patient est « pris » ici dans un jeu assez complexe : il ne sait pas si la stabilisation de son état est due aux produits, ou bien si c'est lui qui va mieux (Ehrenberg 1998). Cette incertitude se double d'un rapport ambivalent à l'égard de la thérapeutique : le patient se dit soulagé par elle, mais il reconnaît en même temps que la solution à son problème dépend d'abord de lui.

Les usagers de ce type font part d'un « rapport à soi » dominé par l'attente d'autonomie et d'une expression proprement per-

sonnelle. Leur vision de l'individu est dynamique et, plus qu'aillleurs, autocentrée. Ils sont donc à l'image même d'un contexte social qui exige de l'individu, non plus seulement de se soumettre à des codes hérités, de son groupe ou d'autrui, mais de démontrer dans l'absolu des compétences en propre par l'initiative. En un mot, leur parcours se situe au cœur même de la problématique contemporaine de la *responsabilisation personnelle* (Soulet 2007 ; Martuccelli 2004).

Ainsi un enseignant nous dit qu'il ne parvient pas à tenir sa classe parce que, après réflexion, il n'en serait pas capable. Ou bien une éducatrice spécialisée aperçoit dans les difficultés d'insertion des jeunes dont elle a la charge un manque de pugnacité de sa part, voire un manque de compétences. Les facteurs contextuels sont donc minorés et la situation est d'abord vécue sur un mode personnel. En écho à cette représentation, les symptômes de ces usagers s'expriment d'abord dans les termes d'une « dévalorisation de soi » (Le Moigne 2006). Et, leur trajectoire de consommation ajoute de fait à ce sentiment. L'attitude du médecin généraliste n'est pas en effet sans comporter une part de dépréciation : l'absence de rémission, la faible lisibilité du trouble, finissent tôt ou tard par mettre en cause le patient.

En outre, l'usage n'acquiert jamais tout à fait ici la valeur d'une nécessité thérapeutique : le recours à la chimie apporte un effet stabilisateur, mais c'est l'abandon de toute thérapeutique qui incarne l'idéal de ces usagers. En effet, l'arrêt du traitement tendrait à signifier qu'ils vont mieux. Autrement dit, le renoncement à la thérapeutique marquerait la restauration de leur capacité d'autonomie et d'initiative. Comme l'a souligné Diana North, dans l'une des rares études consacrées aux groupes d'autosupport œuvrant dans le domaine de la dépendance aux benzodiazépines, le rapport aux médicaments psychotropes tend à devenir proprement chronique et problématique lorsque le médicament lui-même fait partie intégrante des problèmes

que le patient cherche à résoudre (North et al. 1995). La chronicité, qui se mesure souvent à plus de 10 ans d'usage, résonne donc pour eux comme un désaveu personnel.

Devant l'absence de rémission, ces patients ont tendance, dans un premier temps, à mettre en cause le produit : ils s'informent, essaient de nouvelles molécules, et connaissent éventuellement une période de rémission plus ou moins durable. Les marques de rechute, voire de récurrence, sont néanmoins fréquentes. Mais, l'adoption d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle combinaison de produits n'est pas toujours à la hauteur des espoirs que l'usager peut placer en elle. Ce constat tend, dans un second temps, à renvoyer le patient à lui-même. Ces consommateurs considèrent en effet que l'efficacité de la thérapeutique est variable, et que cette variabilité dépend d'abord d'un facteur personnel. Autrement dit, si le nouveau traitement a échoué, c'est là encore parce qu'il n'était pas adapté à leur individualité.

C'est pourquoi l'investissement dans le produit atteint chez ces patients un point culminant : ils sont à l'affût de toute nouveauté thérapeutique, et vont parfois jusqu'à construire des schémas d'usage complexes où les variations du dosage, les circonstances de la prise sont pensées dans leurs moindres détails, donnant lieu à des expérimentations et des ajustements incessants. Un enseignant avait, par exemple, inscrit le moment de ses prises et leur dosage, sur un feuille d'emploi du temps qu'il avait collé sur son réfrigérateur. Ce dispositif devait lui permettre de faire coïncider au mieux ces prises et ces dosages avec ses horaires de cours. Il devait également lui permettre de tester des variations de posologie, leurs effets étant dûment notés sur cette feuille chaque matin et chaque soir durant une période donnée, comme dans une expérimentation pharmacologique.

Rarement donc, la relation aux produits n'est marquée plus qu'ici par une tension. Le recours paraît à la fois « stabiliser » ces patients et induire un nouveau mal-être, relation qu'on pourrait désigner par le terme de « maintien paradoxal » (Le Moigne 2012). Et c'est bien d'un paradoxe dont il s'agit puisque ces patients, par leur caractère au moins pour partie dépressif, incarnent au plus près la cible visée par la thérapeutique dont la diffusion n'a cessé de croître depuis les années 1990, à savoir : les antidépresseurs.

## CONCLUSION

Les sciences sociales ont cherché à souligner la distance qui sépare l'usage des médicaments psychotropes des visées pharmacologiques, des indications ou des recommandations sanitaires qui leur sont associées. Cette perspective a pointé l'effet de transformation que l'appropriation profane des produits applique à la rationalité diagnostique et thérapeutique des médicaments. Ce phénomène est indéniable, mais il est soudé ici à une lecture par trop dualiste de *l'interaction médicale*. A l'inverse, les lectures biogénétiques ou psychogénétiques de la dépendance ont prêté aux caractéristiques des produits ou de l'utilisateur un poids abusivement explicatif. Cette perspective revient à introduire une nette distinction entre la plainte du patient et la thérapeutique, comme s'il y avait là deux mondes parfaitement étanches.

En réalité, les effets induits par la thérapeutique dépendent pour beaucoup de sa mise en œuvre : pour le dire autrement, le fait de consommer le médicament n'est pas sans retentir sur les sentiments et les perceptions du patient, sur son appréciation par autrui et, par suite, sur l'évolution de sa condition. A ce titre,

la gestion des médicaments soumet les usagers comme les prescripteurs à une relation de sens qui les dépasse mais qu'ils partagent. Cette relation est structurée, dans un cas comme dans l'autre, par la question de l'amélioration personnelle, d'une part, et du règlement que la thérapeutique peut lui apporter, d'autre part. L'équation de ces deux termes décide de la teneur de la prescription, mais également du destin de l'usage et de son caractère plus ou moins problématique.

Face à cette équation, la plupart des usages, y compris les plus réguliers, bénéficient d'une grande légitimité et donnent lieu à une gestion relativement maîtrisée. Cette issue rend compte des règlements qui ont pu être apportés, par le colloque médical, à la négociation de la thérapeutique et à son éventuelle chronicité. Et, de fait, la chronicisation des recours est plus résiduelle que ne le laisse présager le débat public en la matière. Mais, même dans pareil cas, il est rare que la régularité de l'usage soit l'indice d'une conduite problématique. C'est particulièrement vrai lorsque la réitération des ordonnances se prévaut de causes qui peuvent être externalisées, c'est-à-dire affectées à l'environnement du patient. La chronicité de l'usage ne paraît pas non plus faire problème lorsque l'amélioration du patient, devant son invalidité ou « sa structure de personnalité », ne peut plus être réellement escomptée. Dans un cas comme dans l'autre, la médication sert une politique de maintien ou de réintégration, et reste stable dans le temps en vertu du caractère structurel, réel ou jugé comme tel, des problèmes auxquels elle s'associe.

En revanche, l'équation entre l'amélioration personnelle et la thérapeutique tend à se brouiller, jusqu'à créer un jeu de relance permanent, lorsque la prescription interfère avec le procès définitoire du patient. Quand une telle interférence est présente, la désignation identitaire de l'utilisateur finit par s'intégrer aux

termes mêmes de l'usage, au point de s'y confondre. Ces patients attendent généralement de la médication une définition mieux aboutie d'eux-mêmes, et une amélioration de la capacité d'initiative et d'autonomie qui, selon eux, leur fait défaut. À ce titre, la thérapeutique n'est pas simplement chargée d'une *valeur apaisante ou reconstructrice*, mais elle est investie comme le moyen d'une *réalisation personnelle*. Et, c'est précisément en cela qu'elle s'avère contreproductive. La correction du déficit dit « de soi », déficit dans lequel la psychopathologie reconnaît l'un des éléments cardinaux de l'état dépressif, oblige ces patients à concéder aux produits le pouvoir de transformation qu'ils voudraient pouvoir revendiquer pour eux-mêmes. Ici, le recours au médicament informe un désaveu personnel qui convoque en retour la recherche d'une nouvelle prescription, si bien que la problématique de l'usage finit par imposer ses propres règles à la conduite de l'usager, et par accaparer la plupart de ses investissements.

À ce titre, la confrontation des thèses défendues par la psychopharmacologie aux logiques de l'usage fait apparaître certaines différences de vues. Les consommateurs les plus réguliers font rarement référence aux symptômes de sevrage, et n'ont pas à l'esprit un schéma mental parfaitement élaboré de la dépendance. Ils sont plus enclins à mobiliser des facteurs extérieurs, même s'ils s'accordent pour considérer qu'un effet de personnalité peut expliquer leur proximité aux produits. Toutefois, en dépit de ces différences, le découpage de l'explication, entre raison interne et raison externe, s'alimente chez eux à un principe qui n'est pas très différent de celui que la nosographie psychiatrique défend lorsqu'elle distingue, par exemple, la susceptibilité individuelle aux produits des effets induits par le produit lui-même. Il y a là un langage commun qui cherche à ordonner, à travers des modalités différentes, une réponse structurée au

traitement médical de la cause personnelle, et aux ambivalences tant éthiques qu'explicatives que ce mot d'ordre ne manque pas de faire apparaître.

Les manifestations les plus problématiques du recours décrivent les avatars d'une telle cause : elles en donnent à voir le point limite. Certes, dans pareil cas, l'effondrement de l'utilisateur sur l'usage ne prend pas l'aspect des expressions de dépendance où dominent la recherche de l'état second, exceptionnel, et son cortège de douleurs physiques et morales, le cas échéant, redoublées par la marginalité (Goode 2006 ; Le Moigne 2003). Pour autant, si les usages les plus problématiques des médicaments psychotropes diffèrent par leur forme de ces expressions, leur finalité et leur économie n'en sont pas moins très proches. La « quête de soi », déléguée de manière tout aussi absolue au pouvoir d'un produit, en constitue là tout également, comme pour la toxicomanie dans de nombreux cas, le préalable.

Si donc ces patients ont peu à voir avec les injecteurs d'opiacés qui recourent aux benzodiazépines, comme adjuvants ou pour soulager leur douleur, il reste qu'ils sont également « pris » dans un processus où le produit devient pour partie définitoire d'eux-mêmes. Autrement dit, bon gré, mal gré, le médicament finit par être placé au centre du quotidien de ces usagers et par acquérir la forme d'une valeur identitaire pour le moins problématique. Il y a là une personnalisation du recours qui conduit à placer l'usage du produit dans un rapport contradictoire : le médicament agit à la fois comme une ressource mais également comme le problème à résoudre, d'abord et surtout aux yeux mêmes de l'utilisateur. Par quoi, ce processus décrit bien au final une dépendance.

## BIBLIOGRAPHIE

- Baumann, Michelle, François Alla, et Fabienne Empereur (2001). « Psychotropes et dépendances : profils des consommations et trajectoires de leurs comportements. » Paris : OFDT.
- Cohen, David (éd.) (1990). « Challenging the therapeutic state. Critical perspectives on psychiatry and mental health system. » *Journal of Mind and Behavior* 11 (1) : 1-328.
- Collin, Johanne (1999). « La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. » *Sciences Sociales et Santé* 17, 31-52.
- Dupré-Lévêque, Delphine (1996). « Les « effets tertiaires » du médicamenteusement psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateur-trice-s âgés, Drogues et médicaments mis en contexte. » *Santé mentale au Québec* 22 : 183-199.
- Ehrenberg, Alain (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : Odile Jacob.
- Gabe, Jonathan et Nicki Thorogood (1986). « Prescribed drug use and the management of everyday life: the experiences of black and white working class women. » *Sociological Review* 34 : 737-772.
- Gabe, Jonathan et Susan Lipshitz-Philipps (1984). « Tranquilisers as social control ? » *Sociological Review* 36 : 320-352.
- Goode, Erich (2006). « The sociology of drug use », dans Clifton D. Bryant et Dennis L. Peck (éd.). *21<sup>st</sup> Century Sociology : A Reference Handbook*, Sage : London, p. 415-424.
- Haafkens, Joke (1997). *Rituals of silence: long term tranquilizer use by women in the Netherlands*. Amsterdam : Het Spinhuis.
- Haxaire, Claudie (2002). « *Calmer les nerfs* : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. » *Sciences Sociales et Santé* 20 (1) : 63-88.
- Haxaire, Claudie (2005). *Mise en récit de la souffrance de patients par des médecins généralistes de Bretagne Occidentale*. Paris : Cesames.

- Helman, Cecil G (1981). « *Tonic, fuel and food: social and symbolic aspects of long-term use of psychotropic drugs.* » *Social Science and Medicine* 158 : 521-533.
- Hollister, Leo. E., Francis P. Motzenbecker, Roger O. Degan (1961). « Withdrawal reactions to chlórdiozepoxide (Librium). » *Psychopharmacologia* 2 : 63-68.
- Le Moigne, Philippe (2000). « Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours. » *Revue Suisse de Sociologie* 26 : 71-109.
- Le Moigne Philippe (2003). « L'usage morbide des drogues. Culture du risque et raison personnelle dans les sociétés contemporaines. » *Sciences Sociales et Santé* 21 : 115-124.
- Le Moigne, Philippe (2006). « Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes », dans Collin, Johanne, Marcelo Otero et Laurence Monnais (éd). *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un sujet complexe.* Québec : Presses Universitaires du Québec, p. 91-107.
- Le Moigne, Philippe (2008). « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages. » *Drogues, Santé et Société* 7 : 55-88.
- Le Moigne, Philippe (2012). « Le phénomène de pharmacodépendance en population générale. » dans Expertise Collective Inserm (éd.). *Médicaments psychotropes. Mésusage et pharmacodépendance.* Paris : Editions INSERM, p. 133-147.
- Martuccelli, Danilo (2004). « Figures de la domination ». *Revue Française de Sociologie* 45 (3) : 469-497.
- North, Diana, Peter Davis, et Anne Powell (1995). « Patients responses to benzodiazepines medication: A typology of adaptive repertoires developed by long-term users. » *Sociology of Health and Illness* 17(5) : 632-650.
- Soulet, Marc-Henry (2007). *La souffrance sociale : nouveau malaise dans la civilisation.* Fribourg : Academic Press Fribourg.
- Tyrer, Peter J. et David Rutherford (1981). « Benzodiazepine withdrawal symptoms and propanolol. » *Lancet* i : 520-522.

# DROGUES DE RUE. GESTION DES RISQUES, STRATÉGIES DE RÉGULATION, TACTIQUES ET SAVOIR-FAIRE

*Mathieu Lovera*

Les usagers de drogues vivant dans la rue sont presque exclusivement dépeints sous des représentations alarmistes ou misérables. Dans ces milieux précaires, ces personnes doivent mettre en place des tactiques et stratégies pour survivre à cet environnement hostile. Elles développent des savoir-faire, des conduites singulières, donnent du sens à leur pratique et à un monde social, loin de l'image de personnes sans autonomie, sans prise sur leur existence.

« Le camé vit dans le temps de la came. Quand on le prive de drogue, l'horloge s'arrête. Tout ce qu'il peut faire c'est s'accrocher et attendre que reparte le temps sans came. Un camé en état de manque ne peut échapper au temps extérieur ni faire autre chose que d'attendre. » (Burroughs 2008 : 28)

Il n'y a pas plus mauvaise image que celle de l'utilisateur de drogues vivant dans la rue. Tour à tour taxées de « camés », de « tox de rue » ou encore de « punks à chiens », ces personnes reléguées aux marges du monde ordinaire représentent dans l'imaginaire social le dernier stade de la déchéance. Socialement disqualifiés, objet de processus de stigmatisation permanents, les usagers de drogues de rue sont presque exclusivement dépeints sous des

représentations alarmistes ou misérabilistes. L'idéologie anti-drogues<sup>4</sup> y est certainement pour beaucoup, faisant de chaque *drogué* soit un malade ou un délinquant.

En France, c'est l'épidémie de sida et ses milliers de victimes qui a poussé à porter un regard différent sur les modes de vie de ces personnes, afin de mieux comprendre les enjeux posés par l'usage de drogue, notamment lorsqu'il se déroule dans des milieux sociaux marqués par la précarité. L'hécatombe provoquée par l'épidémie ne pouvait alors plus faire l'économie de la compréhension des problématiques des usagers de drogues dites « dure », particulièrement celles concernant les usagers injecteurs d'héroïne.

Le tournant des années 1980 a alors été marqué par une prise en compte des usagers de drogues comme personnes douées de raison, aux comportements qui ne relèvent pas de la seule irrationalité. La mise en vente libre des seringues en 1987, puis la réussite de la politique de réduction des risques en matière de lutte contre le VIH/sida ont montré que les usagers avaient une prise sur leur existence, pouvaient prendre soin de leur santé et ne vivaient pas en totale anomie ou en apesanteur sociale, loin de toute organisation individuelle ou collective.

Différents travaux ethnographiques (Bourgois 1995 ; Jamoulle 2000 ; Bouhnik 2007) se sont penchés sur les styles de vie liés aux drogues de rue. Loin de l'image d'un individu complètement aux prises avec le produit, on y découvre des personnes qui savent, comme tout un chacun, en partie ce qu'elles font, négocient avec les contraintes de la précarité, apprennent



<sup>4</sup> Assortie de la loi du 31 décembre 1970, qui interdit et pénalise l'usage illicite de toute substance classée comme stupéfiant. Elle a été complétée depuis par plusieurs circulaires de politique pénale.

à composer avec les prises de risques dans l'étroite marge de manœuvre qui leur reste.

Dans le prolongement de ces travaux, nous formulons ici l'hypothèse que les usagers de drogues en contexte précaire développent des savoir-faire, des conduites singulières, et qu'ils sont capables de produire du sens sur ces pratiques, afin de « se construire un véritable monde social (Bouhnik 2007, 4ème de couverture) ». Tel est l'objet d'une recherche entamée en 2013 avec l'Université Paris 8 et la Mission de prévention des conduites à risques de Seine-Saint-Denis, et prolongée actuellement dans le cadre du master « Santé, populations, politiques sociales » à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales : approcher au plus près les conditions d'existence des usagers de drogues de rue, mieux comprendre les stratégies développées et mises en œuvre dans la gestion du quotidien de ces personnes désaffiliées, appréhender les ressources et compétences qu'elles mobilisent pour parvenir à gérer, tant bien que mal, leurs prises de risques.

Nous espérons également qu'une meilleure connaissance des pratiques de ces publics et des logiques qui y président peut contribuer à mieux penser la prévention et la réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues en contexte fortement précarisé.

## **LE NORD-EST PARISIEN : RÉNOVATION URBAINE, CRACK ET MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS**

Le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, et particulièrement le quartier de la Goutte d'Or, au Nord de la capitale, est bien connu pour sa grande diversité sociale et culturelle, son histoire populaire marquée par les vagues de migration depuis de nombreuses décennies : Italiens, Polonais, Espagnols, Portugais, Maghrébins,

Africains de l'Ouest et de l'Afrique subsaharienne, Antillais, aujourd'hui Géorgiens et Tchétchènes. Si le quartier porte encore les traces de son histoire collective hétéroclite et colorée, la rénovation urbaine engagée depuis les années 1980 en a néanmoins fortement modifié la géographie. Les cars de CRS (Compagnies Républicaines de Sécurité) ont désormais élu domicile à la sortie du métro Barbès Rochechouart, les patrouilles de la BAC (Brigade Anti Criminalité) font la chasse à la vente à la sauvette, et des immeubles aux allures de cité HLM (Habitat à Loyer Modéré) ont remplacé les échoppes de tissus, les petites épiceries orientales et les hôtels meublés qui accueillaient autrefois les travailleurs immigrés. A la nuit tombée, les rues de la Goutte d'Or se vident, seul le quartier de Château Rouge, non loin de là, reste animé par les petits commerces africains et antillais.

Ça et là, des petits groupes de fumeurs de crack arpentent les coins de rues, en quête d'un éventuel « plan », pas encore chassés par la pression policière comme ce fut le cas dans le quartier de Stalingrad tout proche, objet d'une réhabilitation radicale depuis plusieurs années. Après le nettoyage à la fin des années 80 de l'îlot Chalon, *eldorado* des drogues en tout genre, c'est à Stalingrad que s'était alors installé un véritable marché du crack, gigantesque « scène ouverte » regroupant toutes les nuits des centaines d'usagers sous les arcades de la place de la Rotonde. La répression policière aura finalement eu raison de ces rassemblements, dispersant les usagers vers les rues alentour, créant de fait de nouveaux points de fixation.

De l'autre côté du boulevard de la Chapelle qui sépare le 18<sup>ème</sup> du 10<sup>ème</sup> arrondissement se trouve la Gare du Nord, lieu de transit de nombreuses substances psychotropes et lieu de passage obligé de leurs aficionados, venus de toute l'Île-de-France mais aussi de province et d'Europe. C'est au coin de la rue qui borde le service des urgences de l'hôpital Lariboisière

que se retrouvent les amateurs de médicaments détournés, principalement de Skénan, un sulfate de morphine destiné au soulagement des grandes douleurs. On y trouve aussi aisément des cachets de Subutex, nom commercial de la buprénorphine, ou de la méthadone, traitements de substitution aux opiacés. Ces médicaments ont aujourd'hui remplacé l'héroïne, qui a quasiment disparu de ces quartiers du nord parisien, en raison de son coût, de sa qualité devenue médiocre, et des ravages qu'elle occasionna dans le quartier il y a une vingtaine d'années avec son hécatombe d'overdoses et l'épidémie de sida.

Plus au nord, entre le boulevard périphérique et les bretelles de l'autoroute de la Porte de la Chapelle, s'est installé depuis quelques années un campement de fortune, fait de tentes, de cartons et de tôle, sous les ponts du nœud autoroutier. C'est ici que vivent les usagers de crack les plus précaires, certains depuis de nombreuses années. Comme tous les lieux de cristallisation du crack à Paris, il fait l'objet d'évacuations à répétition, mais à certaines périodes on peut compter plusieurs dizaines d'usagers vivant régulièrement sur place. Comme dans les autres quartiers populaires de Paris, la spéculation immobilière est passée par là : les grands chantiers de la rénovation urbaine sont en passe de transformer les anciens quais de déchargement et entrepôts qui longeaient les Boulevards des Maréchaux en nouvelles résidences et commerces pour classes moyennes et aisées, et l'aménagement de la nouvelle ligne de tramway a repoussé les usagers de la rue, enfermés désormais entre le périphérique et le Boulevard Ney. C'est dans ce no man's land que se concentre la plupart de l'activité souterraine du quartier, principalement le petit trafic et la consommation de crack, ainsi que la prostitution des femmes consommatrices de toutes sortes de substances.

Concernant l'usage de drogues, les études montrent des disparités importantes entre l'Ile-de-France et la province (Jauf-

fret-Roustide 2006). L'une des caractéristiques majeures de Paris et de l'Île de France, c'est que l'usage de la forme basée (fumable) de la cocaïne, qu'on l'appelle *crack* ou *free base*, y est quatre fois plus important que dans le reste du pays. Les usagers de crack franciliens présentent globalement un profil plus âgé, et surtout des conditions de vie plus précaires. Les observations de terrain et les études font état d'une précarité extrême, d'une situation sanitaire très dégradée (Espoir Goutte d'Or 2005 ; Jauffret-Roustide 2006, Pfau et al. 2009 ; Cadet-Tairou et al. 2010).

Parmi les usagers injecteurs de la Gare du Nord, on distingue différents profils, des « anciens » qui ont déjà un long parcours de consommation, mais aussi des jeunes en errance, polyconsommateurs, ou encore des usagers de passage, qui viennent s'approvisionner depuis la banlieue. Tous ces groupes sont perméables, certains glissent d'un groupe à l'autre, se côtoient, pratiquent le troc, du type « Subutex contre caillou de crack ». Il faut donc tempérer les classifications. Preuve de cette mutation des usages, le crack est aujourd'hui consommé par la quasi-majorité des usagers, y compris par les migrants d'Europe de l'Est arrivés il y a peu de temps, qui étaient injecteurs d'opiacés et qui se sont très vite adaptés aux usages locaux.

Le crack campe ainsi le décor du 18<sup>ème</sup> arrondissement, avec ses intrigues heureuses ou tragiques, ses petites et grandes histoires, sa franchise et ses coups bas. Paradoxalement, il a résisté à la gentrification. De Stalingrad à Château Rouge, de la Porte de la Chapelle à la Gare du Nord, il circule entre les cercles d'usagers, consommé par les uns comme produit principal, par d'autres plus occasionnellement, « comme un apéro »<sup>5</sup> ou une

●  
<sup>5</sup> C'était le terme employé par Pascal, un usager dépendant aux opiacés mais très méfiant de la consommation compulsive provoquée par le crack, et qui s'en protégeait en ne fumant jamais plus de deux « kifs »

petite fête. Les communautés d'usagers se croisent, se font et se défont au gré des rencontres, des embrouilles, des « plans » et des circonstances.

## LES CONTRÔLES DE LA TOXICOMANIE

Il convient de garder en tête que les usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques et de soin – et qui constituent le public de la présente recherche – ne représentent qu'une infime partie des consommateurs de substances, la grande majorité étant socialement intégrée. Autrement dit, cette partie visible de l'iceberg est constituée des usagers qui présentent un *usage problématique* à un moment donné de leur parcours de consommation.

On peut définir d'un point de vue plus sociologique cette idée d'usage problématique : l'usage problématique vient menacer les régulations dominantes, il est une menace pour la norme. Si l'usage de drogues totalement dérégulé concerne une extrême minorité de la consommation de produits psychotropes, on s'aperçoit que même lorsque cet usage prend des allures anormales, tout un système de régulations est en œuvre. Anne Coppel et Robert Castel avaient déjà développé cette question, et ont très bien décrit comment les usages sont socialement régulés (Castel et al. 1991). Pour reprendre leur terminologie, les « contrôles de la toxicomanie » se déclinent sous trois formes de régulation : les contrôles sociétaux, les hétéro-contrôles, et les auto-contrôles.

Dans toutes les sociétés, il existe un usage traditionnel de produits psychotropes, culturellement encadré et socialement



en une seule occasion, l'illustrant avec humour par la formule « un kif, ça va, trois kifs, bonjour les dégâts ».

régulé. C'est le cas par exemple de la consommation d'alcool dans les pays occidentaux, ou de celle du Peyotl par les chamanes dans les cérémonies religieuses, thérapeutiques ou divinatoires au Mexique. Pour schématiser, dans ces circonstances, les contrôles sociétaux sont suffisants pour que cette consommation ne pose pas un problème social.

Certains dérapages sont possibles, à la marge. C'est alors que des systèmes de régulations légales sont mis en place pour éviter la propagation du phénomène, que ce soit au nom de la sécurité ou de la santé publique, ce que Coppel et Castel ont appelé les hétéro-contrôles. En France, on peut dire en simplifiant qu'ils sont représentés par deux instances, la justice et la médecine. Avec l'apparition des hétéro-contrôles, la question de la *drogue* devient la question de la *toxicomanie*, question de la prise en charge d'un problème social par des spécialistes du corps médical, de la police, de la justice, de l'éducation, etc. Ces hétéro-contrôles sont donc une réaction à la toxicomanie déterminée et construite comme problème social, dans le sens qu'elle met en question la nature du lien social.

Un troisième niveau de régulation est très important dans la quasi-totalité des conduites à risques, c'est celui des auto-contrôles. Un usager de drogues, même précarisé à l'extrême, ne fait pas « n'importe quoi », il doit interagir avec le monde social, a affaire avec des pairs, des partenaires affectifs et des groupes d'appartenance, des contraintes, des obligations de la vie ordinaire, ne serait-ce que pour se procurer de l'argent ou son produit. En somme, même dans les cas limites, il ne vit pas en dehors du monde social.

Inévitablement, les possibilités de contrôle sur sa consommation ne sont pas également distribuées dans le monde social. Tout ceci est fonction du milieu et des contextes de consom-

mation, des trajectoires des personnes, de la distribution en diverses espèces de capitaux : un usager de cocaïne socialement inséré n'évolue pas dans le même univers social que le fumeur de crack vivant dans un squat du nord de Paris. Mais, il n'empêche, les usages sont presque toujours en partie contrôlés par les individus. D'autres contrôles sociétaux sont également à l'œuvre lorsqu'ils sont opérés de manière informelle par les personnes inscrites dans le réseau de sociabilité de l'utilisateur. Ces logiques de régulation assurées par l'entourage, par des regards, des approbations, des jugements, des appréciations ou des remontrances, s'exercent, à la différence des hétéro-contrôles, de façon permanente. On s'aperçoit ainsi que tout un tas de modes de régulations sont en jeu, qu'elles soient individuelles ou sociales.

### **« LES USAGERS NE SAVENT RIEN »**

Lors des Rencontres nationales de la réduction des risques, à Paris en octobre 2014, un intervenant d'une association parisienne parlait de son ressenti face au discours des usagers qu'il côtoie, concernant les questions de prévention, de gestes élémentaires de protection de la santé : « en fait, on se rend compte d'un truc, c'est que les usagers de drogues, ils ne savent rien ». Ce constat, il faut bien reconnaître qu'il est assez souvent partagé, dans le champ de l'addictologie, mais aussi, et c'est un peu plus surprenant, dans celui de la réduction des risques.

L'objet de la présente recherche pourrait alors se résumer à démontrer l'inverse de ce « constat » : les usagers de drogues de rue ne sont pas des idiots culturels, pour parler comme Garfinkel (1967), leurs comportements ne sont pas complètement irrationnels, ils peuvent avoir une prise sur leur existence et sont capables d'organisation individuelle et collective.

Pour cela, il a fallu mobiliser des outils de la méthode ethnographique : l'observation participante – facilitée par la fonction d'éducateur spécialisé dans un Programme d'échange de seringues – et la conduite d'entretiens approfondis avec quelques usagers, choisis d'après leurs trajectoires. De par leur âge, les pratiques de ces enquêtés s'inscrivent en effet dans une longue expérience des consommations de rue. Et s'ils sont, pour ainsi dire, des « survivants », c'est probablement parce qu'ils ont su développer des techniques de débrouille et de survie. Ont également été menés des entretiens informels (Bruneteaux et al. 1998).

Dans la conduite de ce genre d'enquête, l'éducateur-chercheur est, fatalement, pris dans des enjeux et des rapports ambigus : rapports de séduction, petits mensonges ou arrangements narratifs de la part des enquêtés, etc. En effet, la tentation est toujours grande de « plaire au travailleur social ». Néanmoins, tout ceci participe de l'illusion biographique (Bourdieu 1986), consistant à réinterpréter son histoire en fonction de la situation, de son état et de sa position. Celle-ci concerne finalement n'importe quel public, et notamment dans la situation d'entretien, situation artificielle s'il en est. Il en est de même de l'onirisme social (Lanzarini 2000), mobilisé par les personnes précaires pour « raconter et se raconter ». L'entreprise d'objectivation consiste alors à considérer que cette reconstruction, les représentations et le sens donné aux pratiques par les enquêtés, font partie de la réalité observée. Ceci est d'autant plus vrai que dans le sens commun, la réputation des usagers de drogues étant de mentir tout le temps, il ne serait pas possible de leur faire confiance. Leur mode de vie déviant, obligeant à la ruse et l'astuce pour se procurer l'argent et le produit, décrédibiliserait d'office leur discours. Il s'agit du prolongement logique du constat de l'intervenant précité : « l'usager ne sait rien, l'usager est un menteur, et c'est un sacré filou ! »

Cette question méthodologique interroge inévitablement celle de l'intervention sociale : dans le champ du travail social, permet-on réellement au public d'exprimer sa capacité à mobiliser des tactiques, des savoir-faire, et ce à l'époque même où sont valorisées à l'extrême les valeurs d'autonomie, *d'empowerment* ou de projet ? Ceci est particulièrement vrai dans le domaine des drogues, car du strict point de vue de l'usager, il n'est pas du tout évident qu'il ait un intérêt à dévoiler ses combines, à étaler au grand jour ses petits secrets et ses tactiques, divulguer ses pratiques. Se pose alors la question de l'accueil de la parole de l'autre, de l'asymétrie, de la distance socioculturelle entre travailleur social et usager. Et par extension celle de la violence symbolique à laquelle il est difficile d'échapper dans ce type de relation. On pourrait bien sûr développer plus longuement ce qui distingue l'approche sociologique de l'approche éducative, sur la manière de conduire les entretiens, sur la question du « qui aide qui ? », mais il s'agissait là d'effectuer simplement un rapide détour réflexif qui aide à comprendre le positionnement de l'éducateur-chercheur.

## LA DÉBROUILLE DE LA RUE

Une fois reconnue cette légitimité du discours, pris acte de cette mise en scène, que peut-on montrer ? Le quotidien de l'usager de drogues de rue est construit en grande partie autour du produit : chercher l'argent, se procurer le produit, consommer le produit, gérer ses effets, la descente, le manque, les effets secondaires, le tout dans des espaces publics ou semi-publics.

Pour faire face au besoin de consommation et subvenir aux nécessités du quotidien, les usagers développent des activités inscrites dans l'économie informelle et sont engagés dans des systèmes de débrouille qui occupent la majorité de leur temps

et de leur énergie. La mendicité est une activité pratiquée par de nombreux usagers de drogues sans-abris. Les lieux les plus prisés sont les abords des gares ferroviaires, les stations et rames de métros, ou certains « spots » des sites touristiques parisiens. Les manières de faire reposent sur une certaine gestion du stigmate : il s'agit d'élaborer certaines présentations de soi, de calculer les situations pour renforcer le poids social de la demande financière, d'élaborer des discours. La mendicité ne s'improvise pas si l'on souhaite que l'activité soit un tant soit peu rémunératrice. La plupart des personnes qui se considèrent comme des bons « mangeurs » pratique une sorte de mise à distance de l'image du clochard, qui boit, est sale, et dérange par son inadaptation aux autres. La question de la mise en scène semble alors essentielle : il faut savoir tirer le regard social à son avantage, et cela suppose de pouvoir mobiliser des compétences sociales et relationnelles.

Lorsque les personnes sont prises dans des processus de clochardisation et de dépendance importante aux produits, il devient de plus en plus difficile pour elles de suffire au coût des produits et de survivre sans s'engager dans des activités illicites. L'une d'elles repose sur le vol de petites marchandises et leur revente auprès du réseau de sociabilités liées aux drogues de rues, des revendeurs à la sauvette de marchandises de toutes sortes qui opèrent sur les « marchés aux voleurs ». Les articles recelés sont le plus souvent des vêtements, parfums, articles de bijouterie, DVD ou appareils photos. Il s'agit généralement de petits larcins et de vols à la tire, mais rarement d'opérations préméditées et organisées.

D'autres usagers ont engagé des activités liées à la drogue et son petit commerce. C'est le cas d'enquêtés disposant de certaines ressources pour pratiquer l'« import-export », notamment le fait de disposer ou pouvoir se doter d'un véhicule afin de se procurer le produit à l'étranger et le revendre une fois de

retour, le plus souvent au détail afin d'en maximiser la plus-value. Ces usagers revendeurs peuvent être qualifiés de « *grossistes francs-tireurs*, [car] sans lien direct avec les filières organisées » (Jamoulle 2000 : 111). A plus petite échelle, les micros trafics permettent à certaines personnes de subvenir à leur consommation personnelle, tout en récupérant un peu d'argent pour les nécessités du quotidien. Des usagers pratiquent par exemple l'achat groupé afin d'obtenir des tarifs plus avantageux, ou prennent le risque de jouer le rôle d'intermédiaire lors d'une transaction lorsqu'ils disposent d'un « plan », dans le but de réaliser une plus-value. Cette pratique est à rapprocher de celle des rabatteurs dans le trafic de rue plus organisé et structuré, consistant à mettre en contact acheteurs et revendeurs dans le but d'obtenir une rétribution financière ou sous forme de produit. Une autre pratique courante consiste à se faire prescrire par un médecin des médicaments, généralement du Subutex ou du Skénan, afin de les écouler au détail sur le marché de rue. Mais là encore, pour obtenir plusieurs ordonnances, il faut savoir ruser à la fois avec les médecins et la sécurité sociale, trafiquer des ordonnances, élaborer un jeu de course contre la montre avec les contrôles opérés par la législation.

Pour les femmes usagères de drogues et vivant dans la rue ou dans les squats, leur propre corps constitue souvent leur ultime ressource. Dans le monde de la rue et de l'usage de drogues, il faut souligner la place singulière des femmes, souvent contraintes – plus par nécessité de survie que par l'obligation imposée par les hommes – à une prostitution de fait. Pour une partie des femmes usagères de crack rencontrées lors des maraudes dans les lieux de consommation et de deal proche du boulevard périphérique, la prostitution constitue la seule ressource pour subvenir au besoin de consommation et de survie. Elles travaillent le plus souvent à proximité, et repartent consommer dès qu'elles ont amassé suffisamment d'argent, avant

de retourner sur le trottoir. Les passes ont lieu dans les parkings souterrains alentours, les halls d'immeubles ou les voitures des clients. Même si elles exercent en dehors des réseaux et filières organisées de la prostitution, la grande précarité de ces femmes les rend dépendantes soit d'un homme, soit d'un groupe d'hommes usagers. Cette relation les asservit en même temps qu'elle les protège : « dans la rue, si t'as pas de mec tu crèves ! ». Ainsi, elles sont fréquemment soumises à des situations particulièrement difficiles, caractérisées le plus souvent par des violences physiques et verbales dans leurs rapports avec les hommes. Vivant en squat ou dans la rue, en situation de grandes exclusion et désaffiliation, elles présentent une vulnérabilité accrue.

Il faut également rappeler que si elle n'est pas exclusivement féminine, la prostitution expose en premier lieu les femmes à des risques spécifiques, notamment en termes d'IST (infections sexuellement transmissibles). Les usagères qui se prostituent sont particulièrement vulnérables face à des clients qui ne souhaitent pas utiliser de préservatif, certains proposant parfois de payer davantage. Précarité et promiscuité exposent les usagères de drogues, en particulier de crack et de cocaïne, à des rapports forcés non protégés et des violences sexuelles. Enfin, on observe une mise en concurrence des prostituées usagères et non usagères, les premières « tirant vers le bas » le prix d'une passe. Ceci se solde par un mépris, des violences verbales, et parfois des agressions envers les consommatrices, ce qu'observe et décrit également Pascale Jamouille (2000 : 120) :

Beaucoup ne se défendent pas lorsqu'elles sont mises sous pression morale ou physique par les autres filles. Elles prennent distance, vont, viennent, se cachent, travaillent selon d'autres horaires et d'autres espaces de trottoir. Les relations des usagères de drogues prosti-

tuées avec leurs collègues sont significatives de l'opprobre public et de l'exclusion dont les personnes dépendantes sont souvent victimes au sein même des populations qui développent des modes de vie marginaux. On retrouve la même disqualification envers les usagers de drogues dans le monde des sans-abris, des braqueurs et des voleurs.

## A LA QUÊTE DU PRODUIT

Après la recherche d'argent, la quête du produit occupe une place centrale dans les systèmes de débrouille développés par les usagers de drogues à la rue. Une fois l'argent réuni, il faut chiner, errer à la recherche du dealer, d'un bon plan, se renseigner auprès des pairs sur la qualité et les prix en cours. Si l'usager est en manque, qu'il n'a pas l'argent nécessaire pour « se soigner »<sup>6</sup>, il doit trouver un dépannage auprès d'une connaissance ou s'endetter auprès d'un dealer qu'il devra plus tard rembourser. En renforçant la dette, le dealer peut tenir la personne, et lui demander des services. Le monde social de l'usager de drogues de rue est un monde violent dans lequel, à la précarité et la misère de condition, s'ajoutent les difficultés liées à la dépendance au produit. L'urgence du manque et l'absence de ressources placent ces personnes dans des positions de vulnérabilité accrue.

Une des stratégies observées chez les personnes qui ont un long parcours de vie à la rue consiste à une mise à distance du petit deal de rue. Les années d'errance permettent en général de

●  
<sup>6</sup> « Se soigner » est l'expression courante utilisée par les consommateurs d'opiacés de rue (principalement le Skénan) pour exprimer le fait de consommer pour calmer le syndrome de manque.

se constituer un réseau, et ainsi d'éviter les embrouilles, les bagarres ou les arnaques. Néanmoins, nombreux sont ceux qui y ont recours, soit au début de leur parcours de consommation, soit en cas de dépannage ponctuel.

Dans ces cas-là, il s'agit alors d'être reconnu comme quelqu'un qui sait se faire respecter et n'a pas peur des embrouilles de rue, qui est prêt à en découdre. Dans un monde où la seule règle qui compte est la loi du plus fort, il importe de faire démonstration de sa puissance. Ces formes de mises en scènes participent en permanence de l'interaction dans les sociabilités liées aux drogues. Cette conflictualité semble ainsi faire partie du quotidien des usagers rencontrés, quotidien dans lequel « les risques ne constituent donc pas qu'un aléa : ils font partie intégrante des représentations et de [leur] pratique (Bouhnik 2007 : 102). »

Néanmoins, à côté de cette image du gros bras qui sait se faire respecter, les usagers mettent également en œuvre des pratiques d'entraide et de partage, qui permettent d'échapper aux bagarres liées au business, mais aussi d'être dépanné par un pair en cas de galère d'argent ou de produit. Cette forme de don/contre-don est très souvent décrite. En quelque sorte, une bonne tactique pour toujours pouvoir se débrouiller en cas de galère serait d'être partageur et généreux.

## **L'EXPÉRIENCE PSYCHOACTIVE : ENTRE INTIMITÉ ET SOCIABILITÉ**

Les contraintes de la vie à la rue compliquent considérablement les pratiques de consommation. De la même manière qu'il leur faut en permanence chercher des endroits pour dormir, les usagers doivent investir des espaces propices pour consommer

leurs produits. Cette situation est particulièrement problématique pour les personnes qui injectent, celle-ci demeurant un acte médical nécessitant des conditions particulières, notamment en matière d'hygiène. Les lieux publics ouverts ou les *espaces publics interstitiels* utilisés à ces fins sont nombreux dans le secteur du terrain de l'enquête : parkings souterrains, cages d'escaliers, toilettes publiques, squares, etc. Il faut alors faire preuve d'ingéniosité pour bloquer les sanisettes et disposer d'un temps suffisant pour réaliser son injection, ou disposer d'un « passe de la Poste » pour accéder aux halls d'immeubles.

Dans ces espaces, la vulnérabilité est extrême et les menaces permanentes. Consommer dans ces lieux fait courir des risques aux usagers, au-delà même du simple risque sanitaire, comme celui de se faire arrêter par la police ou agresser par un riverain. Les situations de manque font courir à certains usagers de la rue des risques accrus, notamment lorsqu'ils consomment à proximité du lieu de deal, pratique proscrite car elle met en danger les revendeurs.

Consommer des drogues exige également d'anticiper son approvisionnement en matériel, notamment le matériel stérile d'injection, ce que la vie à la rue rend parfois difficile. Les seringues, cuillères stériles, eau injectable et tampons désinfectants finissent rapidement par occuper un volume important qui encombre une personne en errance ou qui dort dehors. Les usagers doivent alors prévoir, jongler entre les boutiques de première ligne et les automates, ou alors, pour ceux qui ne vont pas dans les structures de réduction des risques, les pharmacies. Les relations entre usagers de drogues et pharmaciens sont également décrites comme souvent conflictuelles, ce qui les dissuade de s'y rendre.

L'environnement et l'entourage pendant les scènes de consommation sont variables selon les usagers rencontrés et les

produits. Pour beaucoup, l'usage de drogues constitue indéniablement une expérience intime (Bouhnik 2002). Cette intimité se trouve alors menacée lorsqu'on consomme en public ou sous le regard social. Certains vivent l'expérience psychoactive comme quelque chose de personnel et secret. Par ailleurs, l'acte d'injecter jouit souvent d'une image dégradante, et reste largement stigmatisé dans certains groupes d'usagers.

A l'inverse, certains usagers consomment avec leur groupe de pairs, dans les lieux publics ou les squats. Le groupe est alors un gage de protection et assure une fonction de contrôle réciproque. Dans le cas de l'usage de crack, on observe de véritables scènes de consommation collective. Dans les squats de crackers du nord-est parisien, on peut véritablement parler de communautés, tant ce terme renvoie à une histoire commune autour de la consommation du « caillou<sup>7</sup> » et à l'organisation plus ou moins formelle des transactions que cette consommation impose. On y observe une véritable « confrérie de crackeurs » (Rafanelli i Orra 2011), l'importance des échanges et interactions dans les scènes de consommation, la solidité de certaines relations, une organisation collective construite autour du produit et des conventions sociales très prégnantes. Les liens qui se nouent dans les squats autour de la consommation de psychotropes participent à la construction de supports sociaux de substitution qui, même s'ils ne sont pas fortement structurés, véhiculent des formes de solidarité (Jamouille 2000). Les affects, la mise en scène permanente et la distribution des rôles y occupent une place prédominante.

Préparer son produit, le consommer, gérer ses effets requiert des compétences spécifiques. Il s'agit de mobiliser des connais-

●  
<sup>7</sup> Terme utilisé pour parler du crack

sances sur les produits, leurs dosages et leurs effets, des compétences techniques quant aux modes de consommation et de préparation, une connaissance de son corps, de ses réactions et de ses limites. L'usage des drogues dépasse largement la simple activité, il est un engagement physique et émotionnel (Fernandez 2011).

Cette connaissance se construit sur l'expérience qui comprend les effets recherchés et les effets indésirables (Becker 1985). Consommer des drogues implique un apprentissage qui permet de maîtriser les risques immédiats et de se soumettre à des normes protectrices. Au-delà de l'expérience singulière de chacun avec le produit, la transmission par les pairs semble jouer un rôle important dans l'apprentissage des gestes et techniques liés à l'usage de drogues. A la suite de Norman Zinberg (1984), Claude Olivenstein définissait l'expérience psychoactive comme la rencontre entre un produit, une personnalité, et un moment socioculturel (Olivenstein 1983). Les précautions prises par les usagers pour réguler leurs usages et limiter autant que se peut leurs prises de risques pourraient alors se résumer ainsi : le bon produit, au bon moment, avec les bonnes personnes.

## **LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES**

Cet équilibre demeure fragile : consommer des substances psychotropes produit des effets autres que ceux recherchés. Ces effets indésirables – descente, syndrome de manque – sont variables et fonction des produits consommés, des personnes et des contextes de consommation. Dans le quotidien de l'utilisateur de la rue, l'éventail des produits s'est grandement élargi. La polyconsommation est devenue un mode de régulation. Par exemple, le Subutex est largement utilisé à Paris pour gérer la

descente de crack. Les usagers sont devenus des spécialistes de la pharmacopée, tout cela supposant des compétences sur les interactions médicamenteuses, sur les mélanges pour potentialiser les effets souhaités, sur les dosages pour éviter les surdoses. Ils deviennent en quelques sortes des experts de la « petite chimie de rue ». De nombreux usagers bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés, et la méthadone est devenue un moyen de régulation à part entière des autres consommations de rue.

Chacun possède ses petits trucs pour éviter ou atténuer les désagréments : ne jamais injecter le ventre vide, une aspirine pour éviter les chocs septiques, injecter son produit en deux fois, etc.

Lorsqu'on analyse les trajectoires et les parcours de consommation des personnes rencontrées, on s'aperçoit que les usagers alternent des périodes de consommation extrêmes avec des périodes d'abstinence, ainsi que des périodes d'usage plus ou moins contrôlé ou stabilisé. C'est le cas d'une enquêtée, une squatteuse de longue date de la Porte de la Chapelle, qui lorsque son état est très dégradé sollicite les structures de réduction des risques pour se faire payer un billet de train afin de se rendre dans l'appartement de son ami dans le sud de la France. Elle se refait alors une santé, puis dès qu'elle semble aller mieux elle retourne vers la scène de crack parisienne et ses compagnons de galère. Jusqu'au jour où elle est de nouveau au bout du rouleau, et ainsi de suite.

On observe ainsi des ruptures, des pauses, des périodes de « mises au vert » dans les parcours de consommation. C'est également la fonction des cures de sevrages ou des postcures, qui ne sont pas nécessairement investies par les usagers pour décrocher définitivement, mais parfois uniquement pour faire une pause. C'est également l'usage que font certaines personnes de

la prison. Beaucoup d'usagers ont intégré cette fonction ambiguë de la prison, dans sa capacité à assurer un sevrage forcé. Cette fonction ambivalente, quand elle est vécue comme un soulagement, est assez souvent évoquée. Et elle rend la distinction entre abstinence volontaire et involontaire parfois un peu floue.

Mais ce qui est intéressant ici, dans le cas de la prison ou de la postcure, c'est qu'elles sont utilisées selon un usage détourné de leurs fonctions premières. Et c'est certainement là un savoir-faire fondamental de l'usager de la rue : la capacité à détourner, ou plutôt à utiliser à son avantage, l'offre ou la proposition sociale.

## CONCLUSION

L'espace, les contextes de consommation, les sociabilités et les trajectoires sont des portes d'entrée opérantes si l'on souhaite mettre en relief le savoir profane, le savoir empirique issu de la vie quotidienne de l'usager de drogues de rues. Ce savoir profane peut être partagé, transmis, mais aussi confronté au savoir technique et scientifique. A ses débuts, la réduction des risques était portée par les usagers eux-mêmes. Aujourd'hui, on peut penser que s'opère une forme de dépossession de ce type de savoir. Un des objectifs des sciences sociales pourrait alors être de remettre ce savoir au centre d'une politique de réduction des risques qui dépasse la simple dimension sanitaire, pour prendre en compte les conséquences de la précarisation économique et de la souffrance psychosociale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Becker, Howard (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Bouhnik, Patricia (2002). « La drogue comme expérience intime ». *Ethnologie Française* 38 : 19-29.
- Bouhnik, Patricia (2007). *Toxicos : le goût et la peine*. Paris : La découverte.
- Bourdieu, Pierre (1986). « L'illusion biographique. » *Actes de la recherche en sciences sociales* 62-63 : 69-72.
- Bourgois, Philippe (1995, 2001) (trad.). *En quête de respect. Le crack à New York*. Paris : Seuil.
- Bruneteaux, Patrick, et Corinne Lanzarini (1998). « Les entretiens informels. » *Sociétés contemporaines* 30 : 157-180.
- Burroughs, William S (2008). *Junkey*. Paris : Folio (traduction française).
- Cadet-Tairou, Agnès, Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie, Matthieu Chalumeau, Anaëlle Coquelin et Abdallah Toufik (2010). *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*. Paris : OFDT.
- Castel, Robert, et Anne Coppel (1991). « Les contrôles de la toxicomanie », dans Ehrenberg, Alain (dir.). *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris : Esprit.
- Espoir Goutte d'Or (2005). *Crack, pathologies associées et soins, une recherche-action concernant les besoins des usagers de crack en erance dans le nord-est parisien*.
- Fernandez, Fabrice (2011). « Le théâtre des fumeurs de crack. » *Ethnologie française* 41(4) : 707-715.
- Garfinkel, Harold (1967). *Studies in ethnomethodology*. New York : Prentice-Hall.
- Jamouille, Pascale (2000). *Drogues de rue, récits et styles de vie*. Bruxelles ; Paris : De Boeck.
- Jauffret-Roustide, Marie, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat, Francis Barin, Julien Emmanuelli, Caroline Semaille, Martine Quaglia, Nicolas

Razafindratsima, Géraldine Vivier, Lila Oudaya, Cécile Lefevre et Jean-Claude Desenclos (2006). « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France ». Bulletin épidémiologique hebdomadaire 33/5.

Lanzarini, Corinne (2000). *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris : Presses Universitaires de France.

Olivenstein, Claude (1983). *La drogue ou la vie*. Paris : Robert Laffont.

Pfau, Grégory, et Catherine Pecquart (2009). Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris : état des lieux en 2009. TREND - Association Charonne.

Rafanell i Orra, Josep (2011). *En finir avec le capitalisme thérapeutique - Soins, politique et communauté*. Paris : La Découverte.

Zinberg, Norman. E (1984). *Drug, Set and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Heaven & London : Yale University Press.



## LES SENS DE LA SUBSTITUTION APRÈS PLUSIEURS ANNÉES DE TRAITEMENT

*Marie Dos Santos*

Les enjeux de la thérapie sont pluriels et dépendent de la structure, ils peuvent être la reprise de contrôle de la consommation, dans une logique de « réduction des risques », ou l'abstinence. Cette communication s'appuiera sur l'analyse de récits biographiques d'usagers pour identifier les différents sens qu'ils accordent à leurs usages de traitements de substitution et leurs diverses stratégies de recomposition identitaire oscillant entre adaptation aux règles des institutions et autonomie relative.

Les structures médico-sociales d'aide aux usagers de drogues se caractérisent par leur transdisciplinarité, bien qu'aujourd'hui l'on constate une forte médicalisation de la prise en charge, notamment depuis la mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés<sup>8</sup>.

●  
<sup>8</sup> Cette communication s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur le sens accordé au traitement de substitution aux opiacés : Subutex et Méthadone. Une étude de terrain réalisée dans diverses structures de soin en France, en Suisse et au Québec nous a permis de collecter des récits de vie et de pratiques. Toutefois, dans cet article, nous n'aborderons que le cas français.

Ces structures sont à la fois des lieux de soin et des lieux d'accueil, permettant aux personnes en traitement, de se poser afin de prendre le temps de repenser leurs pratiques et ainsi de se repositionner en acteur de leur thérapie. L'enjeu de celle-ci peut être soit la reprise de contrôle de leurs consommations, dans une logique de réduction des risques, soit l'abstinence.

Une sociologie interactionniste et l'analyse des pratiques professionnelles nous permettent de définir les « cadres de l'expérience » (Goffman 1991) dans lesquels se jouent les interrelations soignants/soignés, qui ont un impact significatif sur la trajectoire des personnes.

L'entrée en structure de soin et le traitement par la substitution nécessitent un « réajustement biographique » (Strauss 1992) pour les usagers de drogue et leurs proches.

Les personnes en traitement doivent entreprendre une renégociation entre leur « identité réelle », c'est-à-dire ce qu'ils pensent être leur personnalité propre, et leur « identité virtuelle » : ce que l'institution attend d'eux (Goffman 1974).

## **L'ÉVOLUTION DES ENJEUX DE LA SUBSTITUTION**

Les enjeux de la substitution, tels que les définissent les recommandations gouvernementales, sont pluriels et ont évolué depuis leur création. Ils varient selon deux facteurs : la durée du traitement et l'objectif d'abstinence.

Dès 1960, les Dr. Dole et Dr. Nyswander (1967) expérimentent le traitement par la méthadone pour soigner les personnes dépendantes aux opiacés, ils considèrent alors l'addiction à l'héroïne comme une maladie du métabolisme. Les premiers enjeux de la substitution définis par ces précurseurs visaient à réduire

les conséquences néfastes de l'assuétude. Les objectifs thérapeutiques répondaient à des problématiques d'ordre individuel et à des symptômes ou des méfaits observés par les praticiens, comme les symptômes de manque. Dans un contexte marqué par un fort courant prohibitionniste, les enjeux de la méthadone sont l'abstinence à toutes drogues, le prescripteur ayant le rôle de contrôler les éventuelles prises de psychotropes de son patient, dans le but de les éradiquer.

Les années 1980 et l'apparition du sida signent la généralisation des traitements de substitution dans la quasi totalité des pays européens. La France retardataire lors de leur introduction est longtemps restée réfractaire à l'autorisation des traitements comme mesure de santé publique, pourtant en 1995, après de longues polémiques, la méthadone reçoit son AMM (autorisation de mise sur le marché), suivie peu de temps après par le Subutex. Un nouvel usage du traitement est promu, toujours envisagé sur le long terme, dont l'objectif est celui de maintien ou encore d'entretien : la substitution doit permettre à l'utilisateur de s'éloigner des substances illégales, l'objectif d'abstinence y est moins présent, la substitution permet plutôt à la personne de se « stabiliser », afin de retrouver un mode de vie moins orienté vers la recherche de produits. Le traitement doit la soulager de ses douleurs de manque, mais aussi la débarrasser des contraintes liées à l'approvisionnement.

Un troisième type d'usage du traitement s'inscrit, quant à lui, sur du court terme. Le traitement, prescrit pour des sevrages, par exemple lors de séjours de cure à l'hôpital ou en centre de soin a pour objectif l'abstinence.

Enfin, la substitution peut être distribuée comme un traitement d'appoint, les usagers ne sont pas soumis à un contrôle de la part des soignants, il s'agit ici d'une véritable mesure de réduction des risques et des méfaits - risque étant entendu au sens

d'un « danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité »<sup>9</sup> ; et méfaits étant entendu comme des « résultats néfastes »<sup>10</sup>. La substitution d'appoint, comme dispositif dit à bas seuil permet d'éviter les risques d'avoir recours à une activité délinquante pour se procurer le produit, ou encore d'éviter les dangers d'un usage de produit en état de manque, et donc avec une moindre vigilance quant aux mesures à prendre pour éviter les infections. Les traitements d'appoint permettent aussi d'éviter les méfaits du manque caractérisés par de vives douleurs chez certains, ou par un très grand inconfort chez d'autres. Cette sensation de manque est souvent associée à des états dépressifs qui peuvent nuire à la confiance en soi des personnes, le manque et l'état de mal-être qui lui est associé pouvant les pousser à agir d'une manière qu'elles auraient désapprouvée si leur état avait été stabilisé. Certains passages à l'acte ne sont effectués que dans ces états de forte angoisse, liée à la crainte de ne pouvoir s'acheter la prochaine dose.

Le paradigme de l'abstinence a longtemps dominé le champ du soin de la dépendance, inspiré notamment par les alcooliques anonymes, mais aussi influencé par les lois d'une société prohibitionniste. Un certain désenchantement quant à cette optique d'abstinence totale, ou encore une nouvelle démarche pragmatique valorisant les processus de contrôle des usages de drogues va transformer le monde du soin de la dépendance.

Les problématiques des usagers dépendants aux opioïdes sont plurielles et ne s'inscrivent pas de manière univoque sur un continuum qui mènerait de l'usage, à la dépendance, pour



<sup>9</sup> [www.cnrtl.fr/lexicographie/risque](http://www.cnrtl.fr/lexicographie/risque).

<sup>10</sup> [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9fait/50183](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9fait/50183).

finalement aboutir à la déchéance. D'autres formes de trajectoire d'usager se dessinent, d'autres modes de consommation émergent et enfin de nouveaux types de soin sont institués.

Le traitement perçu dans un modèle curatif du soin doit permettre à l'usager d'atteindre le but que lui, ou l'institution, s'est fixé, soit l'abstinence. Une autre réponse est d'envisager le traitement comme soin palliatif, c'est-à-dire correspondant à l'ensemble « des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. »<sup>11</sup>. Le médicament est ainsi prescrit à des personnes qui ont un long parcours dans la consommation d'opiacé par injection et qui ont contracté une hépatite ou d'autres pathologies (maladie du foie, de l'estomac, etc.), mais aussi des pathologies mentales. Pour certains, la drogue a pendant des années servi de « béquilles », comme l'expriment de nombreuses personnes rencontrées, usagers ou personnel soignant<sup>12</sup>. En effet plus que pour éprouver du plaisir, la drogue est pour elles un moyen d'atténuer une souffrance. Enlever la drogue, c'est alors courir le risque de voir ressurgir cette douleur sans avoir la force, après des années de « galère » de la supporter. La substitution, comme traitement palliatif, représente pour les usagers de drogues, qui ne supportent plus les douleurs du manque ou de la maladie, « ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire »<sup>13</sup>. Le TSO



<sup>11</sup> <http://www.sfap.org/content/d%C3%A9finition-des-soins-palliatifs-et-de-l'accompagnement> page consultée le 21 avril 2014.

<sup>12</sup> Le terme de béquille est relevé et utilisé dans de nombreuses études dont nous ne pouvons ici faire un relevé exhaustif.

<sup>13</sup> Citant « la phrase célèbre d'un des fondateurs [des soins palliatifs] » (Baszanger 2000 : 68).

(Traitement de substitution aux opiacés) vient remplacer la béquille que représentait l'héroïne, par un médicament légal et plus fiable car ne contenant pas de produits de coupe.

Aujourd'hui, les nombreux bénéfices constatés grâce au traitement, notamment la baisse des contaminations par le VIH et la diminution de la délinquance, ont permis la généralisation du traitement, dans sa version que nous qualifions de palliative. L'initialisation du traitement, avec pour simple objectif une reprise de contrôle de la consommation de psychotropes, peut permettre aux personnes une reconstitution identitaire qui vient amorcer un processus pouvant conduire, à terme, à l'abstinence.

## SUBSTITUTION ET INTENTIONS DE SOIN APRÈS DES ANNÉES DE TRAITEMENT : UNE RELATION PLURIELLE

*Tableau 1 : Les quatre types de relation aux TSO*

		Lien avec le monde de la drogue	
		Sortie	Maintien
Objectif Thérapeutique	Désir d'absténence	TSO come frein à la sortie  volonté de rupture biographie	TSO comme nouvelle drogue  volonté de maintien dans le monde de la drogue perçu comme socialisateur
	Désir de reprise de contrôle	TSO comme traitement de maintenance  stabilisation du traitement	TSO comme reprise de contrôle de la consommation  consommation occasionnelle de produits psychotropes

S'il y a bien un avant et un après le traitement par la substitution, il ne peut toutefois être perçu de manière univoque comme point tournant dans la biographie de l'utilisateur tant les modalités d'entrées, d'usages et de sorties varient d'un individu à un autre.

De nombreuses intentions peuvent expliquer l'usage de la substitution chez des usagers d'opiacés que nous aurons pour objectif d'identifier et de comprendre, par une approche des pratiques, appréhendées par les récits qu'ils en font.

Le vieillissement de la population des sujets en traitement de substitution (Guillou Landreat et al. 2013) nous amène à interroger le traitement pris sur du long terme au regard des modifications des trajectoires de vie. Nous avons identifié quatre grands types de relation aux traitements de substitution, chez des personnes encore en traitement et ce depuis plusieurs années. Ces quatre types que nous avons intitulés : la substitution comme frein à la sortie de la drogue, la substitution comme reprise de contrôle sur la consommation, la substitution comme nouvelle drogue et enfin la substitution comme traitement de maintenance oscillent entre adaptation aux règles des institutions et autonomie relative. Pour certains l'objectif thérapeutique est l'abstinence totale des drogues et du traitement, pour d'autres l'objectif est la reprise de contrôle. Un autre facteur est pris en compte dans cette typologie, le lien avec le monde de la drogue, que certains souhaitent quitter et d'autres pas.

Bien sûr ces quatre idéaux-types de la relation à la substitution ne reflètent pas la réalité des expériences dans leur totalité, ils sont des constructions permettant de rendre compte de la complexité des significations que peuvent attribuer les personnes à leur traitement. Construits à partir d'une analyse de discours, ils ne peuvent ni prétendre à l'exhaustivité ni à la vérité scientifique pure, comme l'enseigne Max Weber (1971 : 36) :

Des motifs invoqués et des « refoulements » (ce qui veut dire d'abord des motifs non avoués) dissimulent trop souvent à l'agent même l'ensemble réel dans lequel s'accomplit son activité, à tel point que les témoignages, même les plus sincères subjectivement, n'ont qu'une valeur relative.

Les motivations subjectives relatives au traitement n'apparaissent donc pas toujours dans le discours des personnes, il

s'agit alors de les reconstruire, de les « interpréter », en comparant discours, production rationnelle de sens et récit de pratique, dans une quête wébérienne de « compréhension ».

Ici, nous exemplifions cette typologie à l'aide du récit de quatre hommes que nous avons renommé Abdul, Mike, Claude et Jean, tous les quatre en traitement depuis plus de dix ans.

Nous les avons rencontrés au sein d'un même centre d'accueil et de soin pour usagers de drogue en France. L'intérêt de ce centre pour notre analyse est qu'il regroupe sur un même lieu CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et CAARRUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) : centre de soins avec présence de médecins habilités à prescrire de la méthadone et centre d'accueil avec la possibilité pour les usagers de se procurer du matériel d'injection stérile, les personnes y sont libres de parler de leur traitement, mais aussi de leurs rechutes, le passage entre la consommation et le soin y étant facilité dans une approche gradualiste de la réduction des risques.

Les histoires de ces hommes divergent et permettent de mettre en lumière leur rapport à la substitution, à la drogue et au monde de la drogue.

## **LA SUBSTITUTION COMME FREIN À LA SORTIE DU MONDE DE LA DROGUE**

Les usagers entreprennent le travail thérapeutique en incorporant les règles édictées par le médecin, dans une optique d'abstinence. Leur objectif initial est d'arrêter toute prise de drogues, or pris dans l'engrenage du traitement, perçu comme un produit

psychotrope, ils ne peuvent se reconstruire une identité détachée du produit, celui-ci faisant toujours partie de leur quotidien. Un difficile « processus d’alternation » doit leur permettre de se désaffilier de leur mode de vie passé, lié à la drogue. Ce processus, comme « retemporalisation », pour reprendre les termes de Berger et Luckman (2012), vise la transformation quasi totale de « la réalité subjective » d’un individu qui « change de monde ». Une prise de traitement s’étendant sur le long terme peut donner le sentiment à la personne d’être maintenue dans une dépendance et de s’éloigner de son objectif initial qui était de quitter le monde de la drogue.

Nous avons rencontré Abdul dans le CAARRUD où il vient hebdomadairement pour chercher des seringues propres. Il déclare vouloir en finir avec la drogue et les médicaments, pour enfin « faire une vie sans la drogue et être heureux » dit-il.

Abdul est en traitement depuis de nombreuses années, il a d’abord commencé par le Subutex, or il se l’injectait et constatait déjà les méfaits de cette pratique sur son corps, c’est pourquoi il passe à la méthadone, mais il a très vite des problèmes cardiaques qui l’empêchent de continuer son traitement. Pour combler le manque d’héroïne et pour calmer ses douleurs dorsales suite à un accident de voiture, son médecin généraliste lui prescrit du Skenan, composé de sulfate de morphine, qu’il s’injecte, ainsi que des benzodiazépines et de la cocaïne.

L’objectif qu’il défend tout au long de l’entretien est l’abstinence totale ; il dit partir la semaine suivant l’entretien à l’hôpital pour un sevrage, la cure devant durer un mois et demi, il espère pouvoir, une fois sevré, rejoindre sa famille.

Il a déjà fait de nombreuses tentatives de sevrage qui ont échoué, mais il se dit convaincu aujourd’hui d’avoir envie d’en finir avec la drogue :

Moi aussi je souffre, eux aussi [sa famille] ils souffrent.  
Il vaut mieux mettre un terme à tout quoi. Voilà quoi.  
C'est mieux quoi. Parce que moi tous les jours prendre  
de le matin, à peine réveillé, skenan, la nuit je prends, 2  
fois par jour, le skenan. Et c'est pas marrant quoi.

Quitter la ville dans laquelle il vit actuellement, s'éloigner de ce milieu qu'il qualifie de « bourré de drogues » est la seule solution qu'il envisage pour atteindre son objectif d'abstinence.

Il assimile dépendance à l'héroïne et dépendance au traitement, pour lui, « c'est la même chose ». Il est marqué par le discours d'un médecin, rencontré en prison, et fortement anti substitution dont il se souvient des paroles :

C'est la société qui vous met dans la merde. Et après,  
ils savent plus quoi faire alors ils vous envoient à moi,  
il m'a dit. Le médecin il m'a dit. Ils vous prennent pour  
de la merde.

Entre ce médecin rencontré en prison qui lui démontre les dérégulations propres au traitement, son médecin actuel qu'il voit tous les quinze jours durant les cinq minutes suffisantes pour rédiger une ordonnance, un frère qui le sollicite vivement pour qu'il se reprenne, arrête la drogue et déménage auprès de sa famille qui tend de plus en plus à lui tourner le dos, Abdul doit lui-même trouver les éléments qui lui permettront de développer une réflexivité sur sa pratique et de gérer les discours antagonistes auxquels il est confronté.<sup>14</sup>

●  
<sup>14</sup> Aujourd'hui, presque deux ans plus tard, une infirmière du centre nous apprend qu'Abdul n'a finalement pas réussi sa cure à laquelle il a mis un terme précocement, il ne fréquente plus le centre qu'à de très rares occasions, sa santé s'est dégradée, il achète dorénavant son traitement de Skenan dans la rue car celui-ci a été interrompu par son médecin généraliste. Il fait des allers-retours entre son lieu de vie et Paris où il part

## LA SUBSTITUTION COMME REPRISE DE CONTRÔLE DE LA CONSOMMATION

Bien souvent les personnes échouent à rester totalement abstinentes, ou parfois n'ont pas l'arrêt des drogues, ni la sortie du monde de la drogue, comme objectifs. Elles vont alors reconsumer des produits stupéfiants par intermittence, sans que cela mette en danger leur thérapie, quand les centres qui les accueillent tolèrent ces pratiques et que le sens que les personnes attribuent à la substitution est de limiter les risques sanitaires et sociaux de leurs consommations.

Plus tard, nous avons rencontré Mike, 34 ans, qui après avoir refusé un entretien, accepte finalement. Il fréquente le centre quotidiennement, ses chiens qui l'accompagnent y sont admis et le centre semble être un véritable refuge, pour lui qui vit à la rue. C'est aussi au sein du centre que son traitement de Subutex lui est prescrit et délivré.

A 17 ans, Mike se retrouve à la rue, il commence à fréquenter les milieux alternatifs des *raves parties*, le monde de la rue et à prendre des drogues, notamment l'héroïne, qu'il apprend rapidement à s'injecter. A 24 ans, il commence à prendre du Subutex, acheté dans la rue. Eloigné du monde institutionnel, il ne sait pas à l'époque qu'il peut toucher la CMU (couverture maladie universelle) et avoir son traitement remboursé. Peut-être aussi a-t-il peur de franchir les portes d'un centre ou d'un cabinet médical, de sortir, même l'espace d'un instant, du milieu au sein duquel il s'est reconstruit une identité, affilié à d'autres membres partageant un quotidien et une expérience commune : « un bon p'tit milieu pour [lui] », dit-il. Il commence donc à



faire des missions drogue, n'ayant pour seul objectif que d'y consommer du crack.

s'acheter le traitement dans la rue, de la même manière que les autres drogues, afin de combler le manque durant les périodes où l'héroïne est moins bonne, car plus coupée. Il va finalement initier un traitement à la méthadone, puis en prison va entreprendre un sevrage. A la sortie, il retombe dans l'héroïne et recommence alors le Subutex qu'il se fera finalement prescrire.

Il explique avoir consulté de nombreux médecins généralistes qui ont refusé de lui prescrire du Subutex et que c'est pour cela qu'il s'est alors dirigé vers le centre spécialisé. Son objectif thérapeutique n'est en effet pas défini autour d'un éventuel sevrage, il raconte qu'il continue à consommer, cette pratique semblant être constitutive d'un mode de vie au sein duquel la substitution vient s'imbriquer. Au sein du centre, la mise en place de son traitement se veut plus compréhensive de son mode de vie que l'on peut qualifier de « nomade » suivant le mouvement de la rave et de ses différents emplois saisonniers. Il raconte :

Il m'a fait une ordonnance pour un mois, de suite, je lui ai expliqué que je faisais les vendanges, et voilà. Ça a été super cool.

Il explique ces stratégies d'ajustement du traitement qui lui permettent de maximiser les effets de l'héroïne quand il a envie d'en consommer, en effet l'action antagoniste de la buprénorphine annihile les effets de l'héroïne et il doit donc se sevrer du Subutex pendant quelques jours pour pouvoir consommer l'héroïne et qu'elle lui procure un effet.

La substitution est envisagée pour Mike comme une tentative d'autocontrôle des produits et une recherche de maximisation des effets. Attentif aux sensations de son corps, il sait devoir éprouver le manque pour mieux ressentir le produit. De la même manière, sa prise du traitement, bien qu'il dénie des effets

au Subutex, ne semble pas être ritualisée, il dit pouvoir le prendre à des heures différentes chaque jour, il explique que sa prise « dépendra de [son] corps ». Le fait de savoir le médicament sur lui, dans sa poche, est en soi rassurant ; il sait que dès qu'il commencera à ressentir le malaise du manque, celui-ci pourra être comblé. L'effet de la substitution n'est pas celui d'un bien-être procuré par une sensation de plaisir, mais plutôt le soulagement par le possible empêchement d'un mal-être.

Aujourd'hui, son objectif est de trouver un logement dans lequel il puisse vivre avec ses chiens, afin de se stabiliser et de commencer à travailler avec l'association d'autosupport Aides, en tant qu' « usager relais », afin de faire du démarchage dans la rue, pour proposer du matériel et indiquer à ceux encore éloignés des structures de soin les opportunités qui leur sont proposées. Par la transmission et la mise en mots, le récit ainsi construit, dans le cadre d'une activité associative, permet à l'utilisateur-narrateur de reconstruire son rapport à la drogue.

## **LA SUBSTITUTION COMME NOUVELLE DROGUE**

Si l'objectif de la substitution était, dès le départ, comme c'est le cas d'Abdul, une aide à rester abstinent, les retours vers des consommations de produits stupéfiants signent, pour eux, un échec de la thérapie. Quand le traitement vient s'insérer dans des pratiques liées au monde de la drogue que la personne ne veut pas réellement quitter, la substitution apparaît comme une nouvelle drogue sans que cela soit réellement conscientisé, du fait que cette pratique n'est pas toujours admise par le corps médical ou encore par les proches. L'emploi du temps recomposé autour de visites médicales ou auprès d'un travailleur social permet de renouer avec un « temps social » mais celui-ci peut sembler morne pour ceux qui échouent à retrouver des

activités remplaçant celles, illégales, qui constituaient leur quotidien antérieur. La pérennisation du traitement provoque alors un ennui lié à la perte des pratiques relatives au monde de la drogue (trafic : achat/vente, et consommation). Les méfaits des produits sont devenus insupportables, mais la personne reste attachée au monde de la drogue comme milieu socialisateur.

Claude se procure son traitement, du Subutex, chez un généraliste. Il se rend quotidiennement au centre pour se procurer des seringues propres. Il avoue tout de suite s'injecter son Subutex, comme l'indique ses mains, très gonflées, qu'il cherche maladroitement à cacher en croisant les bras. Il explique sa pratique de l'injection par le besoin de ressentir vivement l'effet :

Y a une petite montée quand on se l'injecte, on est un peu naze. Tandis que si on le prend sous la langue, on le sent pas venir. Mais ça vient quand même, mais on le sent pas venir. Ça a un effet... c'est comme la différence entre la pluie et le brouillard, le brouillard ça mouille, la pluie ça mouille. Mais la pluie on la sent tomber alors que le brouillard on le sent pas tomber.

Au début de l'entretien, il affirme ne pas s'être injecté depuis six mois, plus tard, nous reposons la question, il répond :

Il y a trois mois, trois, quatre mois. Non ! La dernière fois que j'ai injecté, c'était hier ! Mais c'était de la coke ! Parce que la coke, j'en prends de temps en temps.

Est-ce un déni ou considère-t-il que s'injecter de la cocaïne n'a pas la même gravité que s'injecter de l'héroïne ? Il rajoute en effet :

La cocaïne, y a pas de dépendance, il y a rien.

Claude découvre l'héroïne à l'âge de 24 ans avec sa petite amie de l'époque, une « prostituée, qui prenait de la came »,

nous dit-il dès la première phrase de l'entretien. Ensemble, ils font des allers-retours à Amsterdam et font du trafic.

Aujourd'hui, il a 43 ans et nous raconte ses premiers sevrages et tentatives d'arrêt lors de sa rupture avec son amie. Il commence alors le Subutex qu'il prend depuis une quinzaine d'années :

Ben moi, ça m'a permis de me ranger un peu, d'arrêter mais ça m'a rongé quoi ! Si je pouvais choisir entre l'époque où j'allais à Amsterdam et maintenant où je suis rangé, ben, je retournerais à l'époque d'Amsterdam, où je monte à Amsterdam, où je vendais de la came... A l'époque, ouais mais bon, ça a rien à voir avec la toxicomanie, ça. C'est le temps !

Insatisfait par le traitement dont il constate les méfaits sur son corps car il le consomme toujours dans l'optique d'avoir des effets psychotropes, il dit fréquemment vouloir l'arrêter, mais pourtant la prise du médicament est un rituel parfaitement intégré à son quotidien. Tous les jours, il se rend à la pharmacie, pour chercher le traitement, à 8 heures et demie, nous précise-t-il. Ces visites quotidiennes, à la pharmacie et au centre, relèvent de son propre choix. Son quotidien est scandé par ces différentes démarches qui lui permettent d'être encore actif, alors qu'il ne travaille plus depuis 15 ans : il perçoit une allocation adulte handicapé pour son hépatite C, sa dépendance et sa schizophrénie, mais aussi et surtout, ces visites lui permettent de conserver des liens sociaux.

Quinze ans auparavant, il commençait la substitution dans l'optique de se débarrasser de sa dépendance, il explique aussi qu'il avait perdu tout son argent dans la drogue et n'avait plus d'autre solution. Aujourd'hui, il regrette d'avoir remplacé une dépendance par une autre, mais quand son médecin l'aide à baisser ses doses pour arrêter le traitement, ce qu'il dit être son

souhait, confronté au malaise procuré par le manque de Subutex, il préfère changer de médecin.

Finalement, il semblerait que Claude ait reconstruit son monde de la drogue autour du monde du soin. Il y a développé un réseau d'interconnaissance, lui qui se dit pourtant très seul, il a gardé avec le médicament des habitudes qu'il avait prises avec l'héroïne. Son souhait d'arrêter est ainsi fortement en tension avec son mode de vie entièrement construit autour de la drogue, mode de vie qu'il ne semble pas avoir envie de quitter<sup>15</sup>.

### **LA SUBSTITUTION COMME TRAITEMENT DE MAINTENANCE**

Parmi ceux qui maintiennent leur abstinence, certains n'éprouvent pas le besoin d'arrêter ou de diminuer le traitement qui leur permet de retrouver une vie plus paisible car elle n'est plus orientée autour de la recherche constante du produit. Ayant connu la dépendance, cette reprise de contrôle permise par le traitement, et soutenue par les professionnels du champ, est un vrai soulagement. Respectueuses du discours médical, des contraintes liées aux prises de rendez-vous fréquentes avec le médecin et des prescriptions reçues, les personnes en soin établissent un nouveau rapport avec le produit, qu'elles considèrent comme un véritable médicament, délivré sur prescription médicale, validé par une ordonnance en bonne et due forme, et

●  
<sup>15</sup> Nous savons qu'il est parti de l'appartement dans lequel il vivait depuis des années et qu'il vit désormais dans un foyer d'accueil d'urgence. Souvent accompagné de ses compagnons de galère, il semble avoir repris sa consommation d'héroïne.

non plus comme une drogue. Le traitement s'inscrit alors dans une logique de maintenance.

Jean a 50 ans, il a connu les débuts du centre, son expérience et sa connaissance de la structure lui ont d'ailleurs permis d'être élu délégué des usagers. Dès 1995, après avoir expérimenté le Temgésic, puis le Subutex, il commence un traitement méthadone. Il préfère la méthadone qui ne provoque pas d'effets psychoactifs sur lui. Il perçoit la substitution comme un médicament, voire même comme une panacée, qui lui permet de ne pas ressentir le manque, il dit même de la méthadone que c'est « *le produit qu'[il] attendait depuis 20 ans* ». Lors de l'introduction de la substitution, il dit recevoir cela comme un « *privilege* ». Il revient souvent au cours de l'entretien sur la stigmatisation subie par les personnes usagères de drogues, la substitution aurait selon lui changé cette image négative. Il dit :

J'ai plus besoin d'avoir peur quand je vais quelque part que les gens ils disent : « Putain regarde moi ce camé ! ». Y a plein de choses qui ont changé quand même ! Positivement !

Il commence à consommer de l'héroïne à l'âge de 20 ans et raconte la qualité supérieure de l'héroïne à cette époque, mais il explique aussi la cherté du produit qui l'a poussé à pratiquer une forme d'autosubstitution, parfois dangereuse. Il raconte notamment les folles courses en voiture, le soir en sortant de son travail de menuisier, afin de trouver une pharmacie ouverte pour s'acheter des néocodions, à base de codéine.

Durant l'entretien, il prend du plaisir à raconter son expérience des drogues, et surtout des drogues psychédéliques et de la recherche des effets qu'il qualifie de « *mystiques* ». Il semble avoir goûté un large panel de produits, mais il explique que c'est l'héroïne qui l'a accroché durant de longues années. Il n'a jamais eu de véritable attrait pour la cocaïne qu'il ne consomme plus

du tout aujourd'hui, mais avoue avoir conscience de sa faiblesse, si un jour quelqu'un venait à lui proposer une héroïne de très bonne qualité. Il consomme encore aujourd'hui du cannabis quotidiennement. Il explique :

J'ai un besoin de quelque chose, quoi, pour m'« évader » c'est un grand mot, je m'évade, je m'évade...je reste quand même dans mon appart ! (Rires)

Il connaît les discours critiques sur la substitution : un ami, ancien usager, lui répète souvent que selon lui, il ne s'en est toujours pas sorti car il demeure dépendant à un produit. D'autres usagers du centre lui disent qu'ils sont fatigués de toujours devoir prendre un produit pour se sentir bien, mais lui a un regard très positif sur la substitution, qu'il pense continuer jusqu'au restant de sa vie. La substitution lui a permis de sortir de ce qu'il dit avoir été un « *cercle vicieux* » :

J'allais bosser pour me payer ma came, et je prenais la came pour aller bosser... donc c'était un cercle vicieux, à un moment donné fallait que je sorte de tout ça, pour arrêter.

Il raconte aussi l'omniprésence de la mort dans le cercle des usagers de drogue, qui, à l'époque, « *se connaissent un peu tous* » dit-il : mort du sida, mort d'overdose, d'accident et de suicide sont alors les issues fatales destinées aux héroïnomanes. Son discours résonne un peu comme celui d'un rescapé, la méthadone ayant été pour lui une véritable bouée de sauvetage.

## CONCLUSION

Au sein d'un même centre, nous voyons qu'il existe différentes façons pour les personnes de vivre et de concevoir le traite-

ment. Entre médicament et drogue légale, entre thérapie et contrôle social, l'usage de TSO n'est pas anodin et est toujours accompagné d'une démarche réflexive, permettant de re-conceptualiser le rapport au produit, à la drogue et à la recherche d'effets psychoactifs. Le vécu et l'expérience expliquent bien souvent la construction de sens autour du traitement, cette mise en cohérence est appuyée par le soutien actif des intervenants, ceux-ci par un travail d'écoute et de dialogue donnent des outils aux personnes pour qu'elles se réapproprient leur thérapie, lorsque celle-ci est envisagée sur du long terme. Toutefois les ambivalences dans les discours des professionnels, de l'entourage et de la population générale sur la définition de ces traitements peuvent fragiliser la conceptualisation du produit par l'utilisateur, pourtant nécessaire à la thérapie.

Les divers sens attribués à la substitution par des personnes en traitement depuis plusieurs années, comme frein à une sortie de la drogue, reprise de contrôle d'une consommation, comme nouvelle drogue ou enfin comme traitement de maintenance, témoignent des divergences entre les formes d'engagement dans la thérapie, avec des variations au niveau de la volonté d'éloignement du monde de la drogue, de ses codes et des interactions qui y ont lieu, mais aussi de la drogue elle-même, de ses effets et de la dépendance. Si l'introduction des traitements de substitution vient signer la médicalisation du champ des addictions, plus encore que les détournements de l'usage prescrit du traitement, ce sont les différents sens qui lui sont attribués qui se révèlent être des indicateurs du degré de confiance dans le système sanitaire, et de l'adhésion ou non du sujet à la définition de l'addiction comme une maladie. Ces différents sens peuvent émerger à condition de proposer une palette élargie de mesures s'inscrivant dans une logique gradualiste qui crée un continuum entre réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence.

## BIBLIOGRAPHIE

- Baszanger, Isabelle (2000). « Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques. » *Sciences sociales et santé* 18(2): 67- 94.
- Berger, Peter L. et Thomas Luckmann (2012). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Colin.
- Dole, Vincent P. et Marie Nyswander (1967). « Heroin addiction. A metabolic disease. » *Archives of internal medicine* 120(1): 19- 24.
- Goffman, Erving (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Goffman, Erving (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris : les Éditions de Minuit.
- Guillou Landreat, Morgane, Charles Rozaire, Caroline Vigneau Victorri et Marie Grall-Bronnec (2013). « Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins. » *Psychotropes* 19(2): 23- 44.
- Strauss, Anselm L (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : l'Harmattan.
- Weber, Max (1971 (1921)). *Économie et société*, Paris : Plon.



**LE PARADOXE DU JEU RESPONSABLE.  
IMPLICATIONS QUANT À LA QUESTION  
PHILOSOPHIQUE DU NORMAL ET DU  
PATHOLOGIQUE**

*Mélanie Trouessin*

Face aux problèmes liés aux jeux d'argent et de hasard, le programme du jeu responsable vise à favoriser chez les joueurs un comportement d'autonomie et de modération en aidant à la prévention des risques de dépendance et en proposant des stratégies d'autolimitation, temporelle et financière, pour contrecarrer sa tendance à la perte de contrôle. Cette stratégie semble renfermer un paradoxe sur le plan philosophique, en impliquant simultanément deux positions contraires dans la question du passage du jeu normal au jeu pathologique à savoir une rupture radicale et une continuité.

Les mesures de prévention et de lutte contre le jeu pathologique sont bien antérieures à l'apparition des jeux d'argent sur Internet : on compte par exemple l'interdiction bancaire classique ainsi que les mesures d'autocontrainte comme les démarches d'interdictions d'accès au casino pendant trois ans ou les demandes de curatelle et de tutelle. Mais l'ouverture des jeux d'argent en ligne à des opérateurs privés, permise par la loi du 12

mai 2010<sup>16</sup> a été accompagnée par le renouvellement de ces mesures. Cette même loi stipule en effet que les opérateurs privés ont l'obligation d'encourager des comportements modérés et éclairés en matière de jeu, sans passer toutefois par l'interdiction de ces comportements. C'est la naissance du *jeu responsable*, qui concerne les casinos, « en dur » et en ligne, la Française des Jeux, mais pas le PMU. Ce programme organise la lutte contre le jeu excessif en trois temps principaux : la prévention, en amont du jeu ; puis l'aide à l'autolimitation, pendant le jeu ; enfin l'accompagnement des joueurs en difficulté, en aval du jeu.

La partie prévention du jeu responsable s'inscrit dans la lignée des engagements de la Française des Jeux pris depuis 2000, illustrés par des mesures concrètes telles que le soutien de l'association SOS Joueurs, la création de brochures de prévention et d'avertissements publics, la rédaction d'une Charte Éthique visant à ne pas véhiculer des messages publicitaires trompeurs etc. Le *jeu responsable* rajoute à cela la mise en place d'une obligation pour les sites internet de comporter des mesures d'autolimitation ou de modération. Les joueurs en ligne ont ainsi la possibilité – mais non l'obligation, les mesures étant facultatives – de fixer des limites qu'ils ne pourront pas modifier dans le cours du jeu. Ils peuvent ainsi, à l'ouverture d'une session de jeu, souscrire à une autolimitation financière, c'est-à-dire définir une somme d'argent maximale à dépenser lors d'une session de jeu, ou à une autolimitation temporelle, c'est-à-dire établir un temps maximal de jeu par jour, par semaine ou par mois. Ces

●  
<sup>16</sup> Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.

limites sont rappelées par des pages internet qui s'ouvrent spontanément pour signaler qu'elles seront bientôt atteintes et que le jeu ne pourra pas continuer à partir de ce moment-là<sup>17</sup>.

La principale nouveauté de ce programme ne consiste pas dans l'aspect volontaire des contraintes, puisque se faire interdire d'accès au casino était seulement possible par les joueurs eux-même. Par contre, cette interdiction d'accès, comme les autres mesures classiques, relevait d'une stratégie d'interdiction, dont l'objectif était l'arrêt total du jeu. Cette stratégie prohibitionniste a fait l'objet d'un large nombre de critiques, notamment sociologiques. Jean-Pierre Martignoni-Hutin en souligne l'échec au niveau de la santé publique et de la prévention, car le problème de jeu excessif n'est pas soigné, accompagné mais seulement délayé, voire repoussé dans d'autres zones (casinos étrangers, circuits de jeux clandestins, sites de jeux en lignes, etc.). Un directeur de casino, cité par Martignoni-Hutin (2007 : 16), témoigne de ce que l'interdiction volontaire n'est pas la solution :

Vous savez, l'interdiction c'est pas si bien, c'est trop long. On les connaît ceux qui reviennent à l'issue des cinq ans d'interdiction, souvent ils replongent plus fort, plus rapidement et plus profond.

Parce que l'arrêt total du jeu est difficilement supportable pour les joueurs, on peut comprendre qu'il engendre une frustration qui, si elle n'est pas prise en charge, ne semble pas pouvoir conduire à un arrêt définitif du jeu, à une « abstinence heureuse » pour paraphraser le slogan des groupes en douze étapes. En outre, Ladouceur (2005) souligne le caractère irréaliste de l'exigence d'abstinence qui peut avoir tendance à décourager les



<sup>17</sup> Voir par exemple les outils proposés par le site internet Espacejeux. <https://www.espacejeux.com/fr/jeu-responsable/outils>.

individus, ainsi que son caractère non adapté à la population très hétérogène qu'est celle des joueurs.

Au contraire, les mesures du *jeu responsable* ne visent pas à ce que les joueurs s'abstiennent de jouer mais à ce qu'ils apprennent à maîtriser leur comportement. En cela, le programme du *jeu responsable* s'inscrit dans la tendance récente de remise en question du dogme absolu de l'abstinence, dans la lignée de ce qu'on appelle la *réduction des risques*, qui s'applique dans les autres domaines de l'addictologie. A visée thérapeutique, la *réduction des risques* a comme objectif premier la limitation des conséquences négatives et des dommages liés à une addiction et aide à favoriser le contrôle des individus sur leur comportement, par exemple en encadrant les lieux de consommation comme c'est le cas depuis l'installation, dans certaines villes, de ce qu'on appelle des « salles de shoot »<sup>18</sup>. Le lien avec le principe de *réduction des risques* est ainsi au cœur de la définition du jeu responsable :

La notion de jeu responsable permet de qualifier ce qui peut être proposé pour réduire le risque de dommages éventuels chez ceux qui pratiquent les jeux de hasard et d'argent (...). Les premiers objectifs sont de réduire le nombre de nouveaux cas de joueurs problématiques et de réduire le niveau de dommages que peut rencontrer un joueur qui a perdu le sens des limites de sa pratique de jeu. Le concept de réduction des dommages s'appuie sur la notion qu'une partie de la population aura de toute façon une pratique de jeu à risque (...). La notion de jeu responsable, qui exclut toute exigence d'abstinence (et donc toute référence prohibitionniste) se réfère à des concepts de l'ordre de la protection des consommateurs et de la gestion des risques (Belkacem et al. 2011 : 80).



<sup>18</sup> A titre d'exemple, la salle de shoot Quai 9 à Genève.

Couplées avec le refus de l'abstinence, ces nouvelles mesures de contrainte permettent de redéfinir la notion d'autonomie des individus, entendue comme capacité de se donner à soi-même des règles et une ligne de conduite, de prendre des décisions de manière rationnelle et éclairée. On voit bien comment les mesures d'autolimitation permettent concrètement aux individus de restaurer une part de leur autonomie, puisqu'il s'agit de prévenir une forme de perte de contrôle que l'on ne pourra pas, sur le moment, maîtriser. Une telle stratégie permet ainsi de lutter contre ce que Jon Elster (1999) identifie comme étant l'une des deux formes fondamentales de perte de contrôle dans le jeu pathologique, à savoir se laisser entraîner à dépenser plus que ce que l'on avait prévu au départ – l'autre étant de ne pas pouvoir ne pas commencer à jouer. Si, dans le jeu compulsif, les joueurs continuent à jouer et à dépenser de l'argent, c'est non seulement parce qu'ils ne parviennent pas à arrêter de jouer mais aussi parce qu'ils ont la possibilité concrète et matérielle de continuer à jouer. Les stratégies d'autolimitation ont pour enjeu d'ôter cette possibilité, de contrecarrer l'impulsion à continuer à jouer encore.

Même si le qualificatif de *responsable* peut avoir quelque chose de gênant – si celui qui joue de manière modérée est celui qui joue de façon responsable, celui qui joue de manière immodérée est donc, en toute logique, celui qui joue de façon irresponsable –, l'accent mis sur l'autonomie des joueurs, face à des stratégies paternalistes qui viseraient à leur interdire de l'extérieur le comportement de jeu (interdiction bancaire), semble être une très bonne chose.

Toutefois, nous pensons qu'une telle stratégie reste inefficace à lutter complètement contre le jeu pathologique et ce, parce qu'elle semble souffrir d'une certaine mécompréhension de la nature de l'addiction. En effet, le soin est laissé à l'individu lui-même de se reconnaître comme *joueur problématique*. Or, il

semble que cette reconnaissance est loin d'être évidente ou intervient tardivement. La plupart des individus *addictés* présentent plutôt une attitude selon laquelle ils disent maîtriser la situation et pouvoir arrêter un comportement quand ils le veulent. Ainsi, si les individus *addictés* sont ignorants de leur défaillance (même si l'aveuglement peut être volontaire), on peut craindre que ce genre de stratégies soit inefficace, dans la mesure où il se fonde sur la possibilité pour l'individu de reconnaître lui-même qu'il se trouve dans une situation de risque et d'échec de contrôle de son comportement. Nous pensons que la difficulté de cette reconnaissance est liée à la coupure entre jeu normal et pathologique qui est véhiculée par la partie préventive du jeu responsable.

Cette coupure équivaut à une séparation de deux sortes de jeu en opposant d'une part plaisir, divertissement et maîtrise de soi et d'autre part, jeu problématique, manque et perte de maîtrise de soi. Cela est selon nous en désaccord avec les implications des stratégies d'autolimitation, par rapport à la question philosophique du rapport entre le normal et le pathologique. Appliquée au jeu, la question est la suivante : y a-t-il entre le jeu normal et le jeu pathologique une rupture radicale et un passage qualitatif de l'un à l'autre ou au contraire une continuité et un passage quantitatif ? C'est parce que les deux positions de ce débat semblent simultanément impliquées dans deux temps du programme du *jeu responsable* qu'il nous paraît renfermer un paradoxe. Il nous semble en effet que la *partie prévention*, en amont du jeu, sous-tend une position clairement discontinuiste : les joueurs pathologiques ne seraient qu'une minorité de la population, qui auraient des vulnérabilités à la dépendance. Au contraire, la partie *autolimitation*, pendant le jeu, semble sous-tendre une position inverse, continuiste, puisqu'elle vise à la restauration d'un jeu normal qui permettrait aux joueurs à problème de continuer à jouer.

## LE PROBLÈME DE LA RECONNAISSANCE

### LA STRATÉGIE D'AUTOLIMITATION DU *JEU RESPONSABLE* : UN « CONTRAT D'ULYSSE » ?

Il nous semble qu'une analogie peut être faite entre les stratégies d'autolimitation du *jeu responsable* et les moyens mis en place pour lutter contre la *faiblesse de la volonté*, que Jon Elster appelle « contrats d'Ulysse », en référence à l'épisode d'Ulysse et des sirènes raconté par Homère dans l'Odyssée. Dans cet épisode, Ulysse, mis en garde de l'attrait irrésistible du chant des sirènes par la magicienne Circé, demande à ses coéquipiers de lui nouer les mains au mât du navire afin d'être physiquement incapable de suivre les sirènes, ce qui le mènerait à la mort. Ce genre de stratégies permettrait d'anticiper de manière rationnelle une irrationalité future à laquelle on sait que l'on va céder, en restreignant l'ensemble des actions faisables afin qu'il ne reste que la meilleure chose à faire (Elster 1987). Si la *faiblesse de la volonté* consiste à agir intentionnellement contre ses meilleures préférences rationnelles, la solution est, à l'avance, de limiter la réalisabilité des autres préférences.

Pour Elster, la *faiblesse de la volonté* ou *l'acrasie* n'est pas un paradoxe de l'irrationalité, défini de manière standard comme le fait d'agir contre son meilleur jugement alors que l'on juge dans le temps de l'action que l'on devrait faire autrement. C'est un phénomène qui peut s'appréhender comme un « renversement des préférences ». Dans *Agir contre soi : la faiblesse de la volonté*, il rend compte de plusieurs mécanismes de ce renversement, notamment celui de l'escompte du futur qui correspond simplement au fait que les préférences changent avec le temps et que plus un bien est loin dans le temps, moins il est motivant. Mais tandis que ce changement est progressif, *exponentiel* chez l'agent

sain et rationnel, il est *hyperbolique* chez l'agent acratique (Elster 2007) (il intervient plus tôt). Dans le jeu c'est la même chose : on suppose que tant qu'il n'est pas temps d'agir, l'agent préfère le choix en faveur de la meilleure récompense même si celle-ci est éloignée dans le temps ; mais au moment où il doit effectivement prendre la décision, c'est la récompense la plus faible, mais la plus immédiate, qui a sa préférence et qui le motive à agir. Lutter contre la *faiblesse de la volonté* signifie alors lutter contre ce renversement des préférences en rendant impossible la réalisation des préférences pour la récompense immédiate ; ainsi, « à la manière d'Ulysse, qui demanda à son équipage de le ficeler au mât de son bateau, on peut faire appel à une instance extérieure pour s'aider soi-même à ne pas changer de préférence » (Journet 2011). C'est ce rôle d'instance extérieure que les stratégies d'autolimitation déployées par le jeu responsable semblent ainsi jouer, le fait qu'elles permettent de « jouer avec modération, même dans l'excitation d'une partie »<sup>19</sup>, rappelant ainsi l'anticipation rationnelle de l'irrationalité caractéristique des « Contrats d'Ulysse ».

Mais si l'on considère qu'Ulysse était bien conscient qu'il cèderait au chant des sirènes à moins d'être attaché, en est-il toujours de mêmes pour les joueurs pathologiques ? Ne souffrent-ils pas d'une forme de croyance de maîtriser la situation intrinsèque à l'addiction, qui rendrait difficile voire impossible la prise de conscience du caractère problématique de leur comportement ? De nombreuses études mettent ainsi en évidence le cercle vicieux du jeu dans lequel la conscience de la perte de contrôle du comportement intervient tardivement. Dans un rapport d'expertise sur l'évaluation de la dangerosité des appareils de loterie vidéo au Québec de 2004, le « caractère insidieux » de la dépendance est notamment expliqué par une

●  
<sup>19</sup> Site en ligne Espacejeux. <https://www.espacejeux.com/fr>.

« conscience erronée de la situation » et par une absence de prise de conscience du problème :

La plupart des maladies sont faciles à reconnaître parce qu'elles sont indisposantes et douloureuses. On se sent plus faible. On a l'impression que quelque chose ne fonctionne plus. Avec le jeu pathologique, rien de tout cela ne survient. S'il n'y avait pas de dette de jeu, une personne pourrait être joueur pathologique toute sa vie sans se plaindre (...). Avant de se considérer comme atteint d'une pathologie, le joueur pathologique va dilapider tout son argent, et il est même prêt à dilapider l'argent des autres. Tant qu'il a de l'argent, le joueur pathologique se sent fort, toujours capable de se refaire (Leblond 2007 : 48).

On voit que les individus peuvent ne pas prendre conscience de leur rapport problématique au jeu, ou trop tard. L'analogie avec les « contrats d'Ulysse » doit ainsi s'arrêter là, dans la mesure où Ulysse avait conscience qu'il allait céder à la tentation du chant des sirènes. Utiliser les stratégies d'autolimitation du *jeu responsable* suppose donc que le joueur ait véritablement conscience de son rapport problématique au jeu. Déclencher cette prise de conscience, informer sur les risques liés à la dépendance est l'objectif de la partie préventive du *jeu responsable*. Cependant, en optant pour une prévention qui répartit les joueurs dans des catégories fixes et exclusives, il semble que celle-ci ne facilite pas forcément la reconnaissance d'un éventuel problème de jeu.

### **LES DIFFICULTÉS DE LA PARTIE PRÉVENTIVE DU *JEU RESPONSABLE.***

Dans leur section obligatoire sur le jeu responsable, les sites en ligne de jeux d'argent et de hasard proposent principalement

deux outils de prévention contre les risques liés à la dépendance. D'une part, ils proposent des questionnaires – basés sur les tests de dépistage utilisés dans le champ médical, notamment le SOGS (South Oaks Gambling Screen) et son équivalent canadien, l'ICJE (Indice Canadien du Jeu Problématique) – qui doivent permettre aux individus d'auto-évaluer leur rapport au jeu. Le but de ces auto-évaluations est de pouvoir répondre à la question suivante : « Quel joueur êtes-vous ? ». Outre le caractère parfois ludique de ces questionnaires, qui rappellent l'univers du jeu, il faut noter le caractère quasi ontologique de cette question, qui semble sous-entendre que nos réponses détermineront de manière définitive quel type de joueur nous sommes (et non pas quel rapport au jeu nous avons). Cela peut ainsi avoir l'inconvénient de donner le sentiment à un joueur qui aurait un score faible au départ qu'il serait définitivement à l'abri des problèmes liés au jeu.

D'autre part, ces sections démarrent le plus souvent par un message de prévention contre le risque de dépendance, message qui dit en substance ceci :

Pour des millions de personnes, les jeux en ligne représentent une forme de loisir, mais pour certaines personnes qui ont des problèmes avec le jeu, cela peut être une véritable addiction. Une majorité de personne joue de façon responsable, cependant pour certains, jouer peut devenir problématique<sup>20</sup>.

L'aspect problématique du jeu semble alors reporté sur les agents : ce sont eux qui ont un problème à gérer leur compor-

●  
<sup>20</sup> Session jeu responsable sur le site de jeu en ligne Winnings. <http://fr.info.winnings.com/responsible.aspx?vid=16919949&abtc=WIN13050>.

tement de jeu tandis que la majorité arrive très bien à le contrôler. Ce genre de message inciterait, selon le même rapport d'expertise cité précédemment, à :

croire que la pathologie est rare (...) et à rejeter la crainte de développer une maladie au jeu, et advenant le cas, à croire qu'il serait facile de s'en défaire ou de contrôler les dommages (Leblond 2007 : 60-61).

Le *jeu responsable* utiliserait ainsi la même stratégie que celle des dépliants de prévention distribués à côté des appareils de loterie vidéo :

Pour la plupart des gens, l'attrait du jeu réside dans la possibilité de s'amuser, d'avoir du plaisir et de réaliser possiblement un profit instantané. Toutefois, pour une faible proportion de la population, le jeu devient beaucoup plus qu'un simple divertissement (Leblond 2007 : 60-61).

Il ressort de ces messages de prévention une opposition entre d'un côté, le jeu-plaisir, la normalité et la majorité, et de l'autre la dépendance au jeu, la pathologie et la minorité. On retrouve constamment ce genre d'oppositions binaires, par exemple dans un dépliant sur le jeu responsable proposé par une grande chaîne de casinos :

'Le jeu est un plaisir et doit le rester'. Dire cela, c'est reconnaître que pour certains joueurs, à un moment donné, les choses peuvent basculer : de plaisir, le jeu devient dépendance. Notre Groupe a toujours assumé cette réalité, certes marginale, mais cependant bien réelle pour quelques-uns de nos joueurs. Oui, le jeu excessif existe. Mais il n'est pas une fatalité (Lucien Barrière Hôtels et Casinos : 3-4).

L'accent est ainsi mis sur le caractère récréatif et plaisant du jeu et sur l'idée selon laquelle la dépendance interviendrait seulement quand le jeu n'est plus un plaisir. Ce qui semble être sous-entendu, c'est que le jeu qui cesse d'être un plaisir ne fait plus intrinsèquement partie de la nature du jeu, donc que la dépendance n'est pas une potentialité du jeu, mais bien une potentialité de la personne qui joue. En fin de compte, ce discours semble introduire une différence qualitative entre les types de joueurs : on aurait d'un côté le joueur « normal » qui respecte la nature récréative du jeu et de l'autre, le joueur pathologique, qui dénature le jeu. Deux implications en découlent. D'une part, il peut sembler difficile pour quelqu'un d'admettre qu'il est entré dans la classe des personnes avec un problème de jeu et même plus qu'il est – de manière quasi *ontologique* – un joueur problématique ou pathologique. Plutôt que de se retrouver dans cette situation vulnérable, l'agent peut se retrouver dans une situation de déni ou d'autoaveuglement et ne pas utiliser les stratégies d'autolimitation facultatives mises à sa disposition. Elster remarque ainsi que seuls des « agents sophistiqués », c'est-à-dire ceux qui se savent être en proie à la faiblesse de la volonté, peuvent s'engager dans des « Contrats d'Ulysse » tandis que les « agents naïfs » - parmi lesquels il inclut certaines personnes addictes, aveuglées sur leur état – ne le peuvent pas (Elster 2007 : 61).

D'autre part, en introduisant l'idée d'une coupure entre jeu normal et jeu pathologique, un tel discours laisse entendre que le passage de l'un à l'autre serait plus apparenté à un saut qualitatif et prend ainsi position, de manière consciente ou non, quant la question de la continuité ou de la discontinuité entre normal et pathologique, appliquée à l'addiction au jeu.

## LA QUESTION PHILOSOPHIQUE DU RAPPORT ENTRE NORMAL ET PATHOLOGIQUE.

### CONTINUITÉ OU DISCONTINUITÉ ENTRE JEU NORMAL ET JEU PATHOLOGIQUE ?

La question du rapport entre normal et pathologique, en philosophie, découle d'une réflexion sur ce que signifie le concept de maladie. Élodie Giroux (2010) nous explique qu'à l'origine, et avant le déplacement opéré par Canguilhem ([1943] 2005), le débat opposait une conception *ontologique* des maladies à une conception *physiologique* : les maladies ont-elles une réalité indépendante de l'être qu'elles affectent, les rendant ainsi qualitativement distincte de l'état de santé ? Ou ne comportent-elles au contraire qu'une différence de degré avec l'état sain ?

Un débat identique au sujet de l'addiction en général et du jeu pathologique en particulier fait s'opposer deux conceptions. D'une part a émergé une conception du jeu pathologique comme « entité », « forme pathologique en soi », « maladie » dont il faut chercher « les déterminants psychologiques, biologiques, neurophysiologiques, voire génétiques », pour reprendre les termes de Marc Valleur (2004 : 1). Telle est la conception qui semble impliquée dans la partie préventive du jeu responsable, qui véhicule le message d'une coupure entre jeu normal et jeu pathologique.

A l'opposé, certains spécialistes de l'addiction au jeu critiquent la barrière fixe entre jeu normal et jeu pathologique qui semble instaurée par le *jeu responsable* et défendent l'idée d'un continuum ou d'une « courbe de Gauss » qui irait de l'absence de jeu au jeu excessif en passant par toute une série de comportements de jeu dits normaux (jeu social, jeu professionnel, etc.). Cette option est ainsi résumée par Marc Valleur :

Dans cette optique, il y a donc un continuum sans faille, dans les problèmes de jeu, tant dans les comparaisons que l'on peut faire entre telle ou telle personne, que pour un individu donné, dont la conduite de jeu pourra varier avec le temps, se déplacer le long de ce continuum, du non problématique au plus problématique (Valleur 2004 : 1).

Il est de plus en plus courant de défendre une position continuiste à ce sujet, d'autant plus que les neurosciences semblent revenir largement sur l'idée selon laquelle il y aurait dans les mécanismes cérébraux de l'addiction quelque chose d'irréversible et d'irréparable. Deux arguments soutiennent cette thèse continuiste entre jeu normal et pathologique. D'une part, l'épidémiologie montre l'hétérogénéité des joueurs et un lien de prévalence entre la hausse des machines, leur accessibilité, et le nombre de joueurs pathologiques. L'expert Jean Leblond (2007) observe ainsi un lien entre le nombre accru de joueurs pathologiques et le développement rapide et étendu de celui-ci et en conclut que « le problème découle d'abord et avant tout de l'accès aux ALV<sup>21</sup> ». Il suit en cela un grand nombre de chercheurs sur le jeu pour qui « la recherche démontre que la prévalence du jeu pathologique est liée à l'accessibilité des accès de jeu » (Leblond 2007 : 41). D'autre part, la psychopathologie cognitive montre que certaines croyances irrationnelles et distorsions cognitives qui expliquent le jeu pathologique par leur excès, sont présentes aussi chez les joueurs dits 'normaux' (Langer 1975). Sont citées à titre d'exemple : l'illusion de contrôle, la méconnaissance de l'indépendance des tours et du hasard, l'illusion de l'habileté, etc. (INSERM 2008).

Malgré ces arguments, la question du continuum ou de la différence qualitative entre jeu normal et jeu pathologique est

●  
<sup>21</sup> Appareils de Loterie Vidéo.

loin de faire consensus. Pour les experts de l'INSERM (2008), on ne dispose pas aujourd'hui encore d'arguments « durs » pour trancher cette question et il subsiste une ambivalence :

Les recherches sont le plus souvent fondées sur une logique de continuité entre le normal et le pathologique mais en même temps reposent souvent sur un modèle implicite de discontinuité, avec l'idée d'une différence de vulnérabilité, sinon de nature, entre les joueurs pathologiques et les normaux (INSERM 2008 : 68).

Cela n'est donc pas parce que la campagne de prévention du jeu responsable s'enracine dans la thèse de la discontinuité que l'on peut parler de paradoxe.

### **LE PARADOXE DU JEU RESPONSABLE**

Par contre, affirmer une discontinuité qualitative entre le jeu normal et le jeu pathologique nous semble radicalement incompatible – et par là paradoxal – avec ce que sous entend le refus de toute exigence d'abstinence, un des principes phares du *jeu responsable*. Par ce principe en effet, le programme du jeu responsable se positionne dans un débat quant à l'objectif du traitement qui doit être envisagé pour lutter contre une addiction : doit-on promouvoir l'abstinence et avoir une politique prohibitionniste en matière de jeu, ou est-il possible de promouvoir des stratégies visant à induire la modération ? Face à l'abstinence, la mise en place d'un jeu contrôlé comme objectif de traitement des joueurs compulsifs présenterait plusieurs intérêts, en plus de promouvoir le respect de l'autonomie des individus. Non seulement le retour à un jeu contrôlé semble plus réaliste aux joueurs que l'abstinence, ce qui peut les pousser davantage à s'inscrire dans des programmes de traitement (Ladouceur 2005 : 49-57). Mais encore, un tel objectif de traitement semble

également impliquer que le joueur pathologique n'aurait pas besoin de renoncer totalement au jeu, mais qu'il pourrait, après avoir retrouvé des limites et une maîtrise du jeu, revenir à un jeu normal. On peut penser par exemple à la définition du jeu qu'on trouve chez Huizinga : « le jeu est une action ou une activité volontaire, accomplie dans certaines limites fixées de temps et d'argent » (Huizinga 1988 : 34-35). Si le jeu pathologique peut se définir comme le fait de ne plus pouvoir respecter ces limites, le jeu responsable, lui, se définit par le fait de les rétablir progressivement, grâce à une instance extérieure qui se substitue à la capacité de contrôle de l'agent. On pourrait alors interpréter le jeu responsable comme une tentative de restauration du jeu normal, ce qui semble sous-entendre qu'il n'y a pas de rupture qualitative entre les deux. Les traitements qui ont pour but la promotion de la modération et du contrôle semblent impliquer une position de continuité dans le débat sur le normal et le pathologique. Marc Valleur montre ainsi que dans l'optique du continuum pour laquelle le jeu pathologique n'est que l'exacerbation d'un comportement normal :

Il n'y aurait alors pas forcément à chercher un 'traitement', pour une maladie inexistante, mais simplement à promouvoir des stratégies d'apprentissage et de contrôle, de promotion du jeu modéré (Valleur 2004 : 1).

Au contraire, il souligne le lien fort entre un « modèle de la maladie » et « la promotion de l'abstinence totale et définitive comme seul objectif de traitement » (Valleur 2004 : 1). Un exemple paradigmatique à cet égard est celui des *Joueurs Anonymes*, association fondée en 1957 à Los Angeles sur le modèle des *Alcooliques Anonymes*. Voici un extrait de leur manifeste :

Nous avons perdu la capacité de contrôler notre jeu.  
Nous savons qu'aucun joueur réellement compulsif ne

peut regagner le contrôle (...). Nous sommes convaincus que les joueurs de notre type sont en proie à une maladie progressive (Rosecrance 1985 : 275-284).

On retrouve ici la dimension 'ontologique' du joueur pathologique, corollaire de la conception du jeu pathologique comme entité : « Les joueurs compulsifs sont un groupe séparé dont l'activité de jouer est obsessionnelle et incontrôlable » (Rosecrance 1985 : 275-284). Les joueurs compulsifs semblent ainsi constituer un « type » pathologique qui ne pourra jamais redevenir normal, être guéri, mais qui pourra seulement jouir d'une paix relative apportée par l'abstinence.

Croire qu'un objectif de traitement sera efficace, c'est avoir une conception de l'addiction et une position spécifiques quant au débat du normal et du pathologique. Avoir une conception de l'addiction comme entité ou maladie chronique suppose une discontinuité entre le normal et le pathologique qui va de pair avec un impossible retour en arrière, et porte donc à revendiquer l'abstinence comme seul objectif possible de traitement. Au contraire, avoir une conception de l'addiction comme exacerbation d'un comportement normal et perte de modération quant à ce comportement (que l'on peut comprendre comme défaut de rationalité ou faiblesse de la volonté) implique plutôt un continuum entre normal et pathologique, qui est compatible avec l'idée de jeu contrôlé.

Si nous parlons de paradoxe quant au programme du *jeu responsable*, c'est qu'il est, selon nous, ambivalent quant à la question philosophique du rapport entre le normal et le pathologique. Il n'est pas paradoxal parce qu'il implique une différence qualitative entre joueurs normaux et pathologiques dans sa partie préventive ou parce qu'il sous-entend une possibilité de restauration du jeu normal par les stratégies d'autolimitation, mais parce qu'il implique de manière simultanée les deux à la fois.

D'un côté, les messages de prévention du programme de jeu responsable véhiculent l'idée d'une rupture qualitative entre les joueurs normaux et les joueurs compulsifs (c'est-à-dire entre le jeu-plaisir et le jeu problématique ou encore entre le jeu contrôlé et le jeu où l'agent a perdu tout contrôle), ce qui parle en faveur d'une discontinuité entre normal et pathologique. Mais d'un autre côté, les stratégies d'autolimitation semblent postuler qu'il est possible, y compris pour les joueurs compulsifs, de revenir à un jeu contrôlé donc normal, ce qui semble engager un certain continuum, qui impliquerait qu'un joueur ne soit pas considéré comme pathologique sur toute la durée de sa vie. On peut donc avoir le sentiment que le *jeu responsable* « joue sur les deux tableaux » et utilise à la fois la façade de la discontinuité qui pourrait laisser penser que seule une minorité d'individus sont vraiment concernés par l'addiction et la dépendance, et celle de la continuité pour donner aux individus dépendants le sentiment qu'ils peuvent continuer à jouer sans accroître leur addiction.

## CONCLUSION

En définitive, ce qui est paradoxal dans le *jeu responsable* est moins l'idée elle-même de « jeu contrôlé » que son association avec une campagne de prévention axée sur la coupure entre différents types ontologiques de joueurs et sur l'idée que le jeu est dans sa nature même un plaisir, c'est-à-dire qu'il n'est pas intrinsèquement dangereux mais que le danger vient de certains individus. En plus de complexifier la tâche de reconnaissance de ses éventuels problèmes de jeu, cette idée de coupure entre normal et pathologique est incompatible avec une définition du jeu responsable comme restauration d'un jeu normal et contrôlé qui suppose au contraire l'idée d'un continuum entre normal et pathologique. Un moyen d'éviter cette contradiction pourrait

être d'insister dans les cadres de prévention et de formation sur l'idée que l'addiction peut concerner tous les agents et pas seulement une classe mineure de personnes. Notre objectif ici était ainsi de mettre en évidence la nécessité d'une réflexion philosophique sur les implications déployées par les stratégies de lutte contre l'addiction quant aux modèles qu'elles élaborent. On peut supposer en effet que quelque chose de paradoxal dans les implications d'une stratégie pourrait conduire à une moindre efficacité de celle-ci ; réfléchir de manière philosophique à ces implications pourrait participer à y remédier et à aider à perfectionner une stratégie comme celle mise en place par le *jeu responsable*.

## BIBLIOGRAPHIE

Belkacem, Abdou, Michel Reynaud, et Jean-Luc Venisse (2011). *Du plaisir du jeu au jeu pathologique. 100 questions pour mieux gérer la maladie*. Paris: Maxima Laurent du Mesnil.

Canguilhem, Georges (2005 [1943]). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Elster, Jon (1987). *Le Laboureur et ses enfants. Deux essais sur les limites de la rationalité*. Paris : éditions de. De Minuit.

Elster, Jon (1999). « Gambling and Addiction », dans Elster, Jon et Ole-Jørgen Skog (éd.). *Getting hooked : rationality and addiction*. Cambridge University Press, p. 208-234.

Elster, Jon (2007). *Agir contre soi: la faiblesse de volonté*. Paris: Odile Jacob.

Giroux, Élodie (2010). *Après Canguilhem. Définir La Santé et La Maladie*. Paris: PUF.

Huizinga, Johan (1988). *Homo ludens*. Paris: Gallimard.

INSERM (2008). Jeux de hasards et d'argent. Contextes et addictions. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/77>

- Journet, Nicolas. 11.05.2011. Rencontre Avec Jon Elster : Comment Résister À La Tentation ? *Sciences Humaines*. [http://www.scienceshumaines.com/rencontre-avec-jon-elster-comment-resister-a-la-tentation\\_fr\\_27175.html](http://www.scienceshumaines.com/rencontre-avec-jon-elster-comment-resister-a-la-tentation_fr_27175.html).
- Ladouceur, Robert (2005). « Controlled gambling for pathological gamblers. » *Journal of Gambling Studies* 21 (1) : 49-57.
- Langer, Ellen J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology* 32(2) : 311-328.
- Leblond, Jean. 2007. Évaluation de l'information donnée, par le gouvernement du Québec, aux utilisateurs des appareils de loterie vidéo. <http://www.jeu-compulsif.info/documents/Rapport-expert-Jean-Leblond-22-03-07-2.pdf>.
- Lucien Barrière Hôtels et Casinos. Préférez un jeu responsable (dossier de presse Lucien Barrière). [http://www.lucienbarriere.com/localized/file/otherelement/pj/preferez%20un%20jeu%20responsable%20fr\\_1550294026573379747.pdf](http://www.lucienbarriere.com/localized/file/otherelement/pj/preferez%20un%20jeu%20responsable%20fr_1550294026573379747.pdf)
- Martignoni-Hutin, Jean-Pierre (2007). « Les paradoxes du contrôle aux entrées des casinos. » *La Tribune* 247 : 14-16.
- Rosecrance, John (1985). « Compulsive Gambling and the Medicalization of Deviance. » *Social Problems* 32 (3) : 275-84.
- Valleur, Marc (2004). Le jeu pathologique. *Toxibase* (d'après *Le Jeu Pathologique*, PUF 1997).

**DEUXIÈME PARTIE :**

**CORPS INDIVIDUEL, CORPS SOCIAL**



# **TROUBLES DE L'ALIMENTATION ET IMAGE DE SOI PARTAGÉE EN LIGNE : ANALYSE DISCURSIVE D'UN BLOG PRO-ANA**

*François Perea & Marc Levivier*

Nous sommes engagés dans des recherches portant sur le comportement langagier de sujets présentant ce qu'il est d'usage de nommer une addiction et qui visent à observer dans leurs productions discursives les positionnements de ces sujets dont nous faisons l'hypothèse qu'ils nous renseignent sur le rapport que ceux-ci entretiennent avec leur addiction. Nous avons entrepris d'en transposer les outils à d'autres addictions, à d'autres sujets et à d'autres contextes, en l'occurrence ici les troubles de l'alimentation tels que les sujets les présentent et se présentent sur le web.

## **TROUBLES DE L'ALIMENTATION ET DISCOURS EN LIGNE**

### **LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION**

L'expression Troubles de l'alimentation (TA) réfère ici à différentes affections (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique) qui ont en commun de conduire les sujets à adopter des comportements persistants ancrés dans le contrôle de l'alimentation et du poids corporel, aux conséquences morbides sur la santé physique et psychique (DSM-IV-TR 2005). Selon de

nombreux chercheurs (Arnould 2009 ; Huet 2010), les TA sont un reflet fidèle des apories socioculturelles de la société contemporaine, en particulier le caractère dissonant des modèles culturels qui incitent de façon systématique et appuyée à la consommation de produits alimentaires tout en offrant, dans le même temps, des modèles idéaux esthétiques de minceur. En d'autres termes, les médias (presse écrite et télévision en particulier) contribuent quotidiennement à la diffusion des modèles artificiels et stéréotypés d'une beauté idéale, fondés sur le culte de l'esthétique et la célébration du corps mince voire maigre alors que le contexte culturel et économique contemporain est caractérisé par le bien-être, l'abondance de l'offre et de la disponibilité de la nourriture, et la prolifération des messages publicitaires qui invitent à consommer en permanence.

Les TA ont tendance à se manifester à l'adolescence, phase des plus délicates du développement de la personne déjà caractérisée par d'importants changements à la fois physiques et psychiques (Palmonari 1993). Ces changements ont trait, notamment, au rapport au corps dans ses dimensions biologiques, individuelles et sociales (Le Breton 2008 ; Detrez 2002). Par ailleurs, la population adolescente est particulièrement présente sur les réseaux sociaux où s'affichent et interagissent les corps (selfies, dédipix, avatars, etc.) en lien étroit avec les affects et les identités numériques (Tisseron 2001 ; Perea 2010 ; Paveau 2012).

## **LA COMMUNAUTÉ DES ANA/MIA EN LIGNE À TRAVERS QUELQUES MOTS-CLÉS**

La communauté numérique des personnes souffrant de troubles compulsifs de l'alimentation est très importante. Nous nous concentrerons ici sur une partie d'entre elle très présente

sur internet et qui est présentée dans les files actives des centres de soins comme « anorexique ». Les personnes anorexiques peuvent jouir, en une forme de déni que partagerait l'ensemble de la société, d'une certaine image positive attachée à la minceur des corps. Leur communauté virtuelle se constitue et s'identifie autour de néologismes mots-clés (Cassilli 2013) à valeur positive : *thinspiration* (inspiré par la minceur), *wanarexic* (en contraction de *wanna* et anorexique) ou encore *proana*. Cet ensemble de termes mélioratifs permet de réunir une constellation de sites, forums et blogs où les sujets s'expriment, autour de leurs aspirations vécues comme une tension positive, l'extrême minceur/maigreur constituant un but ultime à atteindre. Pour autant, les sujets (pour l'essentiel féminins) ne sont pas dans une méconnaissance du diagnostic porté sur leurs conduites comme en témoignent les contenus de nombreuses signatures de forums<sup>22</sup> :

●  
<sup>22</sup>Les extraits de corpus sont reproduits sans correction orthographique ou typographique.

**Tableau 1 : Contenu des signatures de forum**

---

Chibi-chan	Sugarcube	Divine	Emmalou	Ange_rose	Lauraoma
25 ans québécoise, 1m74, x kg Ano/Boulimie/Bordeline diag Enceinte d'une princesse Mélodie (30 semaines de grossesse)	27 ans, 1m64 Diagnostiquée et suivie : BNV, restrictions, dépression, alcoolisme	28 ans, 1M68, 55 kg, objectif de 47 kg, anorexique diagnostiquée (et boulimie???) et maman au foyer d'un lou-lou d'amour.	17ans. Taille : 160cm. Objectif poids : 45kgs. TCA : ano, bv & bnv diagno Autre : dépressive, suicidaire, am, addictions, sous traitement & suivi psy.	Ano restrictive ,Bipolaire 40ans (enfin 21 il paraît)/ maman 1m55	16 ans Taille : 1m57 Objectif poids : 43 kilos TCA : oui (anorexique +boulimie vomitif) Autre : ×

---

Source : <http://myana-secret.blog4ever.com/forum/racontage-de-lifecom/bilan-image-de-la-semaine>

Conformément aux usages du net (la n tiquette), ces sujets s'inscrivent dans des interactions qu'on dira *peer-to-peer*, dans le déploiement de modèles d'interprétation et d'un lexique autonome, tout en rappelant ce qu'un discours extérieur (généralement médical) fait porter sur leurs conduites.

Les mots-clés permettant de se reconnaître et les post-scriptum faisant référence à l'apparence physique et au diagnostic clinique permettent d'exemplifier l'organisation de la galaxie ana. Un idéal de minceur radicale, « inspirant/*inspiration*», « voulu, désiré/*wanna* » et défendu (*pro*), sert de bannière de ralliement à des jeunes femmes qui reconnaissent par ailleurs leur trouble. Il importe de préciser que si dans ces lignes il est question de personnes souffrant d'anorexie, il est fréquemment question de troubles combinés : l'anorexie et la boulimie, repris en ligne sous les prénoms féminins Ana et Mia qui correspondent respectivement à une apocope d'*anorexique* et à une aphérèse de *boulimia*. Ainsi de nombreux forums sont consacrés à Ana et Mia, ou encore à ana/mia (qui n'est pas sans rappeler l'anémie que peut provoquer l'absence de nourriture et la perte de poids).

## LA SUBJECTIVITÉ DANS LE DISCOURS

### LE SUJET ET L'ACTUALISATION DU LANGAGE

Il suffit qu'une personne parle pour qu'elle nous renseigne sur elle-même. Qu'elle se raconte, se dise ou bien qu'elle parle d'autre chose, le style, les intonations, le type d'énoncé, l'autorité aussi bien que le statut nécessaire pour la tenue de tel ou tel discours nous renseigneront sur elle. L'*ethos* sourd de nos discours et des manières que nous avons de les tenir, indiquant

notre identité toujours en (re)construction, toujours en (re)présentation. De là son intérêt pour qui la relation à l'autre constitue le ressort de son activité (intervenant social, personnel soignant, psychologue, etc.) En effet, il n'a échappé à personne que nous ne pouvons nous reconnaître humain et personne à part entière que dans l'exercice de cette extraordinaire faculté : l'aptitude au langage. Mais celle-ci resterait pure puissance, ou virtualité, si nous n'avions la possibilité de l'exercer en relation. En relation à autrui. Nous ne parlons jamais tout seul et c'est dans et par la parole, que nous tenons et que nous adressons à autrui, que nous nous constituons en tant que sujet.

Parmi les phénomènes langagiers observables, la linguistique énonciative accorde une place centrale aux fonctions et effets de la désignation des personnes depuis que les études séminales d'Émile Benveniste ont commencé d'explicitier les rapports étroits qui s'établissent entre le langage actualisé par un locuteur en « instance de discours » et la constitution par ce même locuteur de sa propre subjectivité.

Le langage n'est possible que parce que chaque locuteur se pose comme sujet, en renvoyant à lui-même comme je dans son discours. De ce fait, je pose une autre personne, celle qui, toute extérieure qu'elle est à « moi », devient mon écho auquel je dis tu et qui me dit tu (Benveniste 1966, 260).

*Je* et *tu* constituent ce qu'on appelle les personnes de l'interlocution : « Je parle à toi ». Elles permettent de désigner qui s'adresse à qui, qui occupe quelle place dans l'échange, places qui ne vont cesser de permuter entre les interlocuteurs. Échanger avec autrui c'est aussi échanger des places ordonnées et que les deux premières « personnes » indiquent. La troisième personne (elle, il, on) ne désigne pas *qui* participe à l'échange, qui prendra alternativement la parole et l'écoute, mais exactement

ce dont on parle, *de quoi l'on parle*. Cette troisième personne est avant tout un *objet du discours* et non *un sujet de la parole*.

Le pronom personnel réfère ainsi à une « réalité de discours », c'est-à-dire une réalité linguistique (sans laquelle on ne pourrait rien dire), posée en trame sur la réalité extra linguistique (sans laquelle on n'aurait rien à dire). Cette réalité qui est celle de l'être, est toujours une réalité en tension, en tension à l'autre, et par conséquent en relation.

Ainsi toute prise de parole est de nature dialogale. Même lorsque nous parlons seuls, nous mobilisons « l'appareil formel de l'énonciation » (Benveniste 1970). Tout monologue est un dialogue intérieur dans lequel sont mobilisées les trois personnes qui conditionnent toute énonciation. Toujours un « Je » qui énonce, un « Tu » à qui le discours est adressé, et un objet à ce discours. Même si ces trois personnes sont rapportables à un même individu physique, un même locuteur, au risque, sinon, de bégayer un infernal et infini « je me moi je moi mon » (etc).

### **L'APPROPRIATION DU LANGAGE COMME CONDITION DE L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE**

C'est dans le pivot de l'énonciation de soi, dans notre « capacité à nous désigner comme « je », que se constitue et s'éprouve notre subjectivité » (Benveniste 1966). La filiation cartésienne est manifeste. Au *Ego cogito ergo sum*, « Je pense donc je suis », correspond maintenant un « Je suis en train de parler donc je suis » ou plus exactement, selon les propres termes de Benveniste : « Est "ego" qui *dit* "ego" », c'est-à-dire : est "Je" qui *dit* "Je". La référence à Descartes n'est pas anodine car c'est précisément à la fin de la Renaissance et l'âge classique que commence à se configurer l'individualité moderne. Une nouvelle dé-

finition de l'homme, une nouvelle instance (le « moi ») qui modifie les possibilités de se dire, une nouvelle façon de penser l'homme, ses rapports et sa place dans le monde, qui vont rendre possible la première conceptualisation de ce que nous nommons aujourd'hui une addiction (Nadeau et Valleur 2014).

La nouvelle définition de l'homme avec Descartes repose sur l'exercice de la parole, et non plus seulement la capacité de langage. Jusqu'alors, l'homme était défini sur le mode de la prédication : l'homme est un animal qui parle, rationnel, bipède, etc. Une définition extérieure, relevant de la connaissance encyclopédique et proposée, relevons-le, à la troisième personne. Pour comprendre cette définition, il fallait comprendre chacun de ses prédicats. Descartes crée une rupture par sa définition que l'on pourra dire immanente : c'est en pensant, c'est en disant, en *per-formant* sa définition, *ego cogito, ergo sum*, qu'on l'actualise, qu'on la saisit en l'éprouvant. Et c'est à la première personne que se définit le sujet moderne.

## PERFORMATIVITÉ

Que la subjectivité relève des puissances propres à la première personne du singulier peut aisément s'éprouver, notamment grâce aux énoncés dits performatifs, ces énoncés qui constituent des « actes de discours » : ils constituent des actes dans l'événement même de leur énonciation. Par exemple, pour promettre, nous devons dire « je promets ». Dans le même temps que nous prononçons ces mots, nous produisons l'acte qu'ils énoncent. C'est aussi le juge qui prononce le jugement et juge en disant qu'il juge ; c'est le prêtre qui baptise en disant qu'il baptise, etc.

On remarquera aisément que le passage à la deuxième ou à la troisième personne retire le caractère performatif. Il s'agit

alors d'un tout autre énoncé. Lorsque je dis « il promet », je ne produis pas un acte, je décris un comportement. Les énoncés en première personne réalisent ce qu'ils énoncent là où les énoncés en deuxième ou troisième personne racontent, décrivent, commentent, etc. Les énoncés « en Je » engagent notre subjectivité : il ne s'agit pas seulement de décrire ; en proférant nos paroles, nous les agissons.

### HÉTÉROGÉNÉITÉS ÉNONCIATIVES

Au niveau des énoncés cette fois, nous devons remarquer là aussi une multiplicité des « instances ». Un énoncé unique, produit par un locuteur unique, reste pourtant hétérogène (Authier-Revuz 1982). C'est-à-dire qu'il laisse entendre plusieurs *voix* (Bakhtine 1979) qui sont en tension entre elles (dans la phrase « bon, ce n'est pas parfait mais ça ira comme ça. », il est loisible d'entendre deux voix qui poléminent). Un énoncé répond, soutient, objecte à d'autres énoncés, virtuels ou déjà existants (c'est par exemple le propre de chaque publication scientifique que de se situer en rapport avec un ensemble d'autres publications), produits par le même énonciateur ou bien d'autres. On peut aussi repérer certaines hétérogénéités marquées, notamment lorsqu'une prise de distance est opérée relativement à certaines propositions (« je dirais en quelque sorte », « j'emploie ce mot dans le sens de... », « entre guillemets »).

Ainsi, sous l'apparence lisse d'un énoncé, et encore davantage lors d'une instance de discours, derrière un locuteur unique, se révèle une épaisseur complexe de réseaux, correspondances, valences, fonctions autorisant de nombreuses variations, mises en tension et écarts par lesquels d'autres énonciations deviennent possibles.

Concernant les usagers d'objet d'addiction, nous avons par exemple montré ailleurs qu'au delà des usages classiques de l'appareil formel de l'énonciation (*je* qui désigne la personne qui parle, *etc.*), les locuteurs font preuve de stratégie réglée et ont recours à de nombreux « masques pronominaux » (Perea 2003), faisant varier les instances énonciatives en fonction des énoncés qu'ils produisent. Ainsi, du sujet alcoolodépendant qui raconte son histoire personnelle en employant un « Tu » chaque fois qu'il est question de consommation d'alcool, et qui conclut par un « on est tous plus ou moins alcoolique ». Autrement dit, en fonction du rapport que la locutrice ou le locuteur entretient avec ce qu'il énonce, il aura recourt à un autre pronom que « Je », marquant ainsi, par exemple, la plus ou moins grande adhésion à son propos, mais aussi, la façon dont il s'assume comme l'auteur même de celui-ci.

Ce très rapide rappel vise juste à présenter l'importance, pour le linguiste, d'observer les positionnements personnels tels qu'ils s'inscrivent dans le discours, ou plus exactement tels que le sujet peut parvenir à les inscrire, à un moment donné, dans des conditions particulières, dans le discours.

## LE BLOG DE ANADICT

### L'INSCRIPTION EN LIGNE

Les discours que nous observons ici, présentent une particularité commune : ce sont tous des discours numériques, des *tech-nodiscours* pour reprendre l'expression de Marie-Anne Paveau (2012). Nous n'avons guère la place de développer ce point ici mais retenons quelques traits saillants pour les cas qui nous occupent ici :

- l’usage du pseudonyme et de ce fait l’anonymat des locuteurs ;
- l’aspect tribal des échanges entre des personnes partageant les mêmes centres d’intérêts si ce n’est les mêmes points de vue permet à ces espaces numériques de constituer à la fois des écrans de *protection* (l’identité civile y est préservée, l’intégrité physique n’y est pas directement menacée, etc.) mais également des écrans de *projection* (par exemple, les pseudonymes choisis sont rarement arbitraires) (Perea 2000 ; Perea 2002). C’est cette perspective de l’inscription du sujet dans son discours en ligne qui est appliquée dans l’étude de cas qui suit.

Ce blog, au nom évocateur, a été ouvert en février 2013 et son dernier message date du mois de mai 2014. Les messages ne se répartissent pas de manière régulière sur les 16 mois. Le mois de février 2013, celui de son ouverture, a donné lieu à sept publications et deux autres suivront le mois suivant. Une grande période de silence, sur laquelle nous reviendrons immédiatement, apparaît entre avril 2013 et février 2014, et nous voyons trois posts au mois de mars puis quatre autres au mois de mai. Nous nous contenterons ici de quelques relevés généraux, en guise d’exemples des phénomènes qui retiennent notre attention et guident notre écoute.

### **Temporalité des publications**

La temporalité des prises de parole n’est pas anodine. En effet, seules les périodes d’amincissement permettent l’énonciation et les périodes de prise de poids conduisent au silence. La longue période de silence qui s’établit entre le 24 mars 2013 jusqu’au mois de mars 2014 (soit près d’une année) est d’abord expliquée

de manière heureuse, puisque la locutrice annonce être enceinte, mais se termine de manière dramatique, par une fausse couche. Entre le mois de mars 2014 et le mois de mai 2014, une nouvelle période de silence est expliquée par un retour de « Mia » :

#### ÇA RECOMMENCE!

Bonjour les filles! Vous devez vous rendre compte que je ne publie pas énormément! Je voulais donc vous donner quelques explications. Je n'ai pas la motivation de vous écrire lorsque Mia viens me rendre visite... Je suis la aussi pour vous dire que je suis de retour, encore plus motivée qu'avant! Je suis actuellement a 47 kilos... J'avais atteint les 44 kilos mais la boulimie est très forte pour tout gâché.. A bientôt les filles! (posté le mardi 06 mai 2014 23:10)

Enfin, le dernier post explicite une reprise de poids, visiblement non surmontée :

#### MIA CASSE-TOI!

Ce soir je n'ai vraiment rien loupé. Gateaux apéritif, viandes, fraisier avec une bonne dose de crème pâtissière et de chantilly. Sa me dégoûte, je suis dégueulasse!! Une grosse vache incapable de contrôler son alimentation! Voilà ce que je suis (posté le samedi 10 mai 2014 23:04)

Il apparaît ainsi que le *sujet de l'énonciation*, capable de prise de parole, est hétérogène. C'est dans le rapport à soi et au corps que se pose la possibilité de rencontrer et risquer de se dire face à l'autre. Dans le cadre du blog proanorexique, cette rencontre est cadrée. L'image de soi, la face (Goffman 1973) n'est soutenable que dans le cadre d'un rituel de la perte de poids. C'est à cette condition qu'est rendue possible la représentation de soi

(toujours selon la terminologie goffmanienne) et c'est à elle qu'il faut songer dans le cadre de l'interaction avec les sujets souffrants de TCA (troubles compulsifs de l'alimentation). Cette hétérogénéité se retrouve dans les *sujets de l'énoncé*.

### Le « Je » et ses dimensions

La marque de la personne la plus présente est bien le pronom à la première personne du singulier. Celui-ci remplit une double fonction clairement énoncée dès le premier post :

BIENVENUE.

Je vais tout de même me présenté.

J'ai 18 ans et je souffre de TCA (troubles du comportement alimentaires) depuis 2 ans. Sur ce blog, je vous donnerai des conseils, des astuces pour ne pas craquer, je vais aussi me servir de ce blog comme journal intimes. (posté le vendredi 22 février 2013)

D'abord il sert à articuler (et c'est bien là la fonction du blog) *le récit de journal intime*, qui se résume pour l'essentiel à l'exposé des efforts entrepris pour perdre du poids, éviter d'en prendre... Ensuite, il remplit *une fonction de mise en relation entre les personnes*, entre le « je » personnel qui s'expose et un « vous » collectif à qui il s'adresse. Comme le destinataire est inconnu, la scriptrice se doit de l'imaginer. Se dessine alors une image de cet allocutaire générique, sous forme de projection partagée et *in-signée* (bracelet).

Le bracelet rouge, si vous ne le connaissez pas, c'est un bracelet pro Ana. Les pro Mia porte le même en bleu ou violet. Porter ce bracelet sert à nous reconnaître.[...]  
Pour ma part je pense qu'un bracelet rouge sert à nous

soutenir. Nous sommes toutes dans la même situation, nous ne sommes pas les seules à nous battre.  
(posté le vendredi 22 février 2013 13:23)

Courage les filles, on a le contrôle! Sa m'intéresse de savoir ou vous en êtes et combien de kilos vous avez perdu..N'hésitez pas à envoyer des mp. A bientôt!  
(posté le jeudi 27 mars 2014 21:13)

Mais deux autres personnes s'invitent, qui réfèrent bien à la scriptrice : ce sont les seules, soulignons-le, qui portent des prénoms : Ana et Mia.

### Ana et Mia

Il est à souligner que bien que référant à la scriptrice (*sujet de l'énonciation*), ces deux *sujets de l'énoncé* apparaissent comme des troisièmes personnes aux pouvoirs qui dépassent ceux de la bloggeuse :

<b>ANA</b>	<b>MIA</b>
cela m'aide à ne pas perdre mes objectifs de vu. Je le porte au poignet droit, celui avec lequel je mange, pour me rappeler que chaque bouché est une trahison envers Ana	Mia va refaire surface et je sens que je vais avoir beaucoup de mal à m'en défaire. FUCK YOU MIA.
Je me sens tellement mal de manger et de trahir Ana.	Je vais être obligée de manger, je ne vais plus rien contrôler.
	Je n'ai pas la motivation de vous écrire lorsque Mia viens me rendre visite...

---

Jeudi soir je retourne chez moi..Ana Super! Vas-y gave toi encore plus!  
va revenir en force,ce n'est pas si  
mal.

Ana pourquoi tu me lâche? Reviens 14 (Mia Casse-toi) [titre du post]  
moi,

---

Les champs thématiques qui se déploient autour de ces deux personnages nous renseignent sur le rapport de la bloggeuse à la nutrition de son corps :

Ana est une « force » à laquelle elle ne peut se rallier et qu'elle *trahit* ainsi : « chaque bouchée est une trahison envers Ana », « je me sens tellement mal de manger et de trahir Ana ». Dès lors, Ana se retire, lâche celle qui n'est pas à la hauteur.

Cette force anime, donne vie, fonde la raison d'être de la bloggeuse : ces posts sont des manifestes et conseils pour rallier cette force : conseils pour tromper la faim, signes de ralliement et d'allégeance, comme le bracelet rouge à libellule que portent les anorexiques en signe de reconnaissance :

Je le porte au poignet droit,celui avec lequel je mange,pour me rappelé que chaque bouché est une trahison envers Ana.Sur certains de ces bracelets,il est représenté une libellule,pour représenter la légerter et la liberté.Si une pro Ana porte son bracelet avec la libellule,cela veux aussi dire qu'elle suis son régime à la lettre. (posté le vendredi 22 février 2013 13:23.)

Ana apparaît ainsi comme une tension commune à la communauté, finalement vaine car ressembler à Ana, c'est mourir.

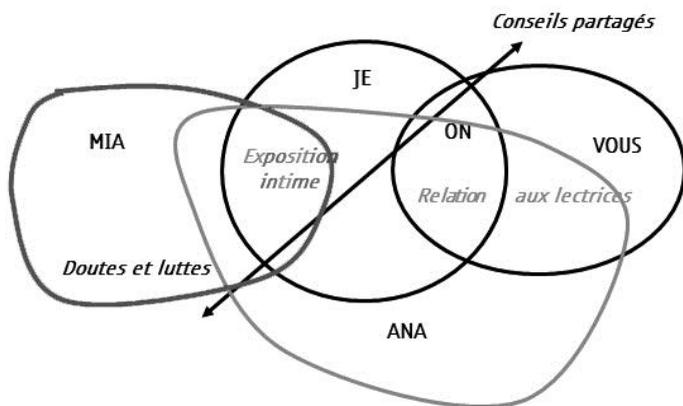
Mia est également une force qui dépasse la volonté et les capacités de la bloggeuse : « je vais être obligée de manger, je ne

vais plus contrôler... », force étrangère et envahissante à laquelle elle s'adresse (à elle-même) à la troisième personne, ironique : « Super ! Vas-y gave toi encore plus ! ».

Si la tentative de suivre Ana porte vers les autres, pousse à écrire, Mia est au contraire, nous l'avons dit, celle qui coupe les relations et conduit au repli : « Je n'ai pas la motivation de vous écrire lorsque Mia viens me rendre visite... ». Soulignons que si Ana est une référence partagée, la bloggeuse ne relie jamais Mia à ces lectrices : elle semble seule en supporter les outrages et le poids.

On pourrait ainsi faire une cartographie des personnes actualisées dans le discours de la bloggeuse :

**Figure 1 : Actualisations personnelles**



**EXPLICATION DU SCHEMA**

GRIS FONCÉ : MIA *exclusive* : sphères de l'exposition intime

GRIS CLAIR : ANA : *inclusive* : exposition intime + relations aux lectrices, donc :

Lien dans la sphère du JE

Lien dans la relation aux autres.

Finalement, le *Je*, tel qu'il se déploie dans l'exposition n'est qu'une lutte entre Mia et Ana, mais la seconde seule Ana possède un avantage : elle fait relation aux autres.

## CONCLUSION

Nous avons souvent appris à identifier le sujet de l'énonciation du sujet grammatical, à considérer un énoncé à la seconde personne, et encore plus à la troisième, comme impersonnel. Nous observons ici à quel point le sujet se manifeste pourtant dans et par le dispositif interlocutoire qu'il met en œuvre. Ses choix des instances d'énonciation sont signifiants et sont même souvent très précisément réglés. Ils indiquent comme des personnes, des points de vue, des rapports de proximité et de distance, d'assomption et de vergogne, relativement à des énoncés polyphoniques qui trament et tissent un sujet dialogique, polyphonique, hétérogène. Il n'y a pas à chercher des énoncés « subjectifs », autrement dit, appartenant en propre à un « sujet » réifié et à les distinguer d'autres énoncés défensifs, mensongers, opératoires, etc. Le sujet se manifeste, voire se constitue, dans un procès dialogique et dialogal qui nécessairement mobilise et se réfère à l'appareil formel de l'énonciation. Différemment, la personne buvant excessivement ou encore la bloggeuse pro-ana, orchestrant les discours et dialogues de protagonistes, mettront en scène et présenteront un sujet hétérogène. Et tel celui qui, assistant par exemple aux *Noces de Figaro*, entendra à l'occasion les multiples voix se tisser, d'autres fois portera son attention sur la voix de Susanna, interprétera les accents choisis par Mozart comme autant d'émotions ou de phrases singulières, ou bien adoptera une écoute globalisante, nous pouvons choisir, à notre tour, de saisir l'énoncé unique de notre interlocuteur et sa signification ou bien en entendre les voix multiples et leurs harmoniques. Ainsi se donne à entendre, dans les multiples sujets

de l'énoncé les tensions subjectives du sujet de l'énonciation, l'hétérogénéité énonciative de notre subjectivité moirée.

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Arnoult, Audrey (2009). « L'anorexie mentale : la représentation d'une déviance féminine dans la presse quotidienne nationale. » *Interrogations ?* 8. <http://www.revue-interrogations.org/L-anorexie-mentale>, (14.02.2013).
- Authier-Revuz, Jacqueline (1982). « Hétérogénéité montrée et hétérogénéité constitutive. » *DRLAV*. 26 : 91-151.
- Bakhtine, Mikhaïl (1979). *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.
- Benveniste, Emile (1966). *Problèmes de linguistique générale* 1. Paris : Gallimard.
- Benveniste, Emile (1970). « L'appareil formel de l'énonciation. » *Langages*. 17 : 12-18.
- Bozon, Agathe (2012). *Quand le déni devient langage*. Mémoire du DESU « Prises en charge des addictions ». Université Paris-8, France.
- Cassilli, Antonio (2013). « Le Web des troubles alimentaires. Un nouvel art de jeûner ? » *Communications*. 92 : 111-123.
- Detrez, Christine (2002). *La construction sociale du corps*. Paris : Le Seuil.
- Goffman, Erving (1973), *La Présentation de soi. La Mise en scène de la vie quotidienne I*, éd. de Minuit, collection « Le sens commun ».
- Huet, Jean-Michel (2010). « Pour les sites Pro-ana ou Pro-mia ou Comment tirer profit de ses ennemis. *Annales médico-Psychologiques*. » 168 : 558-563.
- Le Breton, David (2008). *Anthropologie du corps et modernité*, 5ème édition revue et augmentée. Paris : PUF.
- Nadeau, Louise et Marc Valleur (2014). *Pascasius ou comment comprendre les addictions* suivi du *Traité sur le jeu*. Montréal : PUM.

- Palmonari, Augusto (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il mulino.
- Paveau, Marie-Anne (2012). *Ces corps qui parlent*. <http://penseedudiscours.hypotheses.org/category/series-de-saison/10-hiver-2012-ces-corps-qui-parlent> (14.02.2013).
- Perea, François (2000). *Paroles éthiques ; Discours-interaction-subjectivité*. Paris : L'Harmattan.
- Perea, François (2002). « L'alcoolisme sous silence : approche linguistique du déni de l'alcoolique. » *Alcoologie et addictologie*. 24 (3) : 23-31.
- Perea, François (2003). *Les négations dans le discours pudique : modalités et fonctionnements*. Présenté à *Sciences du langage : quels croisements de disciplines ?* Colloque ColJEC. Montpellier, France, 20 et 21 juin 2002.
- Perea, François (2010). « L'identité numérique : de la cité à l'écran. Quelques aspects de la représentation de soi dans l'espace numérique. » *Les enjeux de l'information et de la communication*. 1 : 144-159.
- Tisseron Serge (2001). *L'intimité surexposée*. Paris : Ramsay.



**« IL FAUDRA BIEN QUE J'ARRÊTE, J'AURAI PAS  
ASSEZ DE SURFACE DISPONIBLE ».  
MODIFICATION CORPORELLE ET ADDICTION**

*Delphine Rochaix & Agnès Bonnet*

Les modifications corporelles sont pratiquées par les bodmoders, qui façonnent leur physique et transforment leur apparence. Rarement réalisées de manière isolée, elles s'inscrivent dans une forme de répétition (au sens de reproduction). Cette recherche se centre sur les actes de modifications en les abordant sous l'angle d'une logique addictive à partir du discours des sujets bodmoders et des représentations qu'ils ont de leurs pratiques.

La modification corporelle, ou *bodmod* (contraction pour body modification) renvoie à une culture « underground » qui regroupe des pratiques variées incluant, à différents degrés, une transformation du corps et de l'apparence. Le tatouage et le piercing représentent les modifications les plus couramment effectuées. Elles sont aujourd'hui répandues et rendent compte d'un brassage culturel. Elles témoignent notamment de l'appartenance du sujet à un groupe et soulignent les influences mêlées

de l'art et de la performance<sup>23</sup>, de la mode et des courants esthétiques (Rochaix et al. 2011) ; ou encore, elles prennent place dans la société comme des pratiques rendues banales par leur popularité. Ces modifications sont rarement réalisées de manière isolée mais s'inscrivent dans une forme de répétition (au sens de reproduction). Ce phénomène s'observe dans la pratique des tatouages ou des piercings multiples. Cette considération nous amène à approfondir la réflexion sur l'acte de modification en interrogeant les adeptes de la modification, les *body-moders*, sur les représentations qu'ils en ont, dans le but d'étendre nos connaissances sur le rapport entretenu par le sujet à l'acte de modification.

La modification corporelle (MC) est une altération délibérée (semi) permanente du corps incluant des procédures telles que le tatouage et le piercing (Featherstone 1999). Ces deux pratiques sont les plus répandues et les plus « socialement acceptées » (Defourneaux 2008 : 195). Il existe, néanmoins, d'autres types de modifications, comme la scarification et la pose d'implants (base fixée sous la peau sur laquelle un bijou est vissé, ou objet inséré sous la peau qui fait apparaître une forme en trois dimensions). La MC se caractérise par plusieurs éléments : elle peut être appliquée sur le visage et/ou le corps, par des professionnels ou par le sujet lui-même, elle est plus ou moins dissimulable selon sa localisation et elle est parfois irréversible. Il existe différentes formes de modifications : les plus « classiques », comme le tatouage ou le piercing, et les plus

●  
<sup>23</sup> Le terme de performance regroupe différentes pratiques telles que la suspension, le play piercing (piercing ponctuel) ou les mises en scène artistiques au cours desquelles le performer intervient sur son corps (ou laisse cette tâche à un tiers), l'expose, le manipule et en expérimente les limites physiques.

« lourdes », telles que les *heavy mods* (*tongue split* ou langue de serpent ; scarification, etc.), qualifiées de « modifications extrêmes » (Liotard 2003 : 23).

La modification est pratiquée par les bodmoders, qui façonnent leur physique « en inventant de nouvelles apparences » (Liotard 2008 : 219). Bien que la répétition des tatouages ou piercings soit présentée dans la littérature comme un fait établi (Vail 1999) et parfois évoquée de cette manière par les bodmoders eux-mêmes, les dimensions sous-jacentes à ce phénomène demeurent, à notre connaissance, peu explorées.

En premier lieu, nous pouvons envisager que la répétition et la logique addictive observées témoignent directement des particularités des pratiques. Le tatouage, par exemple, est présenté comme étant une modification qui n'est ni définitive, ni figée et qui se prête à la répétition. Ainsi, les pièces tatouées peuvent être complétées et modifiées lors de séances supplémentaires (le prénom d'un être aimé peut être recouvert par un dessin ; un tatouage de petite envergure sur l'omoplate peut servir de base à la réalisation d'une pièce étendue au dos entier, par exemple). Le piercing est également fréquemment répété, en partie parce qu'il est rapide à réaliser et réversible. La répétition peut ainsi renvoyer aux particularités des pratiques, mais ces éléments ne semblent pas, à eux seuls, pouvoir expliquer ce phénomène.

Au-delà des particularités des pratiques, nous pouvons envisager que ce sont les effets et les bénéfices subjectifs qu'elles produisent qui expliquent la logique addictive observée. Les bénéfices pourraient être issus des dimensions sensorielles et psychiques sous-jacentes à la MC. La littérature mentionne la tendance des individus qui pratiquent la MC à manifester des comportements orientés vers la recherche de sensations (Nathan-

son et al. 2006 ; Stirn et al. 2006). Wohlrab et al. (2007) soulignent que la libération d'endorphines (dites « hormones du plaisir ») au cours de la réalisation de l'acte viendrait expliquer l'appétence du bodmoder à renouveler les expériences de MC, dans le but de ressentir à nouveau les effets qu'elles produisent. La stimulation douloureuse, associée à la sécrétion d'endorphines dans l'organisme, générerait un effet anesthésiant chez l'individu et déclencherait des émotions positives. Les bénéfices retirés seraient alors liés, en partie, à la stimulation induite au cours de l'acte de MC.

Au-delà des aspects sensoriels, la dimension psychique nécessite d'être prise en compte dans l'approche de ces pratiques. En effet, ce que la MC représente et symbolise pour le sujet pourrait amener un éclairage quant à la répétition des pratiques. Outre la MC en elle-même, l'investissement fantasmatique qui la précède est important, particulièrement en ce qui concerne le tatouage (Vail 1999). Ce temps, qui correspond à l'élaboration du dessin et au choix de l'emplacement sur le corps du futur tatouage, est fortement investi par les bodmoders qui y accordent une attention particulière. La dimension fantasmatique semble ainsi faire partie de l'acte, en s'inscrivant comme une étape préalable à ce dernier, devenant un objet d'investissement contribuant aussi au phénomène addictif. L'origine de cette addiction peut être abordée en se référant à différents travaux. Bonnet et Bréjard (2009) traitent la question de l'objet de dépendance dans les activités physiques et soulignent l'importance des mouvements et des effets qu'ils produisent. Nous pouvons établir un parallèle entre ces dimensions et les pratiques de MC, au regard de l'implication du corps, présente dans les deux cas. A l'instar de ce qui est observé au cours des activités physiques, l'acte de MC et les mouvements qui y sont associés sont investis par les individus en raison des bénéfices

subjectifs qu'ils en retirent. La préparation de la MC, la mobilisation du corps au cours de l'acte et la transformation physique qui fait suite forment un ensemble d'étapes qui pourrait soutenir la composante addictive à ces pratiques. Pour mieux comprendre la dimension addictive qui le sous-tend, la nature de l'acte nécessite d'être abordée. Contrairement à la pratique physique sportive, la MC ne dépend pas de compétences particulières du sujet et ne résulte pas uniquement de ses actions (bien qu'il soit à l'origine de la prise de décision qui y conduise). Elle est, en effet soumise à un tiers, généralement un professionnel (du tatouage et du piercing), qui agit sur l'individu. Toutefois, bien que le sujet ne le réalise pas lui-même, il semble être pleinement engagé dans l'acte de modification.

Cette étude qualitative se centre sur le rapport des bodmoders à la pratique de la MC à travers une analyse sémantique réalisée à partir du discours portant sur le maintien ou l'arrêt de la MC. L'objectif de notre recherche est d'analyser le discours produit sur la MC en nous centrant sur la répétition des conduites. Nous formulons l'hypothèse générale que le discours produit sur la MC révèle le maintien de l'inscription des bodmoders dans leurs pratiques, soulignant une dynamique addictive sous-jacente à ces pratiques.

## **MÉTHODOLOGIE**

### **POPULATION ET PROCÉDURE**

Seize adultes étudiants en sciences sociales et ayant des MC ont été interrogés sur leurs pratiques. Les personnes participantes ont été recrutées au sein de la Faculté de Lettres d'Aix-en-Provence (Aix Marseille Université) pour témoigner de leur activité

de MC après avoir pris connaissance des procédures de la recherche. Elles ont rempli un court questionnaire nous renseignant sur leurs pratiques de MC, puis les entretiens ont eu lieu à l'Université et ont été enregistrés avec leur accord afin d'être retranscrits.

Nous avons procédé à une analyse thématique du discours. Partant d'une question « *Pensez-vous un jour arrêter la MC ?* », nous nous sommes intéressés au discours manifeste (qui renvoie aux informations données par les bodmoders) et à ce que nous percevions du contenu latent des productions discursives des sujets rencontrés (qui concerne les interprétations cliniques établies en fonction des mots employés et du sens sous-jacent pouvant y être associé). Notre question visait principalement à avoir accès aux représentations des sujets à propos de la MC. Nous avons procédé à des relances, essentiellement par répétitions et interrogations, destinées à encourager les personnes participantes à préciser ou à développer leur propos afin d'obtenir un témoignage rendant compte de la spécificité de leurs pratiques et de la façon dont elles les perçoivent. Le but était d'avoir accès aux représentations, croyances et « pensées construites » des participants vis-à-vis de la MC (Blanchet et Gotman 1992 : 25) en abordant spécifiquement la question de l'arrêt ou du maintien des pratiques.

## RÉSULTATS

### CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Notre échantillon de recherche est majoritairement représenté par une population féminine (sex ratio Hommes/Femmes= 2/14). L'âge moyen est égal à 23 ans (ET=5,73). La moyenne

est de 7 MC (2 tatouages/5 piercings) par personne, dont la première a été réalisée à la fin de l'adolescence, à 17 ans (ET=2,48).

## **ANALYSE DE DISCOURS**

Les propos recueillis mettent en évidence un premier constat : le rapport des individus à leurs pratiques (à travers la question de leur arrêt) se traduit par des positions et avis relativement nuancés, que nous pouvons toutefois regrouper en 3 types de positions adoptées vis-à-vis de la MC. Au sein de l'échantillon, 2 bodmoders évoquent l'arrêt prochain de la MC, 7 soutiennent la volonté de mettre fin aux pratiques de MC mais abordent la difficulté de le faire (cette catégorie d'individus se fixe une échéance équivalente à plusieurs années, voire à plusieurs décennies) et 7 autres expriment le désir de maintenir la pratique de MC. Nous présenterons les éléments de discours des sujets en fonction de ces trois éléments : l'arrêt des pratiques, l'arrêt à long terme et le maintien des pratiques de MC, qui rendent compte des différentes positions que peuvent avoir les individus vis-à-vis de la MC.

### **Arrêt des pratiques de modification corporelle**

Deux bodmoders envisagent l'arrêt prochain de la MC en évoquant des raisons concrètes, telles que le manque d'espace libre à tatouer ou à piercer sur le corps. L'un des participants soutient ce discours : « il faudra bien que j'arrête, j'aurai pas assez de surface disponible et je veux éviter d'être recouverte de tatouages ». Au-delà des limites inhérentes à la dimension concrète, ils soulignent l'importance accordée à l'image qu'ils ren-

voient, d'autant plus lorsqu'ils l'associent à l'insertion professionnelle, à propos de laquelle ils semblent être particulièrement soucieux : « je veux pas qu'on voit que mes tatouages ou piercings parce que ça peut être gênant socialement, donc, oui, je vais arrêter » ; « j'arrête les piercings par rapport au regard des autres, parce que c'est voyant et dans le milieu professionnel, tu te demandes comment tu vas être perçu ». Ils évoquent donc les limites qu'ils s'imposent quant au nombre ou à la nature des modifications.

Un autre groupe de bodmoders se fixe des limites qui impliquent, à plus ou moins long terme, l'arrêt de la MC.

### **Arrêt envisagé des pratiques de modification corporelle**

La plupart des sujets envisagent de mettre fin aux pratiques de MC, en se fixant, toutefois, une échéance à plus ou moins long terme (équivalente à plusieurs années, voire plusieurs décennies). Ils abordent la difficulté de renoncer à ces pratiques qu'ils présentent comme des actes reflétant pleinement la culture dont ils sont imprégnés et dans laquelle ils se sentent insérés. Ils soulignent également plus particulièrement le rapport qu'ils entretiennent (et qu'ils pensent entretenir dans le futur) vis-à-vis des MC, qui se décline autour de 3 dimensions axées autour de la question du vieillissement. Tout d'abord, ces personnes évoquent le vieillissement à partir de la dimension esthétique. Elles prennent également en compte les conditions de réalisation des tatouages, qu'elles jugent pour certains, incompatibles avec le fait de vieillir : « à 40 ou 50 ans j'arrêterai parce que j'aurai plus la peau aussi ferme ». Cet élément représente un critère impliquant l'arrêt du tatouage (le vieillissement et la perte d'élasticité de la peau ne sont pas abordés dans le cadre du piercing).

Puis, au-delà de l'aspect physique, les sujets abordent le vieillissement, à travers la question de la parentalité et du regard de leurs potentiels futurs enfants quant à leurs pratiques :

Je me vois mal à 50 ans dire à mes enfants, « bon, cet après-midi je vais me faire tatouer » ; y'a des tatouages que j'hésite à me faire parce que, si j'ai des enfants plus tard, euh... je me vois par leur expliquer pourquoi j'ai tel dessin, c'est quelque chose qui m'appartient, et ça représente aussi une période... que j'ai pas forcément envie que mes enfants connaissent.

Enfin, une autre question est soulevée, celle du rapport au corps projeté à un âge plus avancé :

A 50 ans, la réappropriation du corps, je suis pas sûre d'en avoir besoin.

Le dernier groupe d'individus met en évidence un rapport un peu différent à la MC et n'envisage pas nécessairement d'y mettre fin.

### **Maintien des pratiques de modification corporelle**

Sept personnes mentionnent le maintien des pratiques de MC jusqu'à la réalisation de leurs projets : « quand j'aurai fait tout ce que j'ai envie de faire, j'arrêterai peut-être ». Elles exposent avec précisions les MC qu'elles souhaitent mener et affirment procéder par étape (« d'abord je veux me faire tatouer le mollet, puis je ferai les poignets et après, sûrement la cheville »). Le maintien des pratiques est justifié par l'attrait pour la MC et les éléments qui y sont associés. Un premier point met en évidence que la MC est investie pas les individus sur le versant de la stimulation, y compris celui de la douleur :

La douleur est assez euphorisante et je pense que c'est ça qui rend accro. Tu vois, tu fais un tatouage qui symbolise le lien que t'as avec quelqu'un. Chacune de mes étoiles représentait une personne... me créait un petit peu de douleur... Je trouvais que ça allait vraiment avec la représentation des sentiments.

De plus, les participants évoquent « l'attrait pour le bruit lors des séances de tatouages et pour la sensation de l'aiguille sur la peau ». La dimension sensorielle est donc importante pour les bodmoders, toutefois, d'autres éléments entrent en compte. Ils abordent le besoin d'inscrire sur leur corps certains des événements marquants qui ont jalonné leur vie :

J'ai d'autres choses à dire, d'autres choses à écrire sur moi. C'est des choses que je vis, auxquelles je crois, que j'ai besoin d'écrire dans ma chair.

Là par exemple, dans les événements de la vie, y'a des moments où tu te dis 'je vais en faire un autre de tatouage'... parce que t'as besoin d'inscrire les choses sur toi, que ça soit des moments heureux ou pas.

## DISCUSSION

L'objectif de notre recherche était d'amener des éléments de compréhension vis-à-vis de la MC en nous centrant sur le discours des bodmoders. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés au rapport que les sujets entretiennent à la modification, à partir de la répétition de l'acte (soulevée de manière indirecte par la question centrée sur l'arrêt des pratiques).

Les productions discursives rassemblées dans ce cadre nous renseignent sur les représentations spécifiquement liées à la

MC. Les propos recueillis concernent majoritairement le tatouage, qui relève d'un investissement différent de celui observé dans le cadre du piercing. En effet, de par son caractère irréversible, le tatouage semble être davantage investi que le piercing. Le groupe des participants accorde une importance particulière au tatouage, qu'il présente comme un acte chargé de significations qui repose sur une dimension symbolique forte. Au sein de notre échantillon, le piercing est majoritairement perçu comme une pratique d'ornementation corporelle un peu moins engageante que le tatouage, qui relèverait davantage de la sphère esthétique. L'analyse de discours souligne l'existence d'avis nuancés de la part des bodmoders, qui projettent l'arrêt des pratiques, l'arrêt à long terme ou le maintien des pratiques de MC.

Les bodmoders qui ne souhaitent pas réaliser de modifications supplémentaires évoquent les entraves (réelles ou perçues) que peuvent constituer ces dernières quant à l'insertion sociale et professionnelle. En effet, ces considérations sont conformes aux travaux issus de la littérature qui soulignent que porter des piercings ou tatouages peu dissimulables en raison de leur emplacement sur le corps et/ou le visage, peut constituer un frein à l'emploi (Swanger 2006). Le corps représente l'interface entre le sujet et les autres, à la fois « objet intime et public » (Le Breton 2008 : 120) qui influence les échanges entre l'individu et son environnement. De nos jours, la MC ne renseigne plus sur le statut social ou le casier judiciaire de celle ou celui qui la porte, comme c'était le cas il y a encore quelques décennies, néanmoins, elle reste assimilée à une culture aux connotations « underground », encore perçue avec ambivalence par notre société. Ainsi, si les modifications sont acceptées, elles semblent l'être dans la mesure où elles ne sont pas trop exposées et restent peu visibles au quotidien.

Les participants qui planifient l'arrêt des pratiques à plus ou moins longue échéance soulignent leur désir de mener à bien

l'ensemble de leurs projets de MC. Ils mentionnent l'existence de limites fixées vis-à-vis de la MC, pouvant impliquer son arrêt. Celles-ci renvoient au vieillissement, que cela concerne les dimensions concrètes (vieillesse physique) ou psychiques (parentalité, maturité, nouvelles idéologies ou changement dans la manière de percevoir le corps et de l'investir). Les sujets abordent la modification corporelle comme un moyen de s'approprier ou de se réapproprier le corps. Ils soulignent l'importance accordée à ces actes à l'adolescence (l'âge moyen de la première MC de notre échantillon est de 17 ans). A cette période, ils semblent sous-tendre et accompagner un processus d'émancipation lié à l'entrée du sujet dans l'âge adulte (Bui et al. 2008), l'individu agissant sur ce corps légué imposé en y apposant ses propres marques (Estellon 2004). La MC permettrait aux adolescents et aux jeunes adultes de se démarquer des figures parentales et pourrait ainsi être interrompue à l'âge adulte, une fois cette « appropriation » (plutôt que réappropriation) faite.

Enfin, les bodmoders qui souhaitent poursuivre leur pratiques soulignent l'importance et la valeur accordées aux modifications, qui représentent des moyens de marquer les événements de vie qui leurs sont chers. Le corps porte ainsi les marques que le bodmoder inscrit sur sa peau, qui illustrent la vie du sujet, « symbole fort de quelque chose que l'on veut définitivement en soi » (Grogard 2006 : 42). Le corps révèle quelque chose du sujet, en offrant au regard une esquisse biographique, à travers les postures qu'il a l'habitude de prendre, les rides, les cicatrices, les marques que le sujet choisit ou non d'y inscrire (comme le tatouage, selon Denis 2006). Les bodmoders questionnent, en outre, l'impossibilité de mettre fin à ces pratiques, véhiculant l'idée selon laquelle, une fois pratiqué, le tatouage rendrait le bodmoder « addict ». En effet, certains évoquent l'existence d'une forme d'addiction à la MC, particulièrement au tatouage : « je me demande si on n'est pas un peu

drogués ou disons, portés à répéter » ; « je commence à devenir une tattoo addict, j'ai plein de tatouages que je veux faire et j'ai du mal à me restreindre ou à dire 'stop' », ce qui rappelle les travaux de Vail (1999) sur le phénomène de « tattoo collectors ». Plusieurs des sujets rencontrés affirment, sous forme de généralité, « une fois que tu commences la bodmod, impossible d'arrêter ». Les raisons évoquées quant à la répétition de ces pratiques sont peu abordées, toutefois quelques éléments sont rendus saillants dans le discours. Ainsi, une analogie est faite entre le fait de posséder des tableaux d'artistes et celui de collectionner les pièces de tatoueurs : « c'est comme un tableau quoi, une pièce unique. Je vais me faire les pièces que j'ai envie de me faire, par les tatoueurs que j'ai envie de me faire », relevant un lien particulier au tatouage (appréhendé comme une œuvre d'art), et notons également, au tatoueur (qui semble, dans ce cas, être investi autant que le tatouage). Wiener (2004) aborde l'acte de tatouage comme un substitut sexuel, revenant à être pénétré par l'aiguille du tatoueur, qui implique un lien particulier entre le sujet tatoueur et celui tatoué.

Pour comprendre la logique addictive soulevée par le groupe maintenant les pratiques de MC, nous développerons notre réflexion autour de ce qui est déclenché lors des différentes étapes de la MC (sensations et émotions) et du façonnage du corps mené par les bodmoders. Les bodmoders qui souhaitent maintenir leurs pratiques de MC soulignent l'importance de la sphère sensorielle lors des séances de piercing ou de tatouage. Ils évoquent les sensations ressenties au cours de l'acte de modification, et révèlent l'attrait pour le bruit de l'appareil lors de la séance de tatouage, qu'ils mettent en lien avec la stimulation provoquée par la sensation de l'aiguille sur la peau. Estellon compare le tatouage à un « cri de la peau » (2004 : 146), qui, inscrit comme une trace concrète et symbolique, repose sur ces deux dimensions en les exprimant de manière égale l'une et

l'autre. Ce lien entre le concret et le symbolique souligne celui établi entre le soma et la psyché et amène un éclairage quant à l'importance accordée aux MC et à ce qu'elles procurent. Au regard des pratiques et de leurs particularités, la douleur est présente lors de leur réalisation (dans la mesure où il s'agit d'une atteinte corporelle – bien qu'elles ne se réduisent pas à cette dimension). Le plaisir semble également être ressenti, en partie lors de la sécrétion des endorphines au cours de l'acte. Afin d'approfondir nos connaissances sur ces pratiques de transformation du corps, nous pouvons appréhender l'acte de modification (et ce qu'il procure) en le décomposant en plusieurs phases, en envisageant qu'à chaque étape un bénéfice puisse y être associé (comme nous l'avons développé ailleurs, Rochaix et Bonnet 2012). La MC concerne ainsi différents temps : l'avant, le pendant et l'après. Au regard de ce qui est décrit dans la littérature (Vail 1999) et par les bodmoders, « l'avant » est fortement investi d'un point de vue psychique et fantasmatique. L'acte est généralement préparé et pensé avant sa réalisation, par le choix de la pratique, du motif, du bijou ou du professionnel, etc. Nous pouvons alors penser que ce qui précède la MC vient contribuer au phénomène addictif. « Le pendant » semble se rapporter à la sphère sensorielle. L'accent est principalement mis sur ce qui est ressenti au cours de l'acte (douleur, ennui lors de séances de tatouage prolongées). Enfin, « l'après » concerne le résultat produit par la MC et la satisfaction qui y est souvent associée, qui peut s'accompagner d'un sentiment de bien-être, voire, de soulagement de la part du bodmoder (Rochaix et Bonnet 2012). Chaque étape de la MC peut donner lieu à un investissement particulier de la part du sujet et lui procurer des bénéfices et effets positifs différents (d'un point de vue sensoriel comme émotionnel). Ainsi, la répétition relèverait d'une recherche d'éprouvés antérieurs (Pedinelli et Bonnet 2008 ; Bonnet et Pedinielli 2010). Les bodmoders répéteraient ces pratiques pour ressentir à nouveau ce qu'ils ont expérimenté.

Le façonnage du corps constitue un élément qu'il est important de considérer dans le cadre de l'approche de la modification. De façon générale, la MC concerne la transformation, plus ou moins importante, de l'apparence physique du sujet. De plus, par le biais de ces actes, le bodmoder a accès à un certain contrôle de son corps et de ce qu'il renvoie, ce qui constituerait un des facteurs investis consciemment ou non par les individus qui la pratiquent. Ce contrôle ressenti ou recherché amènerait l'individu à reproduire les actes de MC pour façonner son corps et son apparence. Le façonnage semble être encouragé par la recherche d'une amélioration physique, voire d'une maîtrise corporelle, par l'action du sujet sur l'image de lui qu'il peut montrer aux autres et à lui-même. Par ailleurs, Tiggmann et Hopkins (2011) soulignent que le tatouage permet d'éprouver le sentiment de se distinguer et d'être unique, tout en procurant à l'individu une meilleure image de son corps (Swami 2011). Le tatouage offre, selon les auteurs, une voie d'expression par l'exposition d'un symbole qui le représente. Quant au piercing, selon Myers (1992), il permet une augmentation de l'estime de soi. Ces bénéfices amènent des éléments de compréhension vis-à-vis des tatouages et piercings multiples. De plus, les personnes participantes rencontrées soulignent l'importance accordée aux tatouages, qui permettent d'accompagner certains moments de vie, ou encore des pensées ou idéaux qu'elles peuvent avoir. Ces éléments rendent compte de l'importance de l'investissement psychique et physique (voire esthétique) dont relève la MC et des bénéfices qui y sont associés, et viennent nous éclairer quant à la répétition de ces pratiques chez certains sujets.

## CONCLUSION

La question de l'addiction soulevée par la pratique de MC peut être liée à celle de la recherche de sensations. A l'instar de ce

qui est observé dans les conduites addictives (Carton 2005), c'est l'anticipation des bénéfices qui amène le sujet à s'investir dans ces pratiques. Un parallèle peut être établi entre les bénéfices procurés par l'activité physique et ceux propres à la MC en prenant appui sur les travaux développés par Bonnet et Bréjard (2009), qui abordent l'objet de la dépendance dans les activités physiques. Les auteurs rendent saillants des éléments propres aux activités physiques, que l'on peut retrouver dans la MC, notamment lorsqu'ils abordent l'importance du mouvement et de l'effet qu'il déclenche (que ce soit d'un point de vue corporel ou psychique). Plusieurs mouvements émotionnels peuvent accompagner ces actes au cours desquels le corps est sollicité. Ils peuvent renvoyer à de la souffrance physique, au sentiment de se dépasser et/ou à la diminution d'un état de tension interne, par exemple. L'addiction pourrait concerner les sensations et états émotionnels déclenchés aux cours de l'acte et s'inscrire dans une démarche de recherche d'éprouvés antérieurs (Bonnet et Pardinielli 2010). Les sensations et émotions concerneraient différents temps : « l'avant » (anticipation et investissement psychique), « le pendant » (plaisir/douleur) et « l'après » (bien-être/soulagement). Au-delà de la dimension sensorielle, la MC permettrait un sentiment de contrôle du corps et de l'apparence. Borel (1992) souligne que la MC sert de renforcement narcissique et d'étayage identitaire au sujet qui, en intégrant ses MC comme faisant partie de lui, modifie l'image qu'il a de lui-même. L'amélioration de l'image de soi pourrait également contribuer au phénomène addictif observé dans le cadre de la MC.

Les individus marquent leur corps, y inscrivent une trace qui vient rendre compte de certains des événements qui jalonnent leur vie. Différentes représentations y sont liées : expression artistique, différenciation, ornementation/amélioration corpo-

relle, « aide-mémoire » des événements de vie importants du sujet (Denis 2006 : 47). « Habiter son corps » (Morhain 2011 : 133) semble revenir à se l'approprier concrètement, par la mise en lien de l'éprouvé et de la dimension introspective que le sujet peut en avoir. Ainsi, le corps légué ne constituerait pas une entité soutenant le sentiment identitaire du sujet de façon innée. Par extension, il ne renverrait pas à une image d'immuabilité mais impliquerait des remaniements physiques et psychiques tout au long de la vie de l'individu. Habiter son corps reviendrait au fait d'y apposer ses marques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet, Agnès, Vincent Bréjard (2009). « Addictions à l'activité physique » dans Varescon, Isabelle (éd.). *Les addictions comportementales*. Paris : Mardaga, p. 237-266.
- Bonnet, Agnès, Jean-Louis Pedinielli (2010). « Processus et subjectivité dans l'addiction. » *Psychologie française* 55(4) : 325-339.
- Blanchet, Alain, Anne Gotman (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université.
- Borel, Françoise. 1992. *Le vêtement incarné*. Paris : Calmann-Lévy.
- Bui, Eric, Rachel Rodgers, Lionel Cailholl, Henri Chabrol, Laurent Schmitt (2008). « La jeune fille aux piercings, revue de la littérature à partir d'un cas de piercings multiples. » *Annales Médico-Psychologiques* 166 : 104-108.
- Carton, Solange (2005). « La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? ». *Psychotropes* 3(11) : 121-144.
- Denis, Paul (2006). « Corps et langage ». *Le Carnet PSY* 8(112) : 44-47.
- Desfourneaux, Paola (2008). « Corps postmodernes et corps toxico-manes : quels rapports à l'enveloppe charnelle ? ». *La clinique lacanienne* 2(14) : 195-211.
- Featherstone, Mike (1999). « Body modification: An introduction. » *Body & Society* 5 : 1-13.

- Estellon, Vincent (2004). Tatouage sur le corps ou l'envers de l'expression. *Champ psychosomatique* 4(3) : 145-158.
- Grognard, Catherine (2006). « Tatouage, piercing : décoration ? Décorporation ? Dénaturation du corps ou retour au primitif ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 34(1) : 41-43.
- Le Breton, David (2008). « Entre signature et biffure : du tatouage et du piercing aux scarifications ». *Sociétés & Représentations* 1(25) : 119-133.
- Liotard, Philippe (2003). « Le poinçon, la lame et le feu : la chair ciselée. » *Quasimodo* 7 : 21-36.
- Liotard, Philippe (2008). « Modification. » dans Andrieu, Bernard et Boëtsch, Gilles (éd.). *Dictionnaire du corps*. Paris : CNRS Editions, p. 218-219.
- Morhain, Yves (2011). « Permanence du corps et variations du symptôme hystérique et/ou psychosomatique ». *Psychotérapies* 2(31) : 131-141.
- Myers, James (1992). « Non-mainstream body modification: genital piercing, branding, burning and cutting. » *Journal of Contemporary Ethnography*, 213 : 267-306.
- Nathanson, Craig, Delroy L. Paulus, Kevin M. Williams (2006). « Personality and misconduct correlates of body modification and other cultural deviance markers. » *Journal of Research in Personality* 40 : 779-802.
- Pedinielli, Jean-Louis, Agnès Bonnet (2008). « Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction. » *Psychotropes* : 3-4.
- Rochaix, Delphine, Agnès Bonnet, Jean-Louis Pedinielli (2011). « Approche exploratoire du discours autour de la suspension dans le cadre du body art. » *Annales Médico-psychologiques* 169(5) : 292-296.
- Rochaix, Delphine, Agnès Bonnet (2012). « L'inscription dans le Body Art ou la pantomime de la pathologie. » *Thèse de doctorat en Psychologie non publiée*, Aix Marseille Université, Aix-en-Provence.
- Stirn, Aglaja, Andreas Hinz et Elmar Brähler (2006). « Prevalence of tattooing and body piercing in and perception of health, mental disorders, and sensation seeking among tattooed and body-pierced individuals. » *Journal of Psychosomatic Research* 60 : 531-534.

Swami, Vivekananda (2011). « Marked for life? A prospective study of tattoos on appearance anxiety and dissatisfaction, perceptions of uniqueness, and self-esteem. » *Body Image* 8 : 237- 244.

Swanger, Nancy (2006). « Visible body modification (VBM): evidence from human resource managers and recruiters and the effects on employment. » *Hospitality Management* 25 : 154-158.

Tiggmann, Marika, Louise A. Hopkins (2011). « Tattoos and piercings: Bodily expressions of uniqueness? » *Body Image* 8 : 245-250.

Vail, D., Angus (1999). « Tattoos are like potato chips... you can't have just one: The process of becoming and being a collector. » *Deviant Behavior* 20 : 253-273.

Wiener, Simone (2004). Le tatouage, de la parure à l'œuvre de soi, *Champ Psychosomatique* 36 : 159-170.

Wohlrab, Silke, Jutta Stahl, Peter M. Kappeler (2007). « Modifying the body: Motivations for getting tattooed and pierced. » *Body Image* 4(1) : 87-95.



**SE PERDRE POUR SE CONSTRUIRE.  
L'ÉCLAIRAGE DE LA LITTÉRATURE SUR LE JEU  
PATHOLOGIQUE**

*Natalia Leclerc*

Lorsque la littérature s’empare du thème du jeu de hasard, elle l’aborde souvent sous son angle pathologique. Mais lorsqu’une liste de lecture est présente sur le site d’aide aux joueurs addicts [www.joueurs-info-service.fr](http://www.joueurs-info-service.fr), elle interroge l’impact de la fiction sur le monde réel. Ces textes retracent un parcours connu des spécialistes des addictions – le jeu mis au service d’une quête identitaire – et on se demandera quels éléments sont mis en valeur et peuvent servir d’accroche pour les personnes concernées dans la réalité.

La littérature est un miroir de la société et de l’homme, et le site d’aide aux addicts au jeu [www.joueurs-info-service.fr](http://www.joueurs-info-service.fr) propose une liste de lecture rassemblant des romans qui « ont pour sujet les jeux d’argent et de hasard », et dont, lit-on, les héros « sont des joueurs pathologiques aux profils très différents<sup>24</sup> ».

Qu’est-ce que la littérature, envisagée comme une anthropologie, a à nous apprendre sur l’addiction, sur le rapport au risque

●  
<sup>24</sup> <http://www.joueurs-info-service.fr/grand-public/ressources/le-jeu-dans-la-litterature/>

de ces personnages et sur la relation entre leur pratique pathologique et la construction identitaire qu'ils mettent en œuvre ? Travailler sur un corpus que je n'ai pas choisi, mais déjà constitué et destiné aux personnes concernées par le jeu pathologique me permettra d'interroger les choix destinés à un lectorat qui n'est pas en attente de conseils de lecture « littéraires », mais liés à une problématique pathologique. Si la fiction reflète, en le stylisant, un processus vécu par les joueurs dans la réalité de leur pathologie, il est intéressant de noter que, du point de vue de la littérature, le thème du jeu et la figure du joueur en tant que moteurs d'une narration sont particulièrement adéquats. Les récits traitant du jeu de hasard pathologique mettent donc en évidence des composantes de cette pratique ou du personnage jouant qui sont intéressantes pour la fiction. Réciproquement, leur lecture permet de capter ces éléments saillants. Quand il sera question du joueur ou du jeu dans ce texte, il s'agira toujours de leur représentation fictionnelle.

J'envisagerai donc le mouvement dialectique mis en évidence dans les œuvres, en m'intéressant d'abord à la perte subie par les joueurs, puis à la construction que cette dernière est censée leur permettre de réaliser, avant de montrer en quoi la construction identitaire ainsi bâtie est en réalité illusoire et dangereuse.

## **QUE PERD-ON AU JEU ?**

S'il est entendu que les personnes s'adonnant au jeu de hasard perdent souvent de l'argent – du moins celles dont s'empare la fiction – la perte ne se limite pas à cet instrument de jeu. Du reste, l'argent perdu, et plus rarement gagné, est démonétisé et se charge d'une valeur symbolique existentielle.

## LES JOUEURS VIVENT UNE PERTE

Dans le corpus proposé à la lecture, une des constantes – ou presque – du destin du personnage joueur est l'anéantissement final qu'il connaît, et qui se matérialise *a minima* par une ruine financière. Au début de la nouvelle, Hermann, le personnage principal de *La Dame de pique*, de Pouchkine (1834), est fasciné par le jeu du pharaon (un jeu de cartes de pur hasard) mais ne se résout pas à y jouer, car il estime raisonnablement que sa modeste solde d'ingénieur d'artillerie est insuffisante pour prendre des risques au jeu. Mais lorsqu'il apprend ou croit apprendre qu'il existerait trois cartes systématiquement gagnantes, et qu'il se voit révéler ce secret, il se lance dans le jeu, et perd tout – son bien, mais aussi sa raison, puisqu'il finit interné. Le choix d'en faire un personnage d'origine allemande a une signification dans l'imaginaire relatif à la psychologie des nations : Hermann est d'abord le prototype du militaire sérieux, se refusant à tout excès, et contentant sa passion du jeu par le spectacle des parties que jouent ses camarades. Cette retenue cède d'autant plus violemment lorsqu'il entrevoit la possibilité d'un jeu de hasard sans hasard. Gagner à coup sûr lui permettrait d'augmenter considérablement sa fortune, mais aussi sa puissance, dans une société où "avoir" et "pouvoir" sont frères. Mais cela rend aussi sa passion paradoxale et conduit à se demander s'il est attiré par le simple plaisir de jouer – auquel cas il doit accepter la possibilité de la perte – ou s'il joue uniquement pour gagner, s'enrichir et augmenter sa puissance, auquel cas, il n'est plus dans la sphère du jeu. Étant donné la violence de la folie qui le frappe à la fin de la nouvelle, on peut supposer que le plaisir du jeu n'avait qu'une petite part dans sa passion, et que le pire châtement que puisse connaître cette recherche de la domination est la réduction du sujet à l'aliénation – au fait de ne plus être lui-même.

Le point de départ du personnage d'Emmanuel Carrère, dans *Hors d'atteinte* ?, est analogue. Frédérique est professeur de collage, et le roman débute sur le sentiment que le sens de son existence se fait flou : « Faute de pouvoir prétendre à une vie gouvernée par le caprice, la désinvolture, la prodigalité, elle s'efforçait de bannir de son comportement les attitudes manifestant trop ouvertement la contrainte, le souci du lendemain et des conséquences. » (Carrère 1989 : 20). Elle lutte contre la monotonie de son existence par la négation, alors qu'Hermann fait publiquement état des contraintes qu'il subit. Mais dans un cas comme dans l'autre, le sujet est soumis à un manque de liberté, qu'il espère pallier par le jeu. Pour Frédérique, le jeu est moins synonyme de pouvoir que de fantaisie, distraction, amélioration de la banalité du quotidien. C'est en lui cherchant à lui donner du relief que toute sa vie, professionnelle, familiale et personnelle est emportée au casino.

Derrière la ruine financière, la littérature met donc en évidence des enjeux plus existentiels. Dans *La Musique du hasard* de Paul Auster (1991), lorsque Pozzi, jeune prodige du poker, se ruine face aux deux nigauds, Bill et Willie, la proposition qu'ils lui font pour rembourser ses dettes de jeu est immédiatement comprise comme symbolique et génératrice d'angoisse. Il s'agit pour Pozzi, et pour son ami Nashe, embarqué dans l'aventure, de payer en effectuant un travail de forçats, qui consiste à construire un mur absurde, qui ne relie ni ne ferme rien. Le lecteur comprend que c'est leur propre prison que construisent les deux personnages, et d'ailleurs, ils n'en sortent jamais, puisque Pozzi se fait cruellement assassiner lorsqu'il tente de s'échapper, et que Nashe met fin à ses jours à peine libéré de ce camp de travail.

Les joueurs fictionnels sont donc en situation de perdre au jeu et suite à cela, de perdre autre chose : leur fortune, leur raison, leur vie.

## LA DÉCHÉANCE TRAGIQUE COMME MOTEUR ROMANESQUE

La trajectoire de la majorité des personnages de ces œuvres est celle de la déchéance. Le moteur de l'intrigue est proche de la dynamique du tragique : le personnage joueur est pris dans un engrenage qui le dépasse, victime d'une aliénation totale. Toute tentative pour s'en sortir est vouée à l'échec et le processus tragique s'alimente lui-même. Là où la tragédie classique, au théâtre, met en place une malédiction divine, et rend le sujet victime de verdicts transcendants, la littérature du jeu remplace ce destin malintentionné par un hasard tout aussi malintentionné. Il est d'ailleurs à noter que le hasard n'est autre que le nom donné au destin dans un univers sans dieux. Mais l'effet est le même : le sujet fait l'expérience de la privation de sa liberté. L'affrontement avec le hasard est peut-être même encore plus tragique, dans le sens où il croit que le hasard peut lui apporter la libération, et que le jeu constitue une ouverture des possibles, mais voit ses espoirs doublement déçus, alors que l'héroïne tragique antique ou classique sait d'emblée que la malédiction divine est immuable et ne peut que se débattre pour en retarder l'échéance. Le joueur de hasard apparaît donc comme le héros tragique paradoxal qui va au devant de sa malédiction, l'accélère par le jeu et en est pleinement l'acteur, au lieu d'en être la victime passive.

Cette dynamique représente une structure efficace pour la fiction. Dans *L'Homme-dé*, une fois qu'il a mis en place le système de la dé-vie, qui consiste à n'accomplir aucune action qui n'ait été décidée par un tirage aux dés, le docteur Rinehart (Rinehart et Coste 1971) devient à la fois l'auteur et le personnage de sa propre existence. Il ne peut avancer que par surenchères successives. Comme même la fin de sa dé-vie est conditionnée par les dés, il se retrouve prisonnier d'un système qu'il a conçu

pour libérer l'homme de la servitude de sa volonté, mais aussi de l'identité. Mais ce piège représente pour lui la voie de la libération, puisque l'individu n'a plus à se conduire comme il le devrait, il n'a plus à être cohérent avec lui-même ni avec une hypothétique identité. Il n'a qu'à suivre des injonctions extérieures. Le roman met en évidence la dégradation du personnage et de ses relations, ou plutôt leur brusque effondrement. Si, pour les besoins du récit, la déchéance semble progressive, en réalité, l'instauration de la dé-vie signe la démission immédiate de la liberté.

La privation de liberté n'est toutefois pas toujours décidée par le sujet et la nouvelle de Schnitzler (1926) *Les Dernières cartes* tout comme le roman de Zweig (1927) *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme* illustrent le caractère désespéré de toute tentative d'échapper à l'emprise du jeu. La nouvelle de Schnitzler met en place un guet-apens pour le héros qui va d'abord jouer pour dépanner un ami, endetté, puis se trouve aspiré par la spirale du jeu. Il accepte d'emprunter de l'argent à celui qui joue le rôle du tentateur, et s'endette lui-même. L'issue est fatale et il n'a d'autre possibilité que le suicide pour échapper au déshonneur – car il est officier.

Le jeune joueur du roman de Zweig – un officier lui aussi, type de personnage souvent mis en scène pour l'implication qu'il génère en termes de respect de l'honneur – se voit offrir par Mrs C., la narratrice, le nécessaire pour s'en sortir, pour quitter la ville de Monte Carlo – s'éloigner physiquement de la tentation, pour rembourser ses dettes, lui qui en est arrivé à voler sa tante – et s'éloigner mentalement de la tentation de « se refaire ». Mais l'argent que la narratrice lui confie retourne au jeu, dont il vient attiser la fureur. Mrs C. se trouve alors dans une posture ambiguë : elle est maternelle et victime d'une passion subite pour le jeune homme, elle tente de le sauver malgré lui et lui donne la somme qui entretient le jeune homme dans

son addiction, et cause sa propre perte – puisqu'elle subit une humiliation publique au casino, lorsque le joueur l'insulte. Dans ces deux romans, contrairement à celui de Rhinehart, la tentation vient de l'extérieur et s'impose au joueur, pris dans un engrenage fatal, anéanti et dépossédé de ses biens, mais surtout de sa liberté.

Cette déchéance est toutefois recherchée par les personnages qui y voient un mécanisme rassurant par sa régularité et son inéluctabilité.

## CONSTRUCTION DE SOI ?

### UNE OBSESSION STRUCTURANTE, UN RITUEL

En effet, derrière cette déchéance et cette perte, les joueurs trouvent ou croient trouver une structuration, un sens à leur existence qui n'en a plus. La mise en ordre est apparemment rythmée par la répétition du rituel, qu'il s'agisse du fait même d'aller au casino ou au jeu, ou de répéter les gestes du joueur, ou encore de répéter le processus de la perte. Ces répétitions créent un effet de structure dans une existence, qui, avant le jeu, était menacée par le chaos.

Unique roman traitant d'un jeu de stratégie, *Le Joueur d'échecs* (Zweig 1943) retrace cette obsession – à la différence que M. B., le héros de la nouvelle est lui-même victime d'un système totalitaire. C'est le seul personnage du corpus pour qui l'aliénation au jeu est présentée comme bénéfique, du moins pendant le temps où il est retenu prisonnier par la Gestapo. Pour les victimes du jeu, l'espace ludique est à la fois mortifère et structurant. Au plan littéraire, cette dynamique est efficace mais pro-

blématique : comment la dimension répétitive du jeu se conjugue-t-elle avec la nécessité de la profession dans une intrigue ? Comment la fiction intègre-t-elle ce processus répétitif et qu'en ressort-il ? N'y a-t-il pas là le risque d'un ennui pour le lecteur ?

La vie de Frédérique, dans *Hors d'atteinte ?* (Carrère 1989), est scandée par ses voyages au casino. Comme pour les autres personnages, le reste de son existence n'a plus aucun sens, et dans les œuvres, par principe d'économie aussi, ce qui n'a pas trait au jeu est exclu de la narration. *No limit*, récit dans lequel Tom Verdier (2008) raconte sa propre trajectoire dans le poker, jusqu'à devenir joueur professionnel, comporte une description de cette déchéance physique (il s'alimente n'importe comment, ne sort presque plus de chez lui, grossit) et de sa rupture de sociabilité (il cesse de fréquenter son école d'ingénieurs, de voir ses amis). Le jeu constitue un cadre qui, de son point de vue, remplace avantageusement des données matérielles et donc contingentes. La nécessité du jeu dépasse l'aléa de la vie.

Ces deux textes posent question au plan littéraire : Carrère a lui-même jugé que son roman *Hors d'atteinte ?* manquait de qualité ; et le témoignage de Tom Verdier, pour réaliste et saisissant qu'il soit, manque du relief qu'il faudrait pour le désigner comme un texte littéraire. Une première réponse consiste à dire que la dimension obsessionnelle de ces textes reflète l'enfer répétitif dans lequel vivent et autour duquel se construisent les joueurs. Mais comment se fait-il alors que tous les textes de ce corpus ne subissent pas ce même risque d'une réitération affaiblissant leur potentiel littéraire ?

À la fin du *Joueur* de Dostoïevski (1866), par exemple, on découvre, comme dans *no Limit*, que les fonctions vitales, telles que l'alimentation, passent après le jeu. Lorsque Alexis Ivanovitch, le héros, qui est aussi le narrateur, découvre une pièce au fond de sa poche, il choisit de la jouer plutôt que d'aller dîner.

Comme le lui fait remarquer Mr Astley, un flegmatique et lucide Anglais, sa vie n'a plus de sens que par le jeu. Elle est une coquille vide : « Vous vous êtes encroûté, remarqua-t-il, non seulement vous avez renoncé à la vie, à vos intérêts personnels et publics, à votre devoir d'homme et de citoyen, à vos amis (et vous en avez eu, jadis), non seulement vous avez renoncé à tout autre but que celui de gagner, vous avez même renoncé à vos souvenirs » (Dostoïevski 1991 [1866] : 203). Alexis Ivanovitch tire donc un trait sur son avenir, sur la possibilité de réaliser des projets, de bâtir son existence, puisque le jeu la construit – ou la déconstruit – pour lui. Mais il tire aussi un trait sur son passé, pour réduire sa vie au présent, mais à un présent qui ne fait que bégayer, se répéter lui-même. Ce personnage est loin d'un engagement dans le réel : il ne vit que dans le présent réduit à l'imédiateté, sans possibilité d'envisager une inscription dans la longue durée. Le rituel du jeu lui semble rassurant, car il représente une répétition du même au même, mais il est en réalité frappé de vanité, parce que le présent dans lequel il s'inscrit est éphémère et sans profondeur, sans ancrage dans le passé, et sans projection possible dans l'avenir. Ce roman de Dostoïevski n'a pas l'ampleur de ses grands romans métaphysiques (et les conditions dans lesquelles l'auteur le rédigea y sont pour beaucoup), mais il n'a pas non plus la faiblesse des textes précédemment cités. Deux éléments pourraient expliquer pourquoi on peut apprécier littérairement *Le Joueur* malgré la présence de ce rythme répétitif : tout d'abord, le jeu et la présence du narrateur au casino ne sont pas décrits *in extenso*, ni même de manière répétée. Il y est fait allusion, et notamment par le biais d'autres personnages. Bien que le roman de Dostoïevski, fortement inspiré d'éléments autobiographiques, soit raconté à la première personne, tout comme *No Limit*, le narrateur fait intervenir d'autres personnages par le biais de dialogues, et ceux-ci ne viennent pas uniquement rompre la solitude du narrateur, ils permettent également de faire parler d'autres personnages de

son addiction. *Hors d'atteinte ?* est raconté par un narrateur extérieur à l'intrigue, mais il lui manque également la variabilité des points de vue, pour ne pas cloîtrer le lecteur dans l'univers entêtant du joueur. Le second élément porte sur la chronologie des événements. Dostoïevski déjoue le piège d'une répétition trop systématique par des ellipses, des raccourcis temporels, des analepses, qui brisent la continuité du récit, et soulignent la duplicité de la structuration proposée par le jeu : le joueur cherche une répétition rassurante et trouve une temporalité déstructurée.

## UN LIEU ET UN ESPACE DÉFINIS

Les joueurs cherchent en effet refuge dans le jeu au plan psychologique, mental, mais aussi parce que le jeu se tient dans un cadre défini spatialement et temporellement. Et ce cadre a lui-même ses règles de sociabilité, ses codes.

La nouvelle de Pouchkine – forme brève qui devrait donc fonctionner selon le principe de l'économie – insiste de manière récurrente sur la courtoisie et la politesse de Tchekalinski, l'aristocrate qui ouvre son salon aux joueurs et qui admet Hermann dans son cercle lorsque celui-ci se décide à jouer. Il ne perd jamais la face, même lorsqu'Hermann vient parier des sommes bien plus importantes que celles que misent habituellement les aristocrates venus se divertir, et rompt ainsi la coutume, le mode de fonctionnement habituel du cercle de jeu. Il reste aimable, même face à Hermann qui se montre franchement grossier, et ne montre aucun effort d'intégration dans une sphère sociale qui n'est pas la sienne. Mais l'univers du jeu est codifié, voire automatisé, et la politesse de Tchekalinski finit par devenir aussi mécanique que le jeu du pharaon. Ce dernier est régulier,

sans aspérités et rassurant. D'ailleurs, lorsque, à la troisième partie, Hermann tire une dame de pique là où il attendait un as, et sombre dans la folie, le jeu reprend immédiatement son cours, sans que personne ne semble troublé par cet événement. Ce qui est une tragédie pour Hermann est d'ailleurs un non-événement pour ces nobles qui voient dans le jeu un moyen de se divertir et de combler le vide de leur existence. La dimension sociale de la nouvelle vient souligner le contraste entre le jeu des aristocrates, jeu de plaisir à l'image de leur vie de plaisir, et celui du roturier qu'est Hermann, qui a pour enjeu le pouvoir. Hermann force la porte d'un univers qui n'est pas le sien, et se fait refouler par la dame de pique, gardienne des intérêts de sa caste.

Le cadre dans lequel se déroule la grande partie de poker de *La Musique du hasard* (Auster 1991) est également marqué par l'ordre, mais celui-ci se joue à un plan non plus social, mais symbolique. Lors de la partie de poker, Nashe s'absente et découvre la cité miniature construite par les deux inquiétants nigauds. Cette maquette n'est autre que la représentation d'un univers totalitaire, l'univers de la loi dans ce qu'elle a de répressif. Or Nashe brise cet ordre en prenant la figurine d'un personnage, et lorsqu'il retrouve Pozzi, celui-ci est justement en train de perdre la partie. Pour Pozzi, cette déroute vient de ce que Nashe a brisé l'ordre, dont relève le jeu.

Le jeu est une activité normée, structurée autour de règles du jeu dont la transgression conduit à l'exclusion. Il est aussi une activité située en-dehors de la vie quotidienne. La vie quotidienne figure l'imprévu, le mouvement, tandis que le jeu, par opposition propose une nécessité.

## L'ATTENTE D'UN VERDICT – PRISE DE RISQUE ET DIMENSION ORDALIQUE

Cet ordre apparaît comme transcendant et le joueur vient pour en connaître le sens. Les œuvres montrent le jeu comme l'équivalent d'un oracle, qu'il faut interroger pour en obtenir le verdict. Le jeu va jusqu'à énoncer le droit de vie et de mort des individus. Il est souvent conçu en littérature dans sa dimension ordalique. Ainsi, lorsque la narratrice de *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme* rencontre le jeune joueur, elle le sauve d'abord du suicide, auquel il est déterminé, comme si la ruine au jeu équivalait à une condamnation à mort. La scène durant laquelle elle l'observe avant de se porter à son secours est surdéterminée par plusieurs symboles, liés au potentiel métaphorique des éléments naturels : le jeune homme est assis sous une pluie battante, qui fait écho à un déluge envoyé pour châtier les hommes. Puis éclate un orage dont le retentissement signale la profondeur de l'ébranlement que subit le jeune joueur, prêt à en finir.

Dans *Le Joueur* de Dostoïevski (1866), le mécanisme de l'ordalie est plus subtil. S'il concerne le personnage du joueur de manière permanente – comme une ordalie continuée – il s'applique également au sens du jeu de la grand-mère, mais d'une manière que le narrateur – homodiégétique – n'explicite jamais. En effet, la vieille dame arrive en personne à Roulettenbourg alors que ses héritiers attendent le télégramme annonçant sa mort, et par là même son héritage, eux qui n'éprouvent aucune affection pour la grand-mère et ne la considèrent que comme source de revenus. Dans ce cas précis, l'ordalie indique une issue heureuse pour le joueur. Certes, la grand-mère flambe sa fortune puis quitte la ville et le roman pour mourir. Certes, elle subit une ruine douloureuse et humiliante, aux yeux des autres, et aux siens propres. Mais en se défaisant au jeu de toute sa fortune – fortune qui ne lui sera que de peu d'utilité pour le

temps qu'il lui reste à vivre – elle a la satisfaction de ne pas laisser ses héritiers intéressés profiter de sa mort. C'est le seul personnage du corpus à qui le jeu permette de finir dignement, et même en beauté, par un pied de nez à ses héritiers.

Il est intéressant de voir où se situe la liberté des joueurs, ou plutôt à quel stade elle est évacuée. Car les personnages sont souvent attirés par le jeu malgré eux, et par l'intermédiaire d'un tentateur à la fonction diabolique – même dans les univers sans dieu. Ils sont aussi privés de leur liberté dans la répétition de la pratique, qu'ils n'ont pas la force d'interrompre et qui se présente à eux comme leur fatalité. Mais le plus étonnant réside dans le choix qu'ils font de se tenir au verdict énoncé. La puissance du jeu consiste à obliger le joueur à accorder du crédit à une condamnation prononcée non par un tribunal humain, mais par des cartes ou par une bille de roulette.

Il convient donc de s'intéresser à ce sujet, dont la détermination est extrinsèque et confiée à une instance telle que le jeu.

## **UNE CONSTRUCTION ILLUSOIRE ET DANGEREUSE**

### **ACTUALISATION D'UNE IDENTITÉ ?**

Le jeu de hasard est fondé sur le principe de l'actualisation. Tant que la roulette tourne ou que les cartes ne sont pas distribuées, tous les numéros, toutes les combinaisons sont virtuellement possibles. Lorsque le tirage est effectué, nous sommes dans le domaine de l'actuel.

En parallèle de ce processus, les œuvres du corpus racontent, pour la plupart, l'actualisation de l'identité des joueurs.

Tout se passe comme si le jeu révélait cette virtualité. En parallèle encore, le récit – lui-même fondé sur le principe de l'actualisation d'un monde possible – raconte cette actualisation. Comment s'articulent ces trois phénomènes d'actualisation ?

L'actualisation de la personnalité est particulièrement nette dans *La Dame de pique*, où l'on voit Hermann fasciné par le jeu mais refusant d'y prendre part jusqu'à ce qu'il se décide à jouer, lorsque la perspective d'un gain sûr lui apparaît. En possession du secret, il devient le joueur qu'il a toujours été virtuellement. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme* fait aussi allusion au moment où le jeune héros a basculé dans le jeu. Il a été initié par son oncle, à la fin de ses études. On ne sait rien de sa vie antécédente, mais on sait que cette initiation a coïncidé avec son entrée dans l'âge adulte. Devenir adulte et devenir joueur vont de pair, comme c'est le cas dans *Le Joueur*, où le narrateur passe de la situation initiale de précepteur dans la famille du général, à qui il est donc inféodé, à celle de joueur n'exerçant pas réellement d'autre métier. La trajectoire du héros de *No Limit* (Verdier 2008) est analogue, notamment dans la mesure où jouer devient une profession. Mais si devenir adulte, c'est faire l'expérience de l'autonomie, notamment financière, c'est aussi et surtout être autonome dans les choix de vie. Or, tout se passe comme si les joueurs choisissaient la dépendance au jeu pour rester dans une forme d'enfance – le héros de *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme* est caractérisé par son jeune âge : il pourrait être le fils de Mrs. C. On trouve ce même aspect chez Stu Ungar (Dalla et Alson 2008) ou encore chez le Pozzi de Paul Auster ; ce sont tous les deux des « kids ». Sauf que le jeu de l'enfance est lié à une insouciance, à une gratuité, et à une construction évolutive de soi, que ne présente pas le jeu de hasard, tragique, lié à une nécessité et ordalique.

La construction d'une identité, l'actualisation que vit le sujet va donc bien de pair avec une métamorphose. Mais cette mutation n'est pas celle, dialectique, de la chenille qui se mue en papillon. Elle s'apparente plutôt à une forme de régression, ou à une sortie de la société, voire de l'humain.

De plus, si raconter, c'est actualiser, les textes dont il est question conduisent à un brouillage : la rigueur de l'actualisation narrative est reportée sur le processus d'actualisation propre à la subjectivité du joueur, et donne l'illusion que celle-ci est aussi évidente que celle-là. Or le récit est lui-même une construction, une fiction, et les mécanismes qui le font fonctionner sont de l'ordre de l'artefact. Ce constat conduit à mettre en doute l'efficacité de l'actualisation de la subjectivité du joueur. Peut-être est-ce un effet du récit.

### **MAIS RIEN N'EST JAMAIS STABILISÉ**

Et en effet, la stabilité que le personnage recherche dans le jeu se révèle finalement toujours éphémère. Le tempo de *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme* le met en évidence. Alors que Mrs C. a cru sauver définitivement le jeune homme, lui a fait jurer devant Dieu qu'il renonçait au jeu, elle le retrouve le soir même au casino – où il l'insulte publiquement, lui qui lui doit la vie. Lors de leur première rencontre, les mains du jeune homme étaient comparées à des fauves, et la narratrice signale ainsi son animalité, qu'il ne parvient définitivement pas à réprimer.

Pour dire cette méfiance à avoir vis-à-vis du jeu, Pouchkine utilise le régime fantastique. Hermann se croit assuré de gagner au "pharaon" grâce aux trois cartes magiques. Mais ce secret lui a été révélé par un fantôme, à moins que ce ne soit une hallucination de son esprit malade. Le récit ne recèle aucun indice permettant de trancher quelle lecture faire et le régime du récit est

indécidable : il peut être fantastique avec la présence « réelle » d'un fantôme, ou réaliste, si l'on estime que tout repose sur les visions d'un aliéné. Dans les deux cas, la fiabilité des sources d'Hermann est très modérée. En outre, le mythe de Faust est présent dans cette nouvelle – Hermann évoquerait plutôt Faust, qui pactise avec des forces infernales pour obtenir la toute-puissance, mais il est aussi comparé à Méphistophélès par son ami Tomski. De même, dans *Les Dernières cartes* de Schnitzler (2009), si le contexte reste toujours réaliste, le héros est victime d'une tentation aux teintes très diaboliques : le consul Schnabel, froid et décidé, prête de l'argent au héros, qui s'endette sans issue, et finit par se suicider – lui qui était parti jouer pour dépanner un ami.

Outre l'instabilité dans le temps, les œuvres révèlent aussi une instabilité existentielle, intérieure. Stuey Ungar, dont le parcours chaotique et fulgurant est raconté par deux journalistes (Dalla et Alson 2008), est montré dès son enfance comme un individu hors cadre. Son existence est sans cesse agitée par des décisions arbitraires, et sa découverte du casino montre que même le joueur de gin le plus brillant peut se laisser déborder par une folle attraction.

Les portraits des joueurs au moment du jeu révèlent les tensions qui les traversent. Les textes font état de l'agitation physique qui les secoue, des manifestations corporelles de leur angoisse. L'individu cherche un cadre, un repère, mais sa confrontation avec lui, sans cesse réitérée, génère de nouveaux désordres. Se fier au jeu comme porteur d'une voix extérieure et d'une autorité infaillible conduit presque toujours les personnages à leur perte.

## CONCLUSION

Ainsi, si le personnage cherche un ordre, on constate qu'il est toujours imposé de l'extérieur, et qu'il ne provient jamais d'une harmonie intrinsèque. La perte de soi qu'il subit lui apporte un semblant d'identité, un rituel rassurant, mais la répétition de ce rituel ne conduit à aucune construction. Tout comme un numéro sorti à la roulette n'a aucune raison de ne pas ressortir (et les joueurs font souvent l'erreur de se fonder, pour leurs pronostics, sur les statistiques, alors que ce sont les probabilités qui sont à l'œuvre), l'appui trouvé dans une partie est immédiatement rejoué. S'il est une construction, elle est éphémère et remise en jeu à chaque nouvelle partie. Le joueur ne parvient à aucune évolution dans le temps. Il se cristallise comme individu dans un instant donné, puis son unité s'effondre et il doit retourner au jeu.

Ces portraits de joueurs dialoguent de manière cohérente les uns avec les autres, et avec la réalité sociale et psychologique de ces personnes. Mais comment justifier la présence de cette liste de lecture sur un site destiné aux addicts au jeu et à leur entourage ? En somme, que peut la littérature dans la réalité du terrain ?

Outre le fait qu'elle peut être un miroir du réel, notamment dans les biographies et témoignages de joueurs, elle peut symboliser des situations. Le recours au régime fantastique, modéré dans cette liste de lecture, mais fréquent dans l'ensemble de la littérature consacrée au jeu, peut révéler des aspects de la réalité. La littérature a aussi la capacité de rendre plus aigus des phénomènes en les accentuant, ou en les mettant en évidence dans un contexte épuré, et en stylisant ainsi ce qui est fondamental. Elle n'est donc probablement pas un outil efficace à part entière pour aider ou soigner des ludopathes, mais elle peut être un support de réflexion riche et protégé par la fictionnalisation.

## BIBLIOGRAPHIE

- Auster, Paul (1991). *La Musique du hasard*, trad. Christine Le Bœuf. Paris : Actes Sud.
- Carrère, Emmanuel (1989). *Hors d'atteinte ?* Paris : Gallimard, Folio.
- Dalla, Nola et Alson, Peter (2008 (2005)), *Joueur-né : Stu Ungar, le plus grand joueur de poker du monde*. trad. Jérôme Schmidt. Paris : Sonatine Éditions.
- Dostoïevski, Fédor (2000 (1866)). *Le Joueur*, trad. André Markowicz, Paris : Actes Sud, Babel.
- Pouchkine, Alexandre (1999 (1834)). *La Dame de pique*, dans *La Dame de pique et Les Récits de feu Ivan Pétrovitch Belkine*, trad. Dimitri Seseman (1989). Paris : Le Livre de poche, « Classiques de poche ».
- Rhinehart, Luke et Coste, Didier. 2014 (1971). *L'homme dé*. trad. James Du Mourier. Paris : Éditions de l'Olivier.
- Schnitzler, Arthur (2009 (1926)). *Les Dernières cartes*. trad. Brice Germain. Paris : Éditions Sillage.
- Verdier, Tom (2008). *No Limit*. Paris : Albin Michel.
- Zweig, Stefan. (2013 (1943)). *Le Joueur d'échecs* dans *Le Joueur d'échecs* (suivi de *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*, *Lettre d'une inconnue*, *Amok*). Paris : trad. de l'allemand (Autriche) par Diane Meur. Flammarion, « GF ».
- Zweig, Stefan. (2013 (1927)). *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme* dans *Le Joueur d'échecs* (suivi de *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*, *Lettre d'une inconnue*, *Amok*). Paris : trad. de l'allemand (Autriche) par Diane Meur, éd. Flammarion, « GF ».

**TROISIÈME PARTIE :**

**MORALE, PATERNALISME ET  
POLITIQUES PUBLIQUES**



**DE LA GUERRE À LA DROGUE À  
LA RÉGLEMENTATION DU MARCHÉ.  
HISTOIRE D'UN CHEMINEMENT PERSONNEL**

*Dick Marty*

Dans les années septante, on affirmait que rendre punissable la consommation avait un effet de prévention et servait ainsi à protéger la jeunesse. Mais cette répression était finalement devenue une précieuse alliée des grands trafiquants. Une importante action de sensibilisation au niveau mondial est nécessaire. Seul un changement de paradigme est à même de nous offrir une meilleure perspective d'avenir. Au lieu d'essayer d'éliminer ce marché, il faut l'accepter comme une réalité, il faut l'occuper et le réguler.

Je me vois obligé de commencer par une mise en garde. Comme je l'ai dit aux organisateurs de cette soirée, je ne suis pas un expert en matière de drogue et je n'ai en aucun cas de solutions miracles à proposer. Tout au plus je peux revendiquer le statut de témoin. Mais je dois aussitôt vous signaler que mon expérience professionnelle m'a appris qu'il faut être très prudent avec les témoignages; la même prudence, pour ne pas dire la même méfiance, s'impose d'ailleurs, également à l'égard des experts et de ceux qui se considèrent comme tels.

Il est vrai que la question de la drogue m'a accompagné tout au long de mon parcours, un peu comme un fil rouge. Ce n'a

toutefois jamais été mon occupation principale. Procureur, membre de l'organisme pluridisciplinaire mis sur pied par le Canton du Tessin pour faire face à ce phénomène, membre de la sous-commission drogue de la commission fédérale des stupéfiants, député à Berne et à Strasbourg, la question de la drogue n'a jamais cessé de me questionner, de me troubler et d'ébranler mes certitudes.

## **LA CRIMINALISATION DE LA CONSOMMATION**

Jeune chercheur à l'Institut Max-Planck de droit pénal et de criminologie – il y a de cela plus de 40 ans – je prends part à un congrès de magistrats en Italie consacré aux problèmes sanitaires et juridiques provoqués par la diffusion de substances stupéfiantes illégales. C'est en fait mon premier véritable contact avec la question. Je me rappelle des craintes exprimées au sujet de ce phénomène surtout par les magistrats de l'ordre pénal. Craintes et surtout désarroi à l'égard de ce qu'on percevait comme une menace qu'on connaissait encore très mal et qu'on ne comprenait pas. De ce congrès je me rappelle un épisode marginal, mais assez significatif : le médecin-chef de l'Institut de médecine légale de l'Université de Perugia interpelle vertement un délégué suisse : « avec quelle autorité, avec quelle crédibilité pouvez-vous invoquer une ligne si dure envers les jeunes qui consomment du cannabis, vous qui fumez – je vous ai bien observé – entre trois et quatre paquets de cigarettes par jour ? »

Quelques années plus tard – nous sommes au milieu des années septante – je quitte la recherche et me trouve propulsé dans le monde réel, aux avant-postes de la répression de la criminalité. Quelques heures après avoir prêté serment, je me trouve confronté à des dizaines de plaintes de tout genre, un

flux continu de rapports de police au sujet d'infractions de toute nature, un défilé d'agents qui m'expliquent ce qui s'est passé pendant la nuit. Très rapidement il faut évaluer, décider, ordonner des perquisitions, interroger, arrêter, répondre aux avocats. Le tout sous le regard à la fois ironique et curieux de policiers chevronnés qui jaugent le tout jeune magistrat, cet intellectuel qui a le culot de parquer sa voiture sous les fenêtres du poste de police avec encore des plaques allemandes. Oui, le passage des locaux feutrés et studieux du Max-Planck aux barricades du ministère public de Bellinzona a été à la fois rude et fascinant.

Justement au cours de ces années, la presse donne une place de plus en plus large aux premiers procès concernant des jeunes, coupables d'avoir consommé du cannabis et d'en avoir procuré à leurs copains. Il était alors question de quelques grammes de drogue saisis et cela faisait les gros titres. L'émotion était d'autant plus forte qu'il s'agissait de jeunes apparemment tout à fait ordinaires, sans problèmes particuliers, et l'opinion publique, désarmée, réagit en réclamant une action plus soutenue de la part des autorités de répression. Le vocabulaire utilisé par les hommes politiques, les gens des médias et par les autorités de répression rappelle alors celui des opérations militaires (« guerre contre la drogue ») ou celui décrivant les catastrophes naturelles (« le fléau de la drogue »).

Un langage et un retentissement qu'on n'utilisait guère à l'égard de phénomènes tout aussi angoissants et encore bien plus graves quant aux conséquences mesurées en vies humaines : il suffirait de mentionner l'alcoolisme et le tabagisme – pour rester dans le domaine de la consommation de substances qui créent une dépendance – ou, encore, les accidents de la circulation. Le débat sur la drogue est alors dominé par les émotions et il le sera encore pendant longtemps. Le sujet devient ainsi un argument important lors des campagnes présidentielles américaines : les déclarations de guerre tous azimuts contre les

drogues illégales déclenchent des applaudissements enthousiastes et deviennent ainsi un point important des programmes électoraux. Sur ce point aussi, le modèle américain a fait école chez nous.

Les campagnes contre le tabagisme, par contre, ne soulevaient aucun enthousiasme et étaient perçues plutôt comme une entrave à la liberté. Le Conseil fédéral était alors très réticent à augmenter sensiblement le prix du paquet de cigarettes – une mesure que les experts considèrent comme efficace pour prévenir le tabagisme auprès des jeunes – sous prétexte de ne pas compromettre les recettes de l'AVS (Assurance vieillesse et survivants).

Tandis que la prohibition et la répression l'emportaient largement sur le plan politique, la drogue s'imposait inexorablement sur le marché. Dans mon bureau c'était un long défilé de jeunes accusés de consommation et de petits trafics. J'étais alors convaincu par les arguments qui avaient justifié la criminalisation de la consommation. D'une part, on affirmait que rendre punissable la consommation avait un effet de prévention et servait ainsi à protéger la jeunesse. D'autre part, on prétendait que le fait de pouvoir traiter le consommateur comme prévenu permettait à la police de mieux remonter les filières des trafiquants.

Je me suis assez rapidement rendu compte que ces justifications n'avaient aucun fondement. La criminalisation de la consommation de produits stupéfiants constitue d'ailleurs un corps étranger dans le système pénal. Ce dernier est conçu pour protéger un bien juridique d'une atteinte externe illicite. L'ivresse en tant que telle n'est pas punissable ; elle l'est si on se trouve au volant d'un véhicule, car on met en danger la circulation routière et l'intégrité d'autrui. La production et le commerce d'absinthe étaient jusqu'à il y a pas longtemps punissables, pas le fait d'en boire. La tentative de suicide a été punissable dans certains

systèmes juridiques, car on considérerait que c'était une atteinte à Dieu et à l'objet de sa création. Se casser intentionnellement une jambe n'est pas un délit ; ce l'est toutefois si on le fait dans le but de se soustraire au service militaire.

Au-delà de ces considérations juridiques, la criminalisation de la consommation n'a pas seulement totalement failli aux attentes du législateur – protection de la jeunesse et efficacité de la répression du trafic –, mais elle est également profondément injuste. Je me souviens d'un épisode qui m'a passablement ébranlé. Une fois, une jeune fille, à qui je venais de notifier la mise en détention préventive et de faire la morale, s'adresse à moi en me fixant dans les yeux : « Je suis en prison parce que je suis toxico, mais pourquoi mon père ne l'est pas, alors qu'il est soûl tous les soirs, que son alcoolisme a ruiné notre famille, qu'il frappe ma mère qui n'ose pas porter plainte de crainte qu'il la frappe encore plus fort la prochaine fois ? ». Je n'ai pas su quoi lui répondre.

En fait, la criminalisation de la consommation n'est pas seulement inefficace et injuste, elle constitue également un obstacle à la prévention, surtout à une prévention précoce. Le fait de savoir qu'on a commis une infraction pénale, qu'on risque d'avoir à faire avec la police et d'être puni, retient beaucoup de jeunes, surtout ceux qui en sont à leurs premières expériences, de se confier, d'en parler à leur entourage et de chercher conseil.

C'est en faisant valoir ces arguments, que j'ai suggéré à la sous-commission drogue de la commission fédérale des stupéfiants de recommander la dépénalisation de la consommation de drogue. Ma proposition a choqué, surtout parce qu'elle venait du représentant des autorités de répression. Si au début la majorité était sceptique, à la fin d'une discussion passionnante durant plusieurs séances, la recommandation a été adoptée à

l'unanimité. Nous étions dans les années quatre-vingt. La recommandation n'a toujours pas été traduite dans les faits. En 2003, le Conseil fédéral propose la dépénalisation de la consommation de chanvre. Le Conseil des États entre en matière, le Conseil national par contre refuse ; le jour avant ce débat fort émotionnel au National – nous sommes à quelques semaines des élections fédérales –, les États acceptent la libéralisation de l'absinthe, après plus d'un siècle d'interdiction et malgré l'opposition des producteurs clandestins du Val de Travers qui tiraient profit de la prohibition.

Pourtant, dans d'autres domaines la politique suisse en matière de drogue a fait des progrès considérables sous l'impulsion de Flavio Cotti (qui a eu le mérite d'avoir écouté un de ses collaborateurs) et, surtout, de Ruth Dreifuss. La politique des quatre piliers était très innovante et a suscité un grand intérêt dans de nombreux pays. Le VIH/sida a certainement contribué à ces changements d'orientation.

Au-delà de la question de la pénalisation de la consommation, c'est le principe même de la prohibition qui doit être mis en discussion. Dans mon bureau je me trouvais le plus souvent en présence de jeunes, certes délinquants aux yeux de la loi, mais le plus souvent victimes de la drogue et issus de situations sociales et familiales détériorées. La plupart du temps, le système classique d'enquête n'aboutissait, en fait, qu'à la répression des maillons les plus faibles de la très longue filière de la drogue. Presque tous très jeunes, les prévenus étaient ainsi deux fois victimes : des stupéfiants qui les détruisaient, et d'un système répressif qui ne faisait que confirmer et aggraver leur marginalisation, tout en prétendant vouloir les resocialiser.

L'institution pénitentiaire était en effet une des seules réponses qu'on savait donner au phénomène de la toxicomanie. La prison n'était évidemment pas à même d'assumer la mission

qui lui était confiée par une société désemparée et incapable de proposer de véritables remèdes. La très forte proportion de toxicomanes dans la population carcérale a créé ainsi des problèmes insurmontables à l'institution pénitentiaire, confrontée à une tâche qui ne pouvait être la sienne. La prison en a énormément souffert au point que le théorème avancé par Michel Foucault (*Surveiller et punir*, 1975) redevenait dramatiquement actuel et vraisemblable : « Au constat que la prison échoue à réduire les crimes il faut peut-être substituer l'hypothèse que la prison a fort bien réussi à produire la délinquance ».

Les organisations criminelles ne pouvaient que profiter de cet état de fait : l'essentiel des forces de police était ainsi engagé dans la lutte contre le menu fretin de la délinquance et n'avait pas ou peu de capacité de s'attaquer aux échelons supérieurs ; d'autre part, l'élimination régulière des petits dealers (presque toujours aussi consommateurs) permettait aux bandes criminelles de les remplacer très rapidement et sans aucune difficulté, ce qui ne faisait d'ailleurs que renforcer leur impénétrabilité et leur efficacité dévastatrice.

## **LES FILIÈRES DU TRAFIC**

Frustré, un jour j'ai appelé le policier responsable de la section des stupéfiants : on ne peut plus continuer de cette façon, il faut changer de stratégie. Il ne faut plus tirer sur tout ce qui bouge, mais il faut observer, infiltrer le milieu, écouter, essayer de voir où va l'argent. Les résultats ne se sont pas fait attendre. Ce n'étaient plus des doses qui étaient saisies, mais des centaines de grammes, puis des kilos et, en 1987 à Bellinzone, 100 kilos d'héroïne ; c'est aussi la découverte de véritables autoroutes financières sur lesquelles l'argent de la drogue circule d'un pays à l'autre sans aucun encombre.

Cette nouvelle stratégie n'a pas été appréciée par tout le monde. Pourquoi s'investir dans des enquêtes internationales, pourquoi ne pas se concentrer seulement sur son coin de jardin? S'occuper des petits dealers avait l'avantage qu'à la fin de l'année on avait d'excellentes statistiques qui permettaient de déposer des dossiers à l'apparence solides pour demander des augmentations de personnel. La grande enquête, avec infiltration d'agents dans les cartels mafieux, demandait par contre beaucoup de temps et, dommage collatéral, on devait déranger les institutions financières pour remonter les filières du blanchiment et les hôtels cinq étoiles pour demander des renseignements sur certains bons clients. Cela n'était pas apprécié, mieux valait – on nous rétorquait – s'occuper des jeunes voyous, sales et mal habillés qui traînaient dans certains quartiers et qui donnaient une mauvaise image de la ville.

Lorsque je découvris que, grâce à des visas de notre ambassade à Sofia sollicités par des institutions financières suisses de grand prestige – nous sommes dans les années quatre-vingt, bien avant la chute du Mur – presque chaque jour il y avait des courriers qui venaient de Bulgarie par avion avec des valises pleines de billets de banque qu'ils déversaient sur les tables de petits et discrets salons de grandes banques de Zurich, je me rendis compte que la traque que nous faisons contre les petits trafiquants-consommateurs n'était pas seulement une absurdité, mais aussi et surtout une injustice intolérable. J'ai aussi commencé à comprendre que ce combat n'était pas seulement vain, mais que la répression était finalement devenue une précieuse alliée des grands trafiquants.

L'argent déposé à Zurich était transformé en lingots d'or qui repartaient le lendemain avec les courriers direction Chypre, puis dans la vallée de la Bekaa au Liban, haut lieu de trafic de drogue et d'armes, ainsi que vers la Turquie.

Dans les valises en provenance de Turquie, via Sofia il y avait toujours un certain nombre de faux billets de banque ; contrairement aux directives fédérales, les grandes banques impliquées n'avaient jamais dénoncé ce fait au Ministère public de la Confédération. Une de ces grandes banques publia même une annonce payante dans les principaux journaux pour critiquer le procureur qui avait mentionné ce fait dans le communiqué de presse rédigé après que l'affaire ait été ébruitée. Les banques, disait l'annonce, n'avaient fait que leur travail et ce n'était pas leur tâche de traquer d'éventuels criminels.

Parmi les dommages collatéraux de cette enquête il y a eu aussi la chute de la première conseillère fédérale, alors ministre de la Justice. Cela ne rendit pas plus facile ma tâche et il m'arriva de presque regretter les temps paisibles de la gestion de la petite criminalité et des procès tranquilles à l'issue sans surprise. La loi du moindre effort est une tentation constante, les magistrats n'y échappent pas. S'attaquer aux étages supérieurs de la criminalité devient très difficile, car, dès qu'il y a beaucoup d'argent en jeu, les intérêts des criminels se mêlent à ceux d'autres milieux influents.

L'axiome qui veut que plus le crime soit grave et complexe, plus l'auteur a des chances de s'en tirer est hélas vrai, surtout lorsqu'il y a beaucoup d'argent en jeu. C'est avec mauvaise conscience et un sens de profonde injustice que je me souviens de ce petit entrepreneur que j'ai fait condamner pour gestion déloyale ; dans cette affaire, une petite affaire, le Tribunal fédéral avait dit que ce délit était punissable même si l'auteur était actionnaire unique de la société lésée. Les responsables de notre plus grande banque, agissant contre les règles de l'art – ils ont spéculé à hauteur de plusieurs milliards sur des titres que nombre d'autres banquiers avaient tout de suite jugé très dangereux – et violant systématiquement le droit des pays où sont

établies leurs filiales, ont causé un dommage colossal aux actionnaires et au pays tout entier. A ma connaissance ces messieurs n'ont même pas été interrogés et on n'a même pas ouvert un dossier.

Mais revenons à nos valises d'argent sale. Le hasard a voulu que plus de vingt ans après je sois rapporteur au Conseil des États sur les nouvelles dispositions contre le blanchiment d'argent sale. Tout le monde se félicitait de ces nouveautés, les grandes banques en premier lieu, oubliant que, des années auparavant, elles avaient traité certains petits procureurs de provinces lointaines du pays « d'ennemis de la place financière suisse », tout simplement parce qu'ils invoquaient l'introduction de ces mêmes normes adoptées maintenant, plus de vingt après, à l'unanimité.

En pensant à ces événements et à ce que j'ai vécu plus tard au cours de ma carrière de parlementaire, je suis forcé de conclure que la politique semble avoir perdu toute capacité de prévoir et d'anticiper les événements. Qu'il s'agisse de blanchiment, de l'affaire des biens en déshérence, de la faillite Swissair, du secret bancaire ou de l'UBS on a réagi avec retard, presque toujours en catastrophe et sous la contrainte, alors qu'il y avait eu nombre de signaux d'alerte qu'on a tout simplement ignorés. Je crains que la même chose va se passer avec la question européenne.

Pendant qu'on découvrait la filière financière des valises venant de Bulgarie et transformées en or par les bons soins de banquiers zurichoïses, nous tombons sur un autre réseau qui fait circuler des centaines de millions entre la Californie, la Suisse et la Colombie, le tout géré par deux frères syriens, au bénéfice d'un visa de touriste, depuis une suite d'un grand hôtel de Zu-

rich. Étonnant que ces trafics aient été découverts une fois encore par des enquêtes tessinoises alors que la justice zurichoise n'a pas bougé le petit doigt.

Pour analyser les caisses de documents bancaires que nous avons saisis, une grande fiduciaire nous avait fait un devis : il s'agissait d'une somme astronomique. Un tel mandat aurait déclenché à coup sûr des polémiques virulentes, des articles de presse et des interpellations au Grand Conseil avec des accusations de jeter l'argent par les fenêtres pour s'occuper de trafics internationaux qui n'avaient rien à faire avec la réalité locale. J'ai alors proposé au chef du département des finances de détacher deux ou trois fonctionnaires de l'inspectorat fiscal et de mettre cela sur le compte d'un cours de formation. Il n'y avait aucun conflit d'intérêts avec le fisc tessinois. Ces fonctionnaires se sont révélés être de fins limiers et il a été possible de reconstituer les circuits financiers et de faire condamner les deux frères.

Lorsqu'avec l'agent de police qui avait travaillé avec moi sur ces affaires nous étions à Washington pour recevoir une distinction du Département fédéral de la justice pour notre contribution à la lutte contre la diffusion de la drogue, je dois avouer que j'étais habité par des sentiments contradictoires. D'une part, certes, la fierté de voir notre travail reconnu à un très haut niveau à l'étranger, malgré toutes les difficultés et les critiques rencontrées au cours de cette enquête. Mais je ressentais aussi un malaise. Je réalisais que la saisie de 100 kilos d'héroïne, le démantèlement d'une importante organisation de trafiquants et la mise à jour de l'incroyable facilité avec laquelle on pouvait blanchir de l'argent sale étaient des succès appréciables, mais j'étais aussi conscient de l'absolue insignifiance de ces résultats par rapport à la dimension du problème de la drogue. J'étais également conscient que le pays qui nous attribuait ces honneurs avait une grande responsabilité dans les choix qui étaient

en train d'entraîner le monde entier dans une faillite ruineuse de la réponse sociale au problème des dépendances.

Oui, les honneurs qui m'ont été rendus aux États-Unis ne m'ont pas transformé en héraut de la répression, mais m'ont définitivement convaincu que le prohibitionnisme en matière de drogue était une voie sans issue, qu'il a directement contribué à produire le plus important phénomène criminel de tous les temps. Ce dernier alimente toute sorte d'autres trafics, il infiltre l'économie avec un effet de contamination morale et de diffusion à grande échelle de la corruption. La répression n'atteint presque jamais les hauts étages du crime organisé qui gèrent ces grands trafics de drogue. La répression des petits poissons sert cependant à entretenir un certain niveau des prix et à assurer des profits fabuleux à un cercle restreint d'intouchables.

## **TOO BIG TO FAIL**

L'argent facile de la drogue est en fait devenu un facteur économique de grande importance, ce qui explique aussi pourquoi on ne s'attaque pas à la racine du problème. Si on pense que le chiffre d'affaire du trafic de drogue est estimé à environ trois cents milliards de dollars par année il est évident que cet argent est désormais devenu un véritable facteur de portée géopolitique. Il entretient de nombreux conflits, permet de financer des achats massifs d'armes de plus en plus sophistiquées, conditionne les choix de nombreux gouvernements, influence les structures socio-économiques. J'ai entendu récemment un chercheur affirmer que si le trafic de drogue était éliminé, la plupart des familles des cités entourant Marseille ne seraient plus à même de payer leur loyer.

Des ressources énormes sont investies dans la répression, alors que le crime qui en contrôle le trafic prospère. Les institutions et la structure sociale de plusieurs pays ont été bouleversées par les narcodollars et les narcotrafiquants. Le Mexique est un exemple dramatique de cette réalité, une réalité caractérisée par une violence effroyable, une corruption généralisée et la destruction du tissu social. Mais ce qui se passe dans des pays comme le Mexique est possible grâce, ou plutôt à cause de nombreux réseaux financiers qui s'appuient sur des paradis fiscaux et des montages financiers impénétrables rendus possibles par la législation de nombreux États qui ferment les yeux.

Je sais bien que vous allez me demander, qu'est-ce que je propose de faire. Je vous ai averti que je n'avais pas de remèdes miracles. Nous sommes tous conscients qu'il n'existe pas de solutions faciles ni des solutions idéales. Je pense cependant que toute nouvelle solution présuppose que l'on soit conscient de ce qui est en train de se passer et du gâchis auquel a conduit la politique actuelle.

Une importante action de sensibilisation au niveau mondial est nécessaire. Ce travail est en cours depuis longtemps. Déjà en 1984 Milton Friedmann, prix Nobel pour l'économie, écrivait que la prohibition de la drogue favorisait le crime, sans en diminuer l'usage et imposait un coût aberrant à la société. Une position analogue a été par la suite prise par la célèbre revue *The Economist*, ce qui fit sensation. Des anciens chefs d'État se sont réunis en groupe de travail et ont pris position en faveur d'une nouvelle politique de la drogue et contre l'actuel régime de prohibition. Il est à peine besoin de rappeler ici le rôle important joué par Ruth Dreifuss dans ce contexte. C'est un travail difficile qui demande beaucoup d'énergie et beaucoup de temps.

Il faut convaincre les politiciens un peu partout dans le monde. La politique actuelle de la drogue est en effet ancrée, je dirais cristallisée dans des conventions internationales, qu'on ne pourra modifier qu'avec l'accord des principaux pays. Or, la peur de la drogue et les discours guerriers qui prônent la répression ont toujours la faveur de nombreux politiciens. Ce genre de discours, en effet, se prêtent bien à des tirades démagogiques et populistes, aujourd'hui plus que jamais à la mode.

Les chroniques parlementaires de ces dernières années démontrent, hélas, qu'à chaque fois que se pose un problème dans la société il y a toujours de nombreuses voix, souvent majoritaires, pour proposer un durcissement des peines ou la création de nouvelles normes pénales. Avant même de disposer d'une étude sérieuse quant aux conséquences sur la récidive de l'élimination des courtes peines de prison décidée lors de la dernière révision du Code pénal, il est devenu de bon ton, aussi bien à droite qu'à gauche, d'invoquer un retour à la case prison. C'est naturellement plus facile que d'essayer de comprendre les raisons profondes de certains comportements et de mettre au point les remèdes les plus efficaces. Il y a exactement 250 ans, Cesare Beccaria publiait son fameux ouvrage *Dei delitti e delle pene*. Il démontrait que ce n'est pas la sévérité de la peine qui retient une personne de commettre une infraction, mais bien le degré de probabilité de se faire prendre; un enseignement qui a maintenu une actualité étonnante. Cette vérité devrait être rappelée avec force aux décideurs d'aujourd'hui qui tendent à faire exactement le contraire : diminuer les moyens à disposition de l'État pour le social, l'éducation et la prévention, et, d'autre part, durcir la répression pénale.

Les jeunes ont besoin de modèles cohérents et crédibles. Je dirais même que cette exigence constitue un pilier fondamental de la prévention. La politique de la drogue exige donc une approche cohérente et crédible pour être efficace. C'est loin d'être

le cas aujourd'hui. La distinction entre substances légales et illégales apparaît aujourd'hui comme arbitraire, injuste et hypocrite. Je pense qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie globale pour l'ensemble des substances psychotropes créant une dépendance. Cela ne veut nullement dire qu'on va traiter toutes les substances de la même façon. Il faut progressivement s'acheminer vers un marché contrôlé (cela existe déjà pour le tabac, l'alcool et les médicaments) dans lequel la réglementation est définie en fonction de la dangerosité de la substance et de l'âge du consommateur.

Dans de nombreux pays, les choses ont commencé à bouger. La distribution contrôlée d'héroïne a choqué au début, mais elle a démontré que, bien appliquée, elle contribuait à une réduction sensible des risques pour la santé, à une baisse de la criminalité et permettait une réintégration sociale qui ne paraissait guère possible auparavant. Quelques États ont libéralisé le cannabis. La Californie a permis la vente de marijuana médicale avec un catalogue de prescriptions qui correspond en fait à une libéralisation. Après 15 ans d'expérience, les études qui ont été menées concluent que le prix de la marijuana est diminué, ce qui laisse supposer une potentielle augmentation de la consommation. Ce qui est intéressant, toutefois, c'est surtout la diminution que l'on a constaté de la consommation d'alcool ainsi qu'une sensible réduction des accidents de la circulation. Il faudra attendre d'autres études pour pouvoir établir un véritable bilan.

En matière d'addiction et sur la façon d'y faire face, j'ai beaucoup de doutes et plus j'avance dans la connaissance de ce phénomène, plus les certitudes ont fondu comme neige au soleil. J'ai toutefois une conviction. La prohibition telle que nous l'appliquons est non seulement une faillite, mais elle entretient le phénomène criminel le plus important de tous les temps. Ce

dernier a assumé une telle dimension que la lutte que nous menons actuellement contre le trafic de drogue ne peut pas et ne pourra jamais être gagnée.

Pourquoi? Parce que les intérêts du crime organisé sont aujourd'hui à ce point entremêlés avec ceux d'autres acteurs économiques, politiques et sociaux, qu'une disparition des narcodollars entraînerait une réaction en chaîne désastreuse. Le directeur de l'agence des Nations Unies contre la drogue et le crime, Antonio Maria Costa, a affirmé que les narcodollars ont contribué à sauver de la faillite des établissements bancaires de première importance lors de la tempête qui s'est abattue sur les marchés financiers mondiaux en 2008. Je laisse la responsabilité de cette affirmation à son auteur, qui n'est en tout cas pas le dernier venu. Ce qui est vrai, en tout cas, c'est qu'avec le prohibitionnisme le narcotraffic est en fait devenu TOO BIG TO FAIL!

## **CHANGEMENT DE PARADIGME**

Seul un changement de paradigme est à même de nous offrir une meilleure perspective d'avenir. Il faut attaquer le trafic sur le terrain qui lui a assuré son fantastique succès, le marché. Ce marché que nous avons soutenu, financé, entretenu et qui a ainsi conféré une énorme plus-value à des substances qui n'avaient que peu de valeur. Au lieu d'essayer d'éliminer ce marché – tentatives qui jusqu'à présent n'ont eu d'autres effets que de le renforcer – il faut l'accepter comme une réalité, il faut l'occuper et le réguler. C'est finalement ce qu'on a fait avec l'alcool et le tabac.

La drogue est avant tout un problème de santé et il doit être appréhendé en tant que tel.

Certes, ce changement d'orientation fondamental de la politique de la drogue n'est pas facile et n'est pas sans risques; des erreurs seront inévitables. Des expériences intéressantes sont en cours et les désastres que l'on nous a annoncés ne se sont pas produits. Comme l'a bien dit récemment un chercheur français, l'ampleur de la catastrophe actuelle est telle que le risque de faire pire est très faible.

Persister sur la voie actuelle c'est reconnaître la victoire du crime organisé et lui assurer un avenir confortable. Le marché illégal de la drogue continuera à être florissant et à être présent partout, dans tous les milieux, mêmes dans les structures les plus fermées et les mieux surveillées. Les narcodollars, nous l'avons vu, alimentent une corruption au plus haut niveau. Cette corruption est, à mon avis, la menace la plus grave pour nos démocraties. Oui, plus grave que le terrorisme.

En fait, il ne s'agit ni d'imaginer ni de réaliser une société sans drogues, celle-ci n'a jamais existé. Le véritable défi est d'accepter l'existence des drogues et d'apprendre à vivre avec. La régulation du marché – avec le contrôle de la production et de la distribution en tenant compte de la dangerosité des substances – permettrait de diminuer sensiblement les profits des narcotrafiquants. Mais cela contribuerait également à diminuer fortement les risques pour les consommateurs. La plupart des décès dus à la consommation de drogues ne sont en fait pas provoqués directement par la substance, mais par le fait qu'elle est frelatée.

Les ressources financières que l'on économiserait dans le domaine de la répression et du système pénitentiaire permettraient d'intervenir avec plus d'efficacité sur la demande. Non plus avec le gendarme et la prison, mais avec une action de prévention cohérente. Je le répète, et je conclus, la meilleure prévention que l'on puisse mettre en œuvre à l'égard de la jeunesse est

celle de lui offrir des modèles et des valeurs crédibles. Cela ne devrait pas être si difficile, et pourtant...

## UNE PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS

*Anne Philibert*

Dans cette communication, nous proposons d'introduire quelques pistes pour interpréter les processus de régulation du cannabis en cours dans une perspective sociologique. Au centre de ce développement, nous posons pour hypothèse que l'application du paradigme de la gouvernance du risque s'infiltré progressivement dans le champ des politiques drogues.

Dans le domaine des politiques drogues, le paradigme prohibitionniste l'a, de manière croissante, emporté sur les zones de tolérance. Les systèmes politiques intègrent ce type d'interdit en y apportant, certes, des variations contextuelles, mais en appliquant l'essentiel et en le conservant dans le temps. Des démocraties occidentales aux systèmes totalitaires, des régimes capitalistes aux régimes socialistes, tous les systèmes politiques ont fait de l'interdit le noyau central de leur système juridique relatif aux drogues.

Pourtant, les récentes évolutions en matière de réglementation des drogues sont bouillonnantes. Fin 2014, en Oregon et en Alaska, les électeurs ont approuvé un texte légalisant l'usage de la marijuana, au même titre que le Colorado et l'État de Washington (en 2012). Dans une moindre mesure les électeurs de Washington DC ont voté en faveur d'une initiative autorisant la possession de 57 grammes de marijuana ainsi que la culture

de 6 plants pour les plus de 21 ans. Dans la littérature scientifique, ces reconfigurations occupent plusieurs terrains : on s'intéresse depuis de nombreuses années à connaître les effets positifs et négatifs de l'usage de cannabis sur la santé – avec le développement de toute une littérature sur le cannabis médical (Schnelle et al. 1999 ; Gorter et al. 2005). Ensuite, une fois les premières dépénalisations opérées, quelques recherches ont émergé sur le thème des effets politiques, économiques, sanitaires, sécuritaires, de ces expérimentations. Plus récemment, on voit apparaître des recherches qui discutent du design de ces différents modèles. On discute les variantes des modèles : la production, la distribution, le prix, les modalités de la prévention, etc. (Crick et al. 2013 ; Zobel et Marthaler 2014). Tous ces domaines ont donné une littérature assez foisonnante sur ces politiques de régulation du cannabis en train de se mettre en place. Mais les débats en cours sur la régulation du cannabis posent aussi de manière aigüe la question du changement institutionnel, ses possibilités, ses facteurs explicatifs, son processus. En effet, la régulation du cannabis est un débat faisant intervenir toute une gamme de facteurs sociopolitiques, de contextes géopolitiques, et de mécanismes institutionnels amorcés depuis quelques années. La prohibition ne fait plus consensus. Prenant sa source dans les années 1970 avec la décriminalisation de l'usage aux Pays-Bas, la remise en question du système d'interdit s'étale sur plusieurs vagues, la première se situant dans les années 1990 au Portugal notamment, et, depuis les années 2000, aux Etats-Unis. Cette réforme s'élabore sur un terrain politique multi-niveaux où les acteurs internationaux, nationaux et locaux (partis politiques, experts, groupes de pression, lobbys moraux ou religieux) exercent leurs influences dans l'arène politique.

Cette communication vise à développer certaines hypothèses que nous souhaitons développer dans l'examen des débats publics traitant de la régulation du cannabis. En s'intéressant à la manière dont les argumentations se déploient dans l'arène politique de chacun de ces contextes, aux valeurs portées par les différents acteurs, nous souhaitons répondre, en finalité, à la question : *qu'est-ce qui fait qu'on bascule d'une façon de penser le problème en érigeant l'interdit comme norme, vers une manière plus politique de régulation des comportements* » ; et, en corollaire, « *quelles sont les représentations de l'individu qu'elles véhiculent ?* ».

Le choix d'un tel objet de recherche répond à plusieurs enjeux : d'abord, d'un point de vue théorique, il s'agit de mobiliser les savoirs, concepts, et grilles d'analyse de la science politique, de la sociologie politique, de l'analyse des politiques publiques, ainsi que du droit, et de l'action publique ; un enjeu de connaissance par ailleurs, puisque cette recherche vise à étudier et expliquer les transformations récentes dans le domaine des politiques drogues : pourquoi ont-elles lieu dans chacun des contextes choisis maintenant (ou il y a plus de 40 ans pour les Pays-Bas), pourquoi sous des modalités à chaque fois très différentes, et quelle en est la signification ? Enfin, nous ajouterons un enjeu méthodologique, tant la comparaison entre ces trois terrains renvoie en même temps à des tendances lourdes dépassant le cadre national, mais, pour autant, impose d'opérer un tri dans les facteurs identifiés (scandales, changement de coalition politique au pouvoir, etc.) dont la pertinence peut être variable en fonction des pays.

Le basculement vers la légalisation du cannabis dans certains Etats serait le témoin d'un glissement du cadre de pensée dans la manière d'appréhender la régulation des drogues, depuis une logique prohibitionniste, vers une logique de régulation de l'accès au cannabis. La question de la régulation du cannabis nous

renvoie de manière directe aux origines de la sociologie des problèmes publics avec Howard Becker (1985 (1963)) qui, s'appuyant sur les fumeurs de marijuana, formalisait la déviance non plus par ses caractéristiques substantielles, mais plutôt par la manière dont les agents sociaux disposant d'un pouvoir produisaient des normes juridiques et des jugements moraux. Un autre sociologue de l'Ecole de Chicago, Joseph Gusfield (1981), développa par la suite une problématique graduellement centrée sur les problèmes publics, avec un terrain relativement proche de celui de Becker – la consommation d'alcool -, mais en observant cette fois les modalités et motivations de ceux et celles qui ont mené une véritable « croisade symbolique » contre la consommation d'alcool. La question de la régulation du cannabis vient aujourd'hui renouveler ces questionnements avec pour toile de fond un contexte opposé où ce sont les partisans d'une libéralisation de la consommation qui se mobilisent.

Tandis que le discours de *l'échec de la guerre à la drogue* met quasi uniformément en avant l'échec en matière de conséquences sanitaires et sécuritaires, nous observons plusieurs formes de mises en application des politiques de régulation du cannabis, qui s'organisent selon des modèles variables entre les Pays-Bas, les Etats-Unis, ou l'Uruguay. Bien que les évidences scientifiques circulent à une échelle internationale, rares sont encore les Etats qui ont optés pour des solutions alternatives. La réception de ces évidences scientifiques ne s'opère pas selon les mêmes logiques dans les différents pays, et il faut regarder du côté de la production sociale des idées pour comprendre les ressorts de leur application dans les différents contextes, les mélanges, les amalgames, les acteurs en jeu dans le domaine du savoir, leurs connexions et affrontements.

Au centre de ce développement, il est possible de poser pour hypothèse que l'application du paradigme de la gouvernance du

risque s'infiltrer progressivement dans le domaine des politiques drogues : il semblerait que le domaine des drogues est un des rares domaines autant marqué par les résistances sociales, les croyances morales, et donc par extension, là où la logique du risque a eu le plus de mal à s'imposer, au contraire d'autres domaines beaucoup plus vite imprégnés de cette logique (on pense notamment au risque industriel ou au risque écologique).

## SOCIOLOGIE ET RISQUE

Le risque tel que nous l'entendons aujourd'hui semble être une invention des sociétés modernes, occidentales, et l'idée que nous vivons dans des sociétés du risque a trouvé un nouvel écho et a été popularisé au milieu des années 1980 par divers travaux des sciences sociales, à commencer par les travaux du sociologue allemand Ulrich Beck (2001).

Le risque, c'est d'abord ce que nous percevons comme tel. C'est l'idée que la vie comporte des risques, et toute perception du risque est culturellement définie et hautement subjective – chacun de nous fait ses choix plus ou moins consciemment, et au sein d'une culture. Avec quelque chose de très ambigu: dès qu'il y a un risque identifié, il doit être maîtrisé, mais d'un autre côté notre société encourage la prise de risque individuelle et parfois la valorise. Par conséquent, on voit ce qui peut être attendu de la part de la puissance publique lorsqu'il s'agit de gérer un risque : qu'elle prenne des dispositions pour minimiser le risque, qu'elle l'évalue, le quantifie, et prenne les mesures en amont pour l'éviter (interdire d'habiter dans des zones inondables par exemple), et donc que ce que nous définissons comme risque, ou comme conduite à risque est quelque chose d'éminemment politique.

## RISQUES SANITAIRES / RISQUES SÉCURITAIRES

Une première grille de lecture consiste à comprendre comment *la société du risque* se propage dans le domaine des politiques des drogues, un domaine de santé publique traditionnellement dominé par une logique prohibitionniste. La fin de la logique prohibitionniste est liée à la reconnaissance de son inefficacité. La reconnaissance de cette inefficacité peut être basée sur deux choses : ces évaluations techniques ont été réalisées sur des registres sanitaires et sécuritaires. D'un point de vue sécuritaire, les études ont montré l'inefficacité judiciaire (puisque les trafics continuent), mais montrent aussi que la répression pousse des individus parfaitement insérés socialement dans des carrières délictuelles. D'un point de vue sanitaire, elles montrent les risques pour l'utilisateur de s'éloigner des services de soins et de prévention pour le pousser vers des milieux où le risque de transmission de maladies infectieuses et d'autres dommages est plus élevé.

La logique du risque remet en question le risque que les politiques drogues font peser sur l'utilisateur (sa santé) et sur la communauté (risques sociaux) et intervient donc sur la reconnaissance d'une inefficacité judiciaire (continuité des trafics), ainsi que sur la reconnaissance de l'inefficacité en termes de santé publique, puisque la prohibition ralentirait l'accès aux dispositifs de prévention, et favoriserait la consommation de produits encore plus dangereux à cause des méthodes de production des trafiquants. Le changement de paradigme peut donc, par hypothèse, prendre deux formes : une logique de gestion des risques *sécuritaires* (ordre public) ou une logique de gestion des risques *sanitaires* (objectif biopolitique de gestion des populations).

## MORALE VERSUS RATIONALITÉ ?

Là où les politiques drogues ont souvent été présentées comme ayant une forte dimension *morale, émotive*, la catégorie du risque est au contraire, elle, fréquemment assimilée à un pur outil *technique*, ce qui plaiderait pour affirmer que les politiques de régulations des drogues sont le signe qu'elles ne seraient plus empreintes du poids de la morale. On peut postuler que l'on passerait ainsi d'une volonté prohibitionniste d'éradication à une logique de gestion (et non de réduction) des risques. Dans cette perspective, la prise de décision politique (celle de la prohibition) ne se ferait plus sous un régime de contrôle moral par la punition qui peut être évaluée comme « bonne ou mauvaise », mais sur des valeurs scientifiques (de l'ordre du registre sanitaire et sécuritaire) qui feraient basculer le régime vers un contrôle « technique » (Cauchie 2004).

Le passage de la prohibition vers des régimes de contrôle marquent donc le passage d'une rhétorique de la morale à une rhétorique technique de gestion du risque, avec la mise en évidence de ce que l'on peut considérer comme une reconfiguration et un déplacement de la question morale symbolisé dans la drogue comme « danger » et la nécessité de l'éradiquer, vers l'émergence de la drogue comme risque acceptable. La logique du *risque* semble donc déconnecter les politiques drogues des questions « morales » au sens où la consommation n'est plus saisie comme un problème « social ». Doit-on ainsi comprendre que la logique du risque dans les politiques drogues renvoie à la technicisation de cette question, qui se défait de son aspect moral ? Ou faut-il au contraire supposer que la catégorie du risque maintient la dimension morale et moralisante de l'usage de drogues, et si oui comment ?

## DÉCENTREMENT DU PRODUIT VERS L'INDIVIDU

L'importation du risque dans ces problématiques pourrait déboucher sur une forme d'aboutissement du paradigme du risque, prenant la forme d'un déplacement de la question morale qui bascule vers une responsabilisation accrue des individus.

En effet, les discours sur les comportements à risque mettent en avant la liberté de décision individuelle et la responsabilité, tout en fournissant des prescriptions comportementales qui définissent les *bons* choix (Castel 1983). Dans cette logique, une *mauvaise* décision révèle une incapacité chez l'individu à être responsable. Nous n'avons pas affaire, en ce sens, à une disparition de la catégorie « déviance », mais bien à sa revalorisation par la société qui se révèle disqualifiante pour celui qui franchit les risques scientifiquement calculés. Ce nouveau régime serait donc attribué à la mise en place de nouveaux mécanismes de régulation permettant d'exercer sur les consommateurs un contrôle plus efficace et plus subtil que celui exercé par le régime prohibitionniste. Ces nouvelles modalités de contrôle pouvant s'exercer à travers les mécanismes de responsabilisation. L'usage du risque pourrait donc revêtir ce que l'on appellera un processus de *reconfiguration* et de *déplacement* de la question morale autour d'acteurs, de pratiques, de problèmes en émergence au cœur des politiques drogues (Cauchie et Chantraine 2005).

La régulation du cannabis serait donc le témoin d'une construction des politiques drogues qui supprime la conception clé de réguler des individus face au risque collectif que fait peser un objet (« la drogue ») pour la société, et la remplace en assignant aux individus isolés la responsabilité de la gestion de leurs risques. Et donc peut-être que le *passage* d'une focalisation sur le produit à une intervention sur le consommateur est lié à la logique du risque : le seul moyen de gérer le risque, au final,

c'est de gérer les acteurs. Et donc, dans un continuum des modèles, la réduction des risques, dans un régime prohibitionniste, serait le fait d'une double focalisation : sur le produit et les acteurs, tandis que la légalisation serait le fruit du passage complet du côté de la gouvernance du risque – et donc de sa gestion de la part des individus.

Le risque n'est plus exogène, mais il est endogène à l'activité humaine, il n'est plus un donné mais un construit (Marchand 2007). Autrement dit, l'engagement collectif dans une morale commune serait remplacé par l'édification d'un souci de l'entrepreneuriat de soi – autonomie, responsabilité – (Cauchie et Chantraine 2005). Raisonner en termes de risques implique de concevoir que la consommation de drogues n'est plus un déficit des agents ou du développement de la société, mais un risque inévitable et prévisible dans la vie quotidienne. Dans une logique d'acceptation de l'incertitude, parce que les risques sont inévitables et que les menaces pour sa santé ou sa sécurité sont partout, on oriente la focale sur les agents. Ce cadrage implique que les discours sur l'usage du cannabis et son contrôle ne s'intéressent plus aux causes sociales et individuelles de la dépendance, mais plutôt aux facteurs de risques pour les différents groupes de la population. Cette posture nécessite de quitter le centrage sur le produit et son interdit, pour intervenir auprès des individus et des groupes de population selon leur exposition au risque.

Dans ce sens, ce que l'on pourrait tirer comme conclusion, c'est que les nouvelles formes de régulation du cannabis sont finalement les témoins du basculement d'un Etat qui n'a plus besoin d'imposer un contrôle direct sur les individus tant l'injonction à la responsabilisation chez les individus agit comme un contrôle social suffisamment puissant.

## BIBLIOGRAPHIE

- Beck, Ulrich (2001). *La société du risque*. Paris: Aubier.
- Becker, Howard (1985 (1963)). *Outsiders*. Paris: Métailié.
- Castel, Robert (1983). "De la dangerosité au risque." *Actes de la recherche en sciences sociales* 47(1): 119-127.
- Cauchie, Jean-François (2004). *Les dimensions techniques et morales d'un gouvernement du crime à travers l'usage du risque*. Colloque international Acteurs, risques et prises de risque à l'épreuve des sciences sociales. Lille : CLERSE-IFRESI.
- Cauchie, Jean-François et Gilles Chantraine (2005). "De l'usage du risque dans le gouvernement du crime. Nouveau prudentialisme et nouvelle pénologie." *Champ pénal/ Penal field* 2(9).
- Crick, Emily , Heather Haase et Dave Bewley-Taylor (2013). *Legally regulated cannabis markets in the US: Implications and possibilities*: Global Drug Policy Observatory: 2054-2046.
- Gorter, Robert W., Mario Butoeac, Eloy Pulido Cobian et Willem van der Sluis (2005). "Medical use of cannabis in the Netherlands." *Neurology* 65(4): 917-919.
- Gusfield, Joseph (1981). *The Culture of Public Problems : Drinking-driving and the Symbolic Order*. Chicago & London : University of Chicago Press.
- Marchand, Alain (2007). "Le risque, nouveau paradigme et analyseur sociétal." *Journal des anthropologues* 108-109: 211-236.
- Schnelle, Martin, Franjo Grotenhermer, Marcus Reif et Robert Gorter (1999). "Ergebnisse einer standardisierten Umfrage zur medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten im deutschen Sprachraum." *Forsch Komplementarmed* 6(3): 28-36.
- Zobel, Frank et Marc Marthaler (2014). *Des Rocky Mountains aux Alpes: Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis*. Lausanne: Addiction Suisse

# UN PROBLÈME SOCIAL DÉFINI EN TERMES DE RISQUES. ÉLÉMENTS D'ANALYSE DE LA POLITIQUE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE L'USAGE DE CANNABIS CHEZ LES JEUNES

*Ivana Obradovic*

Parmi les jeunes générations, l'expérimentation du cannabis est devenue en France un « modèle dominant », son usage régulier atteignant un niveau comparable à celui de l'alcool. Face à ce phénomène, la réponse publique se décline sous plusieurs formes : information, prévention, prise en charge mais aussi répression. La lutte contre l'usage de cannabis apparaît fortement judiciaire en France, où l'usage et la détention représentent la majorité du contentieux des stupéfiants.

## LE « PARADOXE FRANÇAIS »

Le cannabis est, de loin, la drogue illicite la plus disponible et consommée en France. Une personne sur quatre, entre 11 et 75 ans, déclare en avoir déjà fait usage, ce qui représente 13,4 millions d'expérimentateurs (Beck et al. 2011), soit un quart environ de la population. La diffusion du cannabis touche tout particulièrement les jeunes générations : les 15-30 ans sont deux fois plus nombreux que la génération précédente à l'avoir expérimenté (Beck et al. 2013). Au-delà de l'initiation, les niveaux de

consommation des jeunes Français dépassent nettement la moyenne européenne : à 15-16 ans, un élève sur quatre déclare avoir consommé du cannabis au moins une fois dans le dernier mois, ce qui positionne la France en tête des pays européens. Paradoxalement, en dépit d'une législation parmi les plus sévères d'Europe, supposée être dissuasive, la France est un des pays les plus consommateurs de cannabis, surtout parmi les jeunes.

Ce « paradoxe français » alimente des controverses récurrentes sur l'efficacité de l'interdit et le statut légal du cannabis. Certains plaident pour une dépénalisation de l'usage, voire de la détention de petites quantités destinées à l'usage personnel, qui permettrait, selon eux, de rendre le produit moins attractif et de mieux le contrôler. Pour d'autres, la dépénalisation risque, à l'inverse, d'être perçue comme un relâchement et d'aggraver les maux liés à l'usage du produit. Sans prendre parti dans ce débat, cette contribution se propose d'en clarifier les termes, en dressant un état des lieux des données épidémiologiques relatives à la consommation de cannabis en population générale, au regard des réponses publiques aujourd'hui disponibles en France.

## **LES ADOLESCENTS FRANÇAIS, CHAMPIONS D'EUROPE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS**

Le cannabis atteint en France des niveaux d'usage particulièrement élevés dans les jeunes générations. En 2011, près de 4 jeunes Français sur 10 déclarent, à 15-16 ans, l'avoir déjà expérimenté (39 %), proportion deux fois supérieure à la moyenne européenne et, de surcroît, en essor (+ 26 % depuis 2007 ; voir Hibell et al. 2012). Si la France fait partie des pays les plus expérimentateurs, elle se singularise aussi par l'amplitude de cette diffusion, qui concerne autant les filles que les garçons. Ces

chiffres reflètent une relative facilité d'approvisionnement depuis une dizaine d'années : en 2011, 43 % des jeunes Français de 15-16 ans estimaient que, s'ils le voulaient, il leur serait « facile » d'obtenir du cannabis, contre 29 % de leurs homologues européens. La disponibilité perçue du cannabis est supérieure dans seulement deux pays de l'Union Européenne (République tchèque et Slovaquie). L'accessibilité perçue s'élève avec l'âge : la moitié des élèves de lycée jugent ainsi le cannabis « facile d'accès » (autant que pour le tabac et l'alcool). En dépit de l'interdit légal, le cannabis semble donc perçu comme aisément accessible en France, par les mineurs comme par les adultes : près de 60 % des 15-64 ans jugent qu'il leur serait facile de s'en procurer, le don étant largement majoritaire par rapport à l'achat, dans un contexte de hausse de l'autoculture (Beck et al. 2011). En matière d'approvisionnement, le rôle de l'entourage (amis fumeurs de cannabis) se révèle déterminant parmi les plus jeunes, surtout pour les filles (Spilka et Le Nézet 2013). Les données les plus récentes montrent que le cannabis connaît une diffusion massive dès le collège, bien plus rapide que celle de l'alcool ou du tabac, avec une accélération très marquée entre la 4ème et la 3ème (la part d'expérimentateurs passe de 11 % à 24 %) (Spilka et al. 2012a). Avoir essayé le cannabis devient courant au lycée : en terminale, la moitié des jeunes l'ont expérimenté (52 %) (Spilka et Le Nézet 2013). Cette diffusion large du produit concerne toutes les régions métropolitaines : elle est un peu moins marquée en outre-mer.

Au-delà de la seule expérimentation, la France affiche aussi des niveaux de consommation plus importants qu'ailleurs : un adolescent sur quatre (24 %) déclare avoir récemment<sup>25</sup> consommé du cannabis, proportion bien plus importante que dans

●  
<sup>25</sup> Au moins une fois dans le dernier mois.

les autres États-membres de l'Union Européenne. La République tchèque, au deuxième rang, affiche un taux de prévalence récente bien en-deçà (15 %). Ainsi, malgré une inflexion de la consommation depuis 2003 en France (après une forte croissance observée tout au long des années 1990), les niveaux d'initiation et d'usage de ce produit restent très importants au sein des jeunes générations.

Si une majorité de ces initiations reste limitée, dans le temps comme dans les quantités consommées, une proportion non négligeable de jeunes s'adonne, pendant une période de la vie où la maturation cérébrale n'est pas terminée, à des consommations susceptibles d'affecter leur scolarité, leur développement, voire, à plus long terme, leur santé et leurs capacités cognitives. On dénombre ainsi 7 % d'usagers réguliers de cannabis l'année du bac, pour la plupart il s'agit d'expériences précoces. Il est, en effet, bien établi que l'âge du premier joint constitue résolument un signe d'alerte à prendre en compte pour prévenir l'évolution vers un usage nocif de ce produit. Aujourd'hui, l'âge moyen d'initiation au cannabis se situe autour de 15 ans, un peu plus d'un an après la première cigarette de tabac (Spilka et al. 2012b).

## **RISQUES SANITAIRES ET SOCIAUX DE LA CONSOMMATION**

Les conséquences sanitaires du cannabis sont désormais bien connues (INSERM 2001 ; Laqueille et Liot 2012). Pourtant, la définition des risques sanitaires qui lui sont attachés reste un enjeu de luttes symboliques<sup>26</sup>. Il existe néanmoins un consensus



<sup>26</sup> Voir, par exemple, les positions antinomiques de Jean Costentin et Alain Rigaud/Laurent Appel dans *Faut-il dépénaliser le cannabis ?*, Le Muscadier, 2013.

sur le fait qu'un usage précoce et régulier, pendant l'adolescence, comporte certains risques, d'abord *cognitifs et psychiques*. À court terme, la consommation altère certaines performances psychomotrices et cognitives, de façon réversible (sommolence, etc.). Sur le long terme, elle peut provoquer des perturbations psychiques durables : difficultés de concentration, détérioration de la mémoire de court terme et des facultés d'apprentissage (source de difficultés scolaires), perte de motivation (*syndrome amotivationnel*). Si ces symptômes disparaissent en général après quelques semaines d'abstinence, une consommation régulière et prolongée, dès l'adolescence, peut affaiblir les performances intellectuelles à l'âge adulte et causer des troubles cognitifs irréversibles (Meier et al. 2012). Elle peut aussi induire des troubles anxieux et dépressifs ou, plus rarement, schizophréniques. Comme toute drogue, le cannabis aggrave les pathologies psychiatriques et vice-versa.

L'usage de cannabis comporte également des *risques physiques*. Contrairement à d'autres drogues, la consommation de cannabis n'entraîne pas de surdose mortelle mais elle peut être facteur de mortalité sur la route, du fait de la baisse de vigilance et de réactivité : conduire sous l'influence du cannabis multiplie par 1,8 le risque de causer un accident mortel ; ce risque est multiplié par 15 en cas d'usage associé d'alcool (contre 8,5 pour l'alcool seul ; Groupe SAM 2005). Une consommation chronique de cannabis augmente également le risque de cancer (poumon, voies aérodigestives, vessie), la combustion dégageant une fumée toxique pour le système respiratoire, plus nocive qu'une cigarette de tabac et dont l'effet est amplifié en cas d'inhalation (pipes à eau, « douilles »). L'usage de cannabis accroît aussi le risque de pathologie vasculaire, de maladie respiratoire chronique et de troubles de la reproduction. Si la mortalité par cancer n'est pas évaluée, la mortalité routière attribuable au cannabis est de l'ordre de 200 décès annuels.

Enfin, le cannabis expose ses usagers au *risque de dépendance*. Si le risque de *dépendance physique* est minime, le risque de *dépendance psychique* au cannabis, à long terme, et en cas de consommation régulière, existe, même s'il est modéré par rapport à l'alcool ou à d'autres drogues illicites (héroïne, cocaïne). Les risques attachés aux produits psychoactifs ont fait l'objet de nombreuses classifications pharmacologiques (Roques 1999 ; Nutt et al. 2010), qui s'accordent à conclure que, parmi les produits induisant le plus de dommages, le cannabis arrive loin derrière l'alcool – le plus dangereux d'entre tous –, et le tabac. Ces classifications comportent toutefois des limites car elles ne tiennent pas compte des effets différenciés des produits selon le dosage, le mode d'usage et les caractéristiques sociales et individuelles du sujet (âge, précocité, etc.).

La problématique de la dépendance au cannabis doit être abordée en prenant en compte les *facteurs de vulnérabilité*, individuels (génétique, psychiques, etc.), sociaux et environnementaux (facilité d'accès, influence des amis, de la famille). Ces facteurs de risque se cumulent à l'adolescence, alors que la maturation cérébrale est en cours et que l'incitation à consommer est la plus forte. Les risques sociaux de la consommation de cannabis à l'adolescence (échec scolaire, sexualité à risque, délinquance routière) sont souvent mis en avant par les opposants à la dépénalisation.

En revanche, contrairement à une idée profondément ancrée dans l'opinion publique, le risque pour les consommateurs de cannabis d'accéder aux drogues telles que l'héroïne (théorie dite de l'escalade) est très modéré. La littérature scientifique confirme l'existence d'une *séquence d'escalade* menant de l'usage de drogues licites (tabac, alcool) aux drogues illicites les plus nocives (héroïne, cocaïne, crack), en passant par le cannabis. Cependant, l'hypothèse du cannabis comme *porte d'entrée* vers les drogues dites dures est réfutée par de nombreux travaux, qui

soulignent que l'initiation aux substances dépend des opportunités d'accès (Mayet et al. 2012). Par ailleurs, il est maintenant établi que la capacité des consommateurs de cannabis à réguler leur usage les distingue des consommateurs de tabac ou d'alcool. Ces résultats scientifiques sont corroborés par les constats des enquêtes épidémiologiques : ainsi, les élèves de lycées réduisent leur niveau d'usage l'année du bac ; pour une majorité de consommateurs, l'usage de cannabis s'avère transitoire et correspond à un âge de la vie : même en cas de dépendance, deux tiers des usagers arrêtent d'eux-mêmes leur consommation entre 25 et 30 ans (entrée dans la vie active, mise en ménage, naissance du premier enfant ; Laqueille et Liot 2012).

## LA CONNAISSANCE DES RISQUES

L'étude des opinions révèle une perception changeante des *risques sanitaires* liés au cannabis, qui contraste avec la stabilité des opinions sur les autres drogues illicites (Tovar et al. 2013). Après de fortes fluctuations de l'opinion au cours des années 2000, la moitié des Français considèrent aujourd'hui le cannabis comme « dangereux dès l'expérimentation » (54 %). Essayer le cannabis est jugé plus dangereux que la première cigarette ou le premier verre d'alcool mais bien moins que de goûter aux autres drogues illicites (90 % pour l'héroïne, 85 % pour la cocaïne). Une minorité considère que le cannabis est dangereux uniquement à partir d'un usage quotidien (30 %), alors que la majorité en pense de même du tabac et de l'alcool (47 % et 74 %). Parmi les trois produits les plus diffusés (alcool, tabac, cannabis), le cannabis est perçu comme celui dont il est le plus difficile de se passer après un premier essai (38 %), avec le tabac (37 %). La perception du pouvoir addictif du cannabis n'a cessé de progresser depuis les années 2000, alors qu'il est resté stable pour l'alcool. Cette évolution pourrait s'expliquer par les campagnes

d'information et de prévention menées depuis dix ans, qui tendent à identifier le cannabis comme source de problème.

La perception des *risques sociaux* attachés aux différentes drogues épouse, en revanche, la classification scientifique : les gros buveurs d'alcool sont considérés comme les plus « dangereux pour leur entourage » (selon 91 % des personnes interrogées), plus que les consommateurs d'héroïne (87 %), de cocaïne (83 %) et, surtout, de cannabis (67 %). Cette perception sociale des usagers de cannabis continue d'évoluer : la proportion des personnes qui pensent qu'on peut « vivre normalement » en consommant régulièrement du cannabis a progressé ces dernières années (passant de 16 % à 23 % entre 2008 et 2012).

Ces représentations sociales fluctuantes influent logiquement sur le niveau d'adhésion à la loi en vigueur. La proportion de ceux qui perçoivent l'interdiction du cannabis comme une atteinte à la liberté individuelle a, ainsi, progressé dans la période récente, pendant laquelle cette question a suscité de vifs débats sur la frontière entre responsabilité publique et liberté individuelle, passant de 32 % à 44 % entre 2008 et 2012. En outre, seules 36 % des personnes interrogées se déclarent favorables aux dispositions actuelles de la loi qui prévoient la possibilité d'une peine de prison pour les usagers simples de cannabis. Elles sont plus nombreuses parmi ceux qui ont déjà expérimenté ce produit.

## **PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DE L'USAGE DE CANNABIS**

La réponse publique à l'usage de cannabis en France se décline d'abord sous la forme de divers dispositifs d'information, de prévention et prise en charge. La première grande campagne médiatique d'information sur les risques spécifiquement liés au

cannabis a été mise en place en 2005 (« le cannabis est une réalité »). Celle-ci répondait à l'objectif de faire reculer la consommation chez les jeunes, qui avait connu un essor sans précédent au cours des années 2000. À cette occasion, une ligne téléphonique « Écoute Cannabis » et un réseau de « consultations jeunes consommateurs » ont été mis en service sur l'ensemble du territoire. Les messages de la campagne, sous forme de spots radio et télé et d'informations distillées dans la presse quotidienne nationale, mettaient l'accent sur les données scientifiques établies quant aux risques liés à l'usage de cannabis, mais aussi sur des témoignages. La campagne a notamment insisté sur l'existence d'une *dépendance au cannabis*, estimée alors entre 10 % et 15 % des consommateurs réguliers.

Les demandes de soins liées à l'usage du cannabis, déjà en hausse depuis 2000, se sont sensiblement accrues après cette initiative institutionnelle. Dans un contexte de croissance générale de la file active des centres de soins, la part du cannabis ne cesse de progresser : elle représente désormais près d'un tiers des recours aux soins (Palle et Rattanatrasy 2013). Adossées à ces centres, les consultations jeunes consommateurs (CJC), dispositif sur-mesure sans équivalent en Europe<sup>27</sup>, offrent une réponse spécifique aux jeunes usagers de substances psychoactives et à leurs familles, auparavant réticents à consulter dans une structure dédiée aux toxicomanes. Depuis dix ans, elles assurent le continuum entre prévention et soins, en offrant, gratuitement et anonymement, la possibilité d'effectuer un bilan des consommations, d'obtenir information et conseil, ainsi que,

●  
<sup>27</sup> Le dispositif des CJC a été conçu par le ministère de la Santé, en lien avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), rebaptisée depuis MILD&CA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives).

le cas échéant, une aide à l'arrêt de la consommation ; si nécessaire, elles peuvent également proposer une prise en charge brève ou une orientation vers une structure spécialisée. Aujourd'hui, le dispositif comprend quelque 400 points de consultation, qui accueillent une majorité de jeunes de moins de 25 ans et qui développent des stratégies de ciblage, sous la forme, par exemple, de consultations avancées en milieu scolaire. Le produit à l'origine des recours est le cannabis dans la quasi-totalité des cas, souvent associé à d'autres (tabac, alcool, etc.). La moitié du public est orienté par la justice : il s'agit surtout de jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin (Obradovic 2013a). Les professionnels des CJC considèrent, à cet égard, avoir accès, grâce au statut illégal du cannabis, à une population jeune qui ne viendrait pas spontanément au titre d'une prise en charge au titre de l'alcool (Obradovic et Palle 2012).

## LA RÉPONSE PÉNALE À L'USAGE DE CANNABIS

La réponse publique s'incarne également dans les politiques pénales visant l'usage et le trafic. En France, l'usage de stupéfiants – intégrant le cannabis depuis 1925<sup>28</sup> – constitue un délit depuis un siècle (loi du 12 juillet 1916). Avec la ratification des conventions internationales sur les stupéfiants, la France s'est engagée à incriminer l'offre de ce produit (production, trafic, cession et détention) et, contrairement à la plupart des pays de l'Union Européenne, elle en incrimine également l'usage. L'usage (privé ou public) de cannabis est ainsi puni d'une peine maximum d'un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende,



<sup>28</sup> Convention de Genève signée le 19 février 1925.

aux termes de la loi du 31 décembre 1970<sup>29</sup>, en vigueur depuis plus de quarante ans, malgré les controverses dont elle fait l'objet depuis l'origine.

Votée dans un climat d'émotion lié au décès d'une adolescente d'une overdose, la loi de 1970 visait d'abord à répondre au problème causé par l'héroïne. Elle instaure un statut ambigu de l'utilisateur, considéré à la fois comme *malade* (victime de son propre usage) et comme *délinquant* (auteur d'un délit passible de prison), puisque la loi prévoit une alternative sanitaire permettant à l'utilisateur d'éviter les poursuites pénales s'il accepte de se faire soigner. Dès les premières années, les services de police, de gendarmerie et les magistrats soulignent les difficultés pratiques d'application de la loi de 1970, arguant notamment que la sanction à appliquer aux différents types d'utilisateurs (occasionnels ou réguliers) n'est pas définie par la loi, laissant une marge d'interprétation contrevenant au principe d'égalité des citoyens devant la loi (Bernat de Célis 1994). Le débat sur la dépénalisation du cannabis a émergé en France dans le sillage de ces critiques à l'égard d'une loi difficilement applicable, précisée par des dizaines de circulaires de politique pénale. Il a ressurgi avec plus de vigueur encore avec la forte diffusion du produit au cours des années 1990. Certains considèrent cependant qu'il y aurait, en France, une « dépénalisation de fait », dans la mesure où la loi n'est pas appliquée à la hauteur des sanctions prévues par les textes. Qu'en est-il exactement ? Quel est le niveau d'application effectif de la loi ?

Contrairement aux idées reçues, la pénalisation de l'usage de stupéfiants n'a pas diminué en France : elle est au contraire de

●  
<sup>29</sup> Loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

plus en plus systématique, si l'on en juge par la croissance conjointe des interpellations, du taux de réponse pénale, du taux de poursuites et des condamnations pour usage en infraction principale (Obradovic 2012). En France, la part des interpellations liées aux stupéfiants visant le cannabis atteint près de 90 %, contre moins de 60 % au sein de l'Union Européenne : elles ont été multipliées par six entre 1990 et 2010, représentant aujourd'hui un contentieux de masse, avec plus de 122 000 procédures. Cette focalisation sur les usagers de cannabis s'est renforcée au cours des deux dernières décennies, à rebours de l'évolution européenne, où les sanctions réprimant la détention de drogues pour usage personnel diminuent (OEDT 2012b), alors qu'elles s'accroissent en France (+ 3,1 % vs - 7,2 %). Cependant, les sanctions pénales pour usage sont globalement moins lourdes, conformément aux directives de politique pénale depuis 1999. Elles comprennent plus souvent une dimension sanitaire, même si le rappel à la loi reste prédominant dans la réponse pénale (près de 80 %). En cas de condamnation, le recours à la prison est rare. En revanche, les peines d'amende se sont généralisées pour punir l'usage.

L'ensemble des travaux menés à partir des statistiques officielles concluent ainsi à une *repénalisation* de l'infraction d'usage simple en France dans la période récente (Jean 2009), renforcée par la loi du 5 mars 2007 qui a notamment créé une nouvelle sanction de « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants », imposée aux usagers occasionnels de cannabis, non-dépendants et socialement insérés. Les travaux de l'OFDT montrent le recours croissant aux stages par les juridictions, prescrits pour partie à des usagers quotidiens de cannabis, parfois dépendants, qui auraient davantage leur place dans des dispositifs de soins individualisés : ceux-ci constituent 20 % du public des stages (Obradovic 2013b).

## LA LOI, UN OUTIL DE PRÉVENTION ?

L'existence, ou non, d'un lien univoque entre la législation et les niveaux de consommation de cannabis est, aujourd'hui encore, largement discutée. Force est de constater que, dans les pays de l'Union Européenne, pour des sanctions encourues comparables, les niveaux de consommation de cannabis diffèrent largement. Les interactions sont donc complexes : l'interdit ne suffit pas à décourager la diffusion et la consommation, pas plus que l'assouplissement de la loi n'induit leur recul.

Ce qui est communément admis est l'impact limité de l'interdit légal sur les dynamiques de marché. Les données disponibles montrent en effet que le cannabis est aujourd'hui moins cher, plus dosé et plus accessible que jamais, en France comme dans tous les pays les plus consommateurs. Le prix de détail d'un gramme de cannabis y est l'un des plus bas d'Europe (6 euros pour la résine, 8 euros pour l'herbe). En moins de dix ans (1996-2008), la résine (la forme de cannabis la plus consommée) a perdu près d'un tiers de sa valeur et le prix du gramme d'herbe a été divisé par deux. En outre, le développement de l'autoculture, en accroissant l'offre, a amplifié ce phénomène. Désormais, la France, comme l'Europe, sont devenues des terres de production : le marché européen du cannabis s'est, en effet, transformé, avec le remplacement progressif du cannabis importé par des produits cultivés à l'intérieur des frontières de l'Europe, notamment l'herbe, dont le niveau de consommation progresse en conséquence (OEDT 2012a). En France, environ 80 000 usagers de cannabis s'approvisionneraient exclusivement par l'autoculture (2 % des usagers dans l'année). La production domestique est estimée à 32 tonnes d'herbe, soit 11,5 % des volumes consommés. En outre, l'offre de cannabis se diversifie (diffusion croissante de l'herbe, développement de différentes variétés de résine et des cannabinoïdes de synthèse)

et s'élargit à des produits à forte concentration en principe actif, qui comportent un risque accru d'addiction et de *bad trip* : le taux moyen de tétra-hydrocannabinol (THC) a doublé en dix ans, dépassant désormais 15 % (Cadet-Taïrou et al. 2013).

Le nombre de saisies et les quantités interceptées témoignent de la mobilisation des services répressifs autant que de l'état du marché. En 2012, plus de 3 tonnes d'herbe et 51 tonnes de résine ont été saisies, ce qui place la France au deuxième rang de l'Union Européenne. La loi n'empêche pas le renouvellement des vecteurs de diffusion du cannabis. La culture d'herbe, cantonnée jusqu'à une période récente à une production individuelle, sans but lucratif, destinée à l'entourage, prend de nouvelles formes (usines de cannabis appartenant à des réseaux criminels, *cannabis social clubs*, cultures *indoor* de particuliers destinées à un marché local), qui témoignent de la réactivité des filières de production et de trafic (Cadet-Taïrou et al. 2013). L'offre et la délinquance associée continuent donc de se transformer rapidement, en dépit de la loi, dont l'application engendre des coûts pour l'État. Le coût de la répression imputable au cannabis (incarcération comprise) est estimé en France à 523,5 millions d'euros par an : il est quatorze fois supérieur aux dépenses de santé (prévention et prise en charge), évaluées à 36,5 millions d'euros (Ben Lakhdar 2007).

## CONCLUSION

Parmi les jeunes générations, l'expérimentation du cannabis est devenue un « modèle dominant ». Son usage régulier atteint aujourd'hui un niveau comparable à celui de l'alcool. Face à ce phénomène, la réponse publique se décline sous plusieurs formes : information, prévention, prise en charge mais aussi répression. La lutte contre l'usage de cannabis apparaît en effet

fortement judiciairisée en France, où l'usage et la détention représentent la majorité du contentieux des stupéfiants, à rebours de la tendance européenne à l'allègement des sanctions au titre de la détention de cannabis pour usage personnel.

Dans un contexte où le principe d'interdiction des drogues, au fondement des conventions internationales, fait l'objet d'une contestation montante, plusieurs États sont allés jusqu'à expérimenter de nouveaux modes de régulation du cannabis. En 2012, dans le pays qui a déclaré quarante ans auparavant la « guerre à la drogue », le Colorado et l'État de Washington ont adopté, par référendum local, le principe d'une légalisation de la consommation de cannabis. De même, en 2013, en Uruguay, le Parlement s'est prononcé en faveur de la légalisation du cannabis, instaurant le premier marché réglementé du cannabis au monde, régi, de surcroît, par un monopole d'État. Dans ce paysage international en recomposition, la France se singularise par une approche centrée sur la réduction de la demande, au moyen de la dissuasion par l'interdit.

## BIBLIOGRAPHIE

Beck, François, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Marie-Line Tovar, Stanislas Spilka (2011). « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010 ». *Tendances* 76.

Beck, François, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Ivana Obradovic, Stanislas Spilka, Stéphane Legleye (2013). « Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans », dans Beck, François et Jean-Baptiste Richard (éd.). *Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : INPES, p. 113-140.

Ben Lakhdar, Christian (2007). « Le coût social du cannabis en France, 2003 », dans Costes, Jean-Michel (éd.). *Cannabis, données essentielles*. OFDT : Saint-Denis, p. 146-149.

- Bernat de Célis, Jacqueline (1994). *Consommation interdite. Un délit d'usage des stupéfiants, pourquoi ?* Paris : La Documentation française.
- Cadet-Taïrou, Agnès, Michel Gandilhon, avec Emmanuel Lahaie, Magali Martinez, Sayon Dambélé, Stéphane Saïd (2013). « Marchés, produits, usagers : les tendances récentes (2011-2012). » *Tendances* 86.
- Groupe SAM (Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière) (2005). *Synthèse des principaux résultats*, Saint-Denis : OFDT, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/SAMsynth.pdf>
- Hibell, Björn, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus (2012). *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN)*. Stockholm: Sweden.
- INSERM. 2001. *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris : éditions INSERM.
- Jean, Jean-Paul (2009). « La répression aggravée des usagers de stupéfiants depuis la loi du 5 mars 2007. » *Archives de politique criminelle* (31): 145-154.
- Laqueille, Xavier, Kjetil Liot (2012). Le débat sur le cannabis en France. Importance d'un discours médical. *Centre Laennec* 60(1) : 45-54.
- Mayet, Aurélie, Stéphane Legleye, Bruno Falissard, Nearkasen Chau (2012). « Cannabis use stages as predictors of subsequent initiation with other illicit drugs among French adolescents: use of a multi-state model. » *Addictive Behaviors* 37(2): 160-166.
- Meier M.H. Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H.L., Houts, R., Keefe, R.S.E., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., & Moffitt, T.E (2012). « Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. » *Proceedings of the National Academy of Sciences (Plus) USA*. 109, 2657-2664.
- Nutt, David J., Leslie A. King, Lawrence D. Phillips (2010). « Drug Harms in the UK: a Multicriteria Decision Analysis. » *The Lancet* 376(9752): 1558-1565.

- Obradovic, Ivana (2012). « La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses. » *Déviance et Société* 36(4): 441-469.
- Obradovic, Ivana (2013a). « Les consultations jeunes consommateur-trice-s. Un dispositif d'aide ouvert aux jeunes et à leur entourage. Les Cahiers dynamiques. » *Revue professionnelle de la Protection judiciaire de la jeunesse* (56): 88-94.
- Obradovic, Ivana (2013b). « Eduquer, orienter ou punir ? Les professionnels du soin face à la mise en œuvre des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants. » *Revue française des affaires sociales* (3): 7-24.
- Obradovic, Ivana et Christophe Palle (2012). « Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateur-trice-s de drogues ? L'apport d'une démarche par focus groups. » *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies* 18(2): 77-100.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2012a). *Cannabis production and markets in Europe*. Lisbonne : OEDT.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2012b). *État du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne : OEDT.
- Palle C., Rattanatrany M (2013). *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010*. OFDT.
- Roques, Bernard (1999). *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob-La Documentation française.
- Spilka, Stanislas, Olivier Le Nézet, François Beck, Virginie Ehlinger, Emmanuelle Godeau (2012a). « Alcool, tabac et cannabis durant les années collège. » *Tendances* 80.
- Spilka, Stanislas, Olivier Le Nézet, Marie-Line Tovar (2012b). « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. » *Tendances* 79.
- Spilka, Stanislas, Olivier Le Nézet (2013). « Alcool, tabac et cannabis durant les années lycée. » *Tendances* 89.
- Tovar, Marie-Line, Olivier Le Nézet, Tanja Bastianic (2013). « Perceptions et opinions des Français sur les drogues. » *Tendances* 88.



**LE JEU D'ARGENT ET LE JEU D'ARGENT  
EXCESSIF SOUS L'ANGLE DES SCIENCES  
HUMAINES ET SOCIALES : SORTIR DE LA  
GANGUE MORALISATRICE**

*Claudia Dubuis*

Sur la base d'un examen de la littérature, ce texte dégage quelques lignes de force de la recherche en sciences humaines et sociales (sociologie, anthropologie) dans le domaine du jeu d'argent et du jeu d'argent excessif. Alors que la question du jeu d'argent devient un thème d'actualité, on peut relever le relativement faible nombre de recherches empiriques solides produites sur cet objet par les sciences sociales, en particulier dans l'espace francophone.

On peut considérer que le jeu d'argent est un champ émergent pour les sciences sociales (sociologie, anthropologie), même si le sujet titille depuis longtemps les chercheurs. On constate un double phénomène d'invisibilité et de retard par rapport à d'autres champs de la recherche. Pour quelles raisons ? Pour en énumérer quelques-unes, on constate que les chercheurs ont manifesté le même mépris social pour le jeu d'argent que la société globale pour laquelle ces activités ludiques, bien que pratiquées peu ou prou dans toutes les sociétés, ont toujours subi l'interdit ou l'opprobre moral. Ensuite, les pratiques de jeu d'argent ont été cachées par d'autres questions ou d'autres problèmes sociaux : les thématiques de l'alcool ou de la drogue sont

bien mieux travaillées que celle du jeu. Il a fallu attendre la libéralisation mondialisée des pratiques de jeu (loteries, casinos, puis jeu sur internet) à partir des années 1980-1990 pour que l'on commence à s'y intéresser plus sérieusement. Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant qu'aucune recherche n'ait été produite sur ces objets auparavant. En sociologie, il existe en effet quelques classiques sur le jeu. Il m'a semblé utile d'y revenir pour clarifier ou préciser quelques points dans la mesure où l'on retrouve ces textes rituellement cités, mais ils semblent assez peu précisément lus du moins en ce qui concerne le jeu d'argent. En un sens, on peut estimer que les premiers auteurs, en écho aux conceptions sociales de leur époque, ont reproduit une conception assez moralisatrice par rapport au jeu d'argent, contribuant à garder peu ou prou cet objet hors du champ des préoccupations considérées comme légitimes par le monde académique. Cet article propose ainsi une brève présentation du traitement, par les sciences sociales, de la question du jeu d'argent et du jeu d'argent excessif.

## **LE JEU D'ARGENT SOUS L'ANGLE DES SCIENCES SOCIALES**

### **PREMIÈRES APPROCHES CLASSIQUES MORALISATRICES**

Dans le monde francophone, on retient évidemment le *Homo Ludens* de Johan Huizinga (1951 [1938]) et *Les jeux et les hommes* de Roger Caillois (1995 [1951]), deux essais qui ne traitent pas particulièrement du jeu d'argent qui reste relativement laissé pour compte dans leurs travaux. Ces auteurs ont avant tout tenté de montrer la signification sociale du jeu en général en le posant comme une pratique signifiante : ils voient dans le jeu

une véritable matrice du social. Pour Huizinga, le jeu revêt une importance cruciale puisque ce serait la civilisation tout entière qui émergerait de cette pratique sociale, alors que les analyses classiques la font émerger d'institutions telles que le droit, la guerre ou le travail.

C'est à partir de ce postulat que Caillois tente d'élaborer sa célèbre sociologie générale, fondée sur une typologie des jeux construite autour de quatre catégories fondamentales – *agon* ou compétition, *alea* ou hasard, *mimicry* ou simulacre, *illinx* ou vertige – qui lui fournissent, dans son projet d'interprétation totalisante, une typologie de l'ensemble des sociétés humaines. De ces catégories, deux sont le plus souvent discutées et commentées dans la littérature sur le jeu d'argent : l'*agon*, qui dénote la capacité qu'ont les participants à surmonter obstacles et adversaires pour atteindre le succès, et l'*alea*, qui rend au contraire le résultat très indépendant du joueur. Dans les deux cas, ils se soumettent aux règles mais, dans la configuration de l'*agon*, le rôle joué par le hasard est minimisé grâce à l'art de faire et à l'activité du joueur. Avec l'*alea*, domaine par excellence des jeux d'argent, le hasard règne en maître et le joueur, considéré comme entièrement *passif*, est soumis à l'attente du sort. L'introduction de cette distinction entre joueur actif et passif crée en réalité une distinction entre le jeu et le jeu d'argent sur lequel semble jeté une forme de discrédit puisqu'il n'autoriserait rien d'autre que de la passivité (Dubuis 2000). En somme, si le jeu gagne avec Caillois un statut d'objet à part entière dans le champ de la sociologie, le jeu d'argent semble surtout peiner à y entrer de plain-pied. Ceci dit, l'une des critiques les plus évidentes que l'on peut adresser à l'égard de cette typologie est que les quatre catégories sont avant tout construites a priori, sans base ni vérification empirique.

Entre autres ethnographies célèbres qui ont marqué la théorisation des jeux de hasard, dans l'espace anglo-saxon cette fois,

il faut relever le texte de Clifford Geertz (1983) sur les combats de coq balinais dans lequel le jeu est, rien de moins, la matrice expressive du monde social. Geertz distingue parmi les joueurs, les flambeurs et les vrais amatrices et amateurs, les « cupides irrationnels » et les « passionnés authentiques » placés aux deux extrêmes d'une échelle des typologies des joueurs et des jeux (1983 : 192). Il procède à une correspondance entre d'une part le jeu pour le prestige des combats de coq, soit les combats dits sérieux, et d'autre part le jeu pour l'argent des combats dits ordinaires. En parallèle à l'organisation des combats de coq coexistent en effet d'autres formes de jeu qualifiées avec un peu de mépris par Geertz de « stupides et de pur hasard » (roulette, dés, pile ou face) auxquelles :

N'y jouent que des femmes, des enfants, des adolescents et diverses sortes de gens qui ne participent pas, ou pas encore, aux combats de coqs, les indigents, les méprisés de la société, les gens qui ont leurs petites manies personnelles. (...) Les hommes qui font battre les coqs rougiraient de s'approcher de ces jeux là (1983 : 193).

Aussi, une forte hiérarchie sociale et « socio-morale » s'établit dans la pratique des paris : en deux mots, ce seraient les « citoyens solides », « ce qui se passe dans une rencontre est plus proche d'une affaire d'honneur (...) que du tour de manivelle donné bêtement à quelques machines à sous » (1983 : 194).

Si Geertz montre bien l'importance sociale des paris dans les combats de coq à Bali, « simulation de la matrice sociale, du réseau de groupements extrêmement solidaires, tout imbriqués et enchevauchés dans lesquels vivent ses fervents » (1983 : 194), il renvoie néanmoins, avec une légère touche de condescendance, les stricts jeux de hasard et d'argent dans le registre des pratiques de deuxième catégorie. En définitive, c'est bien la hiérarchie sociale qui se joue derrière ces combats.

## SORTIR LE JEU D'ARGENT DE LA GANGUE MORALISATRICE

L'un des premiers travaux conséquents qui porte entièrement sur le jeu d'argent est la volumineuse thèse d'Edward C. Devereux, soutenue en 1949 à l'Université d'Harvard mais non publiée jusqu'en 1980, et intitulée *Gambling and the Social Structure. A Sociological Study of Lottery and Horse Racing in Contemporary America* (Devereux 1980 [1949]). L'un des thèmes principaux traités dans cet ouvrage consiste à mettre en évidence les causes de la désapprobation sociale apparemment si massive à l'égard du jeu d'argent au moment où ses recherches sont menées (au cours des années trente et quarante) et les raisons sociales qui ont rendu les diverses tentatives d'éradication du jeu inefficaces.

Sa démarche vise à dégager des déterminants sociaux du jeu stables, ou universels. Une telle conception, que l'on peut qualifier de fixiste, entraîne Devereux à envisager les déterminants d'un point de vue quasiment naturaliste et fonctionnaliste, c'est-à-dire qu'ils sont envisagés comme une réponse à certains besoins individuels (psychologiques, émotionnels) dont il souligne l'inadéquation pour la stabilité de la structure sociale. Fort de ce postulat, Devereux aborde les pratiques du jeu d'argent et les interdits qui pèsent sur ces dernières sous l'angle d'une tension et d'une ambivalence qui s'expriment au sein même de la culture dominante nord-américaine, blanche et protestante, marquée par une éthique du travail propre à un système de valeurs spécifiques au système capitaliste.

Cette ambivalence sociale manifestée dans la pratique du jeu remplirait ainsi une fonction de maintien de l'équilibre de ce qu'il qualifie de « système éthique » (Devereux 1980 [1949] : 7), marqué par les contradictions normatives qui prévalent dans les sociétés industrielles occidentales : le jeu d'argent se situerait

ainsi en double tension avec les impératifs moraux du Christianisme (condamnation de l'argent dit facile, valorisation de la charité) et avec l'éthique du capitalisme (valorisation de l'accumulation, de l'épargne, de la discipline, du dur labeur). Dans une notice sur le jeu d'argent rédigée ultérieurement pour une encyclopédie de sciences sociales, Devereux complète cette interprétation en insistant par ailleurs sur la « fonction positive » dont serait finalement chargé le jeu d'argent, particulièrement adapté, somme toute, à la résolution des conflits psychiques engendrés par les frustrations et les contraintes du système économique capitaliste (1968 : 56). Cette conception entraîne Devereux à voir dans les pratiques du jeu d'argent une forme de déviance, néanmoins porteuse d'une fonction de résolution de tensions sociales. Autrement dit, dans cette perspective, ces pratiques constituent aussi bien des problèmes sociaux qu'une réponse à ces problèmes.

Mais il faudra attendre les travaux du sociologue Erving Goffman pour que le jeu d'argent sorte de sa gangue moralisatrice. En 1958, alors qu'il obtenait un poste à l'Université de Californie, il entreprenait l'étude d'une nouvelle institution totale, le casino, en observant, pendant ses étés, les casinos de l'État du Nevada voisin. Mais après s'être fait expulser des casinos en gagnant trop fréquemment au blackjack (il avait adopté une technique de comptage de cartes mise au point par un mathématicien), Goffman a trouvé une autre entrée sur le terrain en suivant une formation de croupier et en travaillant dans un casino connu de Las Vegas (Sallaz 2009). Bien qu'il ait peu publié sur cette question, sinon dans son célèbre ouvrage *les Rites d'interaction* (1974), Goffman en conclut que le jeu d'argent représente le prototype de l'action et que le casino constitue le dispositif matériel et social le plus organisé pour « faciliter la naissance de l'action » (1974 : 164). De ce point de vue, le double mérite de Goffman a été de sortir le jeu d'argent des

abysses moraux en le parant d'une dimension positive, celle d'activité mais, contrairement à Caillois, il estime que le jeu d'argent est entre tous les jeux le modèle par excellence de l'action et non pas une pratique résiduelle. La principale caractéristique de l'action goffmanienne est ainsi le dévoilement du caractère au moment de conditions particulières de stress ou de tension ; le caractère, à la fois immuable et mutable, représente en même temps ce qui est le plus essentiel de la personne, et ce qui peut naître et « s'effondrer aux instants fatals » (1974 : 197). Un travail de gestion des émotions ou de l'affectif est à l'œuvre dans ces activités, au travers d'une interaction avec les autres joueurs et, éventuellement, avec les croupières et croupiers. Le sociologue Jeffrey J. Sallaz qui a enquêté en tant que croupier et qu'employé sur deux terrains (Néevada et en Afrique du Sud), est l'un des rares chercheurs à reprendre la perspective du casino en tant qu'espace professionnel : il aborde le casino comme un régime de production de service, où tout le monde supervise tout le monde, dans un système de positions hiérarchiques très fixes et précises<sup>30</sup> (Sallaz 2009).

Dès les années 1980, avec l'explosion de l'industrie du jeu d'argent (loteries, casinos, jeux en ligne), bon nombre de recherches ont été entreprises sur les pratiques ordinaires de joueurs de loterie, de machines à sous, de poker, ou de joueurs dits ethniques : les Chinois notamment, perçus de manière stéréotypée comme particulièrement joueurs (Loussouarn 2015), ou encore les casinos qui se sont ouverts sur les réserves amérindiennes aux États-Unis et au Canada. En un sens, ce sont les

●  
<sup>30</sup> Un croupier (dealer) à chaque table, des surveillants (floorspersons) pour plusieurs tables, supervisés à leur tour pendant toute l'action par un supérieur (pit person). Des responsables (shift bosses) patrouillent tout le casino, et sont à leur tour supervisés par les managers puis enfin par le directeur du casino (Sallaz 2009).

« autres » qui jouent et, sans surprise, ces autres sont généralement étudiés par les anthropologues classiquement intéressés par la question de l'altérité : les pratiques de jeu renvoient à des formes de pratiques perçues comme exotiques (Goodale 1987; Rubinstein 1987; Sexton 1987; Zimmer 1986). Il faudra attendre la fin des années 1990 pour que deux ouvrages, publiés par des chercheuses anglo-saxonnes, soit un collectif d'articles et un ouvrage de synthèse, ouvrent enfin à une véritable reconnaissance de l'objet jeu d'argent dans le champ des sciences sociales : *Gambling Cultures* (McMillen 1996) et *The Age of Chance* (Reith 1999) qui fait alors une synthèse de toute la littérature qui a pu être produite sur le jeu d'argent et qui a obtenu un prix en Grande-Bretagne.

### UN THÈME RÉCENT : LIEN ENTRE GLOBALISATION, FINANCE ET JEU D'ARGENT

Dès l'émergence et la montée en puissance du capitalisme ont émergé de vifs débats liés aux valeurs de l'épargne, de l'austérité et du travail productif propres à la classe moyenne et qui ont été adoptées par la classe ouvrière, plus ou moins contrainte à le faire. Ces débats font référence à une palette complexe d'arguments qui ont été développés par les moralistes anglo-saxons dans le courant du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle, et qui présentent une certaine persistance. On s'attache très tôt à différencier les nouvelles transactions capitalistes (en bourse par exemple) des transactions propres au jeu : l'association de la spéculation aux jeux de hasard est alors très discutée (Downes et al. 1976; Fabian 1990). Les inquiétudes des débats du XIX<sup>e</sup> siècle qui montrent un monde peuplé de passions, de pertes, de dettes, de fraudes ouvrant à la corruption et à un véritable gaspillage social, se retrouvent en écho dans les écrits innombrables produits par les médias, les rapports et les contre

rapports contemporains. Les histoires qui stigmatisent les spéculateurs comme des joueurs avides, sont plus étroitement associées avec les groupes anti-jeu du début du XX<sup>e</sup> siècle qui ont été récemment réactivés (Dubuis 2010; Miers 2013).

Comme le souligne l'anthropologue Claire Loussouarn (2013), le jeu d'argent ou *gambling* est devenu aujourd'hui une métaphore démoniaque qui permet de dénoncer la manière dont les grandes institutions financières ont conduit à un effondrement économique mondial : ne parle-t-on pas de capitalisme de casino ? Les discours sur la crise économique prennent une tonalité morale et exhortent à éviter la reproduction de pratiques à risque. Un débat social porte ainsi sur la ligne de démarcation entre les bonnes et les mauvaises pratiques spéculatives : on demande aux échanges boursiers d'adopter des pratiques moins risquées, séparées des activités bancaires ; on cherche de nouvelles mesures de régulation pour purifier les services financiers des pratiques de pari. Mais en réalité, pour le dire vite, la frontière établie entre le jeu d'argent et d'autres formes d'investissement requiert un travail constant de la part des professionnels de ces secteurs dans la mesure où elle est essentielle pour légitimer le travail du risque entrepris par les services financiers (Loussouarn 2013 : 237).

Quelques rares travaux, d'une veine plus essayiste, tentent enfin de mettre en relation l'organisation sociale et économique des sociétés contemporaines à la notion d'addiction au jeu. Cette dernière se trouverait formulée dans un contexte qui combine une idéologie de l'éthique de la consommation (y compris celle des jeux ou des loisirs) et une assignation de plus en plus forte d'une compétence d'autocontrôle aux consommateurs et, partant, aux joueurs. Les tensions qui découlent de ces deux injonctions créeraient les conditions d'émergence du joueur pathologique, vu comme une figure historique unique (Reith 2007a ; Reith 2007b).

## LE JEU D'ARGENT EXCESSIF ET LES SCIENCES SOCIALES

Depuis une quinzaine d'années, le jeu d'argent excessif a gagné en légitimité dans le champ de la recherche, en particulier dans les pays anglophones ou scandinaves ; c'est principalement par le biais de cette thématique que les travaux autour du jeu d'argent, un peu délaissés, ont été relancés. C'est en 1957 que les Gamblers Anonymous ou Joueurs Anonymes ont été créés en Californie et que *The Psychology of Gambling* (Bergler 1957) a été publié, considéré par de nombreux chercheurs comme l'ouvrage qui a infléchi la représentation du jeu d'argent comme pratique de dilapidation amoral vers un cadrage pathologique. Même si de nombreux autres modèles médicaux ou grilles d'évaluation existent avant ou en parallèle, on peut symboliquement retenir la publication du DSM-III<sup>31</sup> en 1980, du DSM-IV en 1994 et du DSM-5 en 2013 comme trois des jalons qui inscrivent pleinement la question de l'addiction au jeu d'argent dans les problématiques psychiatriques. Sans surprise, ce domaine a été fortement mobilisé par le champ médical : spécialistes des dépendances ou des addictions, psychologues, psychiatres, médecins, épidémiologistes, spécialistes en neurosciences, mais également criminologues, spécialistes des politiques publiques et de la prévention. Les approches sont très largement quantitatives, même si, par ailleurs, les données épidémiologiques semblent souvent manquer, en particulier quand il s'agit de données plus affinées sur des populations considérées à risque (jeunes, personnes âgées, etc.).

Les sciences sociales, et en particulier celles qui s'appuient sur les démarches qualitatives, ne se sont guère engagées dans



<sup>31</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

ce champ d'études quand bien même elles occupent une part relativement importante dans la production du savoir dans d'autres domaines relatifs aux addictions. Cet état de fait s'explique dans la mesure où les sciences sociales s'en tiennent souvent à une division que l'on pourrait qualifier de classique du travail scientifique : pour le dire vite, aux médecins la maladie, aux sociologues les pratiques qualifiées de non pathologiques ou ordinaires. Dans ce *grand partage*, la sociologie et l'anthropologie se sont surtout employées à mettre en évidence l'universalisme des pratiques de jeu en général, en même temps que leur variété et leur signification sociale. En revanche, elles ont bien du mal à construire leur propre approche par rapport au phénomène de l'addiction. Néanmoins, quelques thèmes semblent aujourd'hui se dégager.

### **LES PARCOURS OU LES TRAJECTOIRES DE JOUEURS**

Plusieurs recherches récentes en sciences sociales ont mis en évidence que le comportement des personnes s'adonnant au jeu évoluait au cours du temps, qu'il était bien plus variable qu'on ne le pensait. Il vaudrait mieux considérer le jeu problématique comme un phénomène plutôt instable et multidimensionnel, plutôt que progressif et persistant. Cette idée d'analyse par trajectoire renvoie à d'autres recherches qualitatives classiques comme celle d'Howard Becker (1985 (1963)) sur les fumeurs de marijuana ou encore de Muriel Darmon sur les carrières de jeunes femmes anorexiques (2003). On comprend encore très mal les raisons de cette variabilité et ces recherches parviennent à mettre en évidence la fluidité des comportements mais n'arrivent pas à analyser les motivations à l'œuvre derrière les différentes étapes de la modification des comportements problématiques.

Parmi d'autres, les recherches récentes de Gerda Reith et Fiona Dobbie (2011; 2012; 2013) essaient de fournir une compréhension qualitative et plus fine des changements de comportements de joueurs sur une période donnée. Elles tentent de dépasser les explications individuelles et d'articuler les processus sociaux à l'œuvre derrière tout changement de comportement. Elles visent à situer le jeu problématique à la fois socialement (dans le tissu plus large de la vie des gens) et à la fois dans la carrière individuelle, plus temporaire, d'un joueur à problème. Elles ont mis en évidence que des origines sociales et des statuts socio-économiques relativement bas, des formes de socialisation familiale aux pratiques de jeu d'argent, des facteurs culturels ou environnementaux, sont des facteurs importants qui incitent certains individus à jouer (Reith et Dobbie 2011). Dans une recherche plus récente encore (2012), elles analysent ce qui se passe pour des individus une fois qu'ils se sont mis à jouer et comment leur attitude peut varier tout au long de leur carrière, ou trajectoire, de joueurs. En croisant les résultats de 50 entretiens approfondis et un questionnaire passés auprès de joueurs qui ne suivaient pas de traitement, elles constatent que la majorité d'entre eux a évolué entre des périodes de jeu à problème et d'autres périodes de jeu plus modéré. L'un des résultats particulièrement frappant tient au petit nombre d'individus qui jouent avec consistance de manière problématique. La majorité des enquêtés, qui montraient dès le départ des signes de pratiques de jeu problématiques, ont adopté pour leur part des comportements non linéaires, soit un flux de progressions et de régressions par rapport au jeu problématique.

## **LA PAROLE DES JOUEURS ET DES PROCHES**

En dehors du corps médical, l'association des Gamblers Anonymous a joué, depuis sa création en 1957 en Californie, un rôle

central dans la reconnaissance, du moins dans les pays anglo-saxons, du jeu pathologique comme trouble mental (Castellani 2000). Leur programme s'inspire directement de celui des Alcooliques Anonymes, à un problème près. En effet, comme le jeu d'argent est resté illégal jusque dans les années soixante-dix et que l'on connaissait mal les problèmes qui y étaient associés, les Joueurs Anonymes ont eu du mal à trouver une véritable reconnaissance sociale. Cependant, tout comme dans d'autres domaines de l'addiction ou de la médecine, les organismes de prévention et de prise en charge des joueurs à problème essaient de solliciter ou de mettre sur pied des groupes de pairs (Joueurs Anonymes ou autres) ou de proches, actifs dans la délimitation des questions et des traitements qui leur seraient spécifiques. En ce sens, des ethnographies de groupes de personnes s'adonnant au jeu, sur le modèle de l'ethnographie des anciens alcooliques proposé par Sylvie Fainzang dans son *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort* (1996), s'avèrent parfaitement complémentaires aux pratiques et aux observations des thérapeutes ou des cliniciens.

## **GENÈSE ET CONDITIONS DE PRODUCTION DE LA CATÉGORIE D'ADDICTION AU JEU D'ARGENT**

Dans l'espace ouvert par les différentes modalités de financement, dans les équipes dans lesquelles ils sont insérés et leurs options de recherche, les chercheurs travaillent soit en collaboration plus ou moins étroite avec les milieux médicaux et articulent leurs problématiques aux préoccupations de ces derniers, soit travaillent plus en surplomb, sur les professionnels du champ médical ou sur la montée en puissance de la catégorie d'addiction. Dans les recherches produites, on constate une forte focale sur les joueurs, mais il n'existe guère de recherches

empiriques solides sur la genèse et sur les conditions de production de la catégorie d'addiction même si, assez rituellement, plusieurs ouvrages présentent quelques éléments en guise d'introduction. On peut retenir deux ouvrages de plus grande envergure publiés à plus de dix ans d'écart qui jouent un rôle de pionnier : *Pathological Gambling. The Making of a Medical Problem* (Castellani 2000) et *A History of Problem Gambling : Temperance, Substance Abuse, Medicine, and Metaphors* (Ferentzy et Turner 2013). En analysant, par exemple, les confrontations qui ont pu se dérouler entre des acteurs sociaux (médecins, responsables de santé publique, malades, juristes, responsables d'associations, etc.) promoteurs de différents modèles diagnostiques ou thérapeutiques, ces recherches mettent à jour des enjeux scientifiques, médicaux, sociaux, économiques et politiques qui se déroulent le plus souvent en dehors de tout débat public.

Parce qu'elles ont encore du mal à se situer par rapport à la pratique médicale et à trouver leurs propres problématiques, les sciences sociales, et en particulier les recherches qualitatives, peinent à développer des recherches sérieuses autour du jeu problématique ou de la catégorie médicale de l'addiction au jeu. Elles parviennent encore moins à développer des recherches en dehors de ce cadrage. Bien qu'elles soient parvenues à se débarasser, peu ou prou, de la gangue moralisatrice qui marquait encore les premiers textes, la tentation essayiste demeure néanmoins relativement forte (le jeu d'argent titille les sociologues amateurs), renforcée par une tendance à la surinterprétation autour des thèmes récents de la *société addictive* ou de la *société du risque*. Les recherches empiriques d'envergure et solides font malheureusement encore trop défaut, en raison notamment des modes de financement actuels, qui s'appuient sur le modèle de contrats courts et de plus en plus restreints. Dans un espace de la recherche très compétitif, le jeu d'argent continuera proba-

blement à faire figure de petit objet au regard d'autres problématiques. Mais étudier sérieusement cet objet peut contribuer à éclairer de manière originale des champs qui structurent fortement les sociétés contemporaines tels que l'économie ou la médecine.

## BIBLIOGRAPHIE

- Becker, Howard (1985 [1963]). *Outsiders*. Paris: Métailié.
- Bergler, Edmund (1957) *The Psychology of Gambling*. New York: Hill & Wang.
- Caillou, Roger (1995 [1951]). *Les jeux et les hommes. Le masque et le vertige*. Paris: Gallimard/Tel.
- Castellani, Brian (2000). *Pathological Gambling: The Making of a Medical Problem*. Albany: State University of New York Press.
- Darmon, Muriel (2003). *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris: La Découverte.
- Devereux, Edward C. (1968). « Gambling. » *International Encyclopedia of the Social Sciences* 6 : 53-61.
- Devereux, Edward C. (1980 [1949]). *Gambling and the Social Structure. A Sociological Study of Lottery and Horse Racing in Contemporary America*. New York: Arno Press Inc.
- Downes, David M., B. P. Davies, M. E. David, and P. Stone (1976). *Gambling, Work and Leisure: A Study Across these Areas*. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Dubuis, Claudia (2000). « Les jeux d'argent, un simulacre ? La construction savante d'une représentation ordinaire et ses effets. » *Tsantsa. Revue de la société suisse d'ethnologie* 5 : 51-59.
- Dubuis, Claudia (2010). « Un mouvement contre le jeu d'argent. La production d'un loisir controversé en problème public (Vancouver 1994-2004). » Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Anthropologie ; thèse de doctorat: Université de Neuchâtel.

- Fabian, Ann (1990). *Card Sharps, Dream Books, and Bucket Shops. Gambling in 19th-century America*. Ithaca, London: Cornell University Press.
- Fainzang, Sylvie (1996). *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris: PUF.
- Ferentzy, Peter, and Nigel E. Turner. 2013. *A History of Problem Gambling: Temperance, Substance Abuse, Medicine, and Metaphors*. New York: Springer.
- Geertz, Clifford (1983). *Bali. L'interprétation d'une culture*. Paris: Gallimard.
- Goffman, Erving (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.
- Goodale, Jane (1987). « Gambling is hard work: card playing in Tiwi society. » *Oceania* 58(1) : 6-21.
- Huizinga, Johan (1951 [1938]). *Homo ludens. Essai sur la fonction sociale du jeu*. Paris: Gallimard, Tel.
- Loussouarn, Claire (2013). « Spread betting and the City of London. » dans Cassidy, Rebecca, Andrea Pisac, et Claire Loussouarn (éd.). *Qualitative Research in Gambling : Exploring the Production and Consumption of Risk*. London: Routledge, p. 233-49.
- Loussouarn, Claire (2015). *Beating the Odds: Casino Gambling in London Chinatown*.
- McMillen, Jan (éd.) (1996). *Gambling Cultures. Studies in History and Interpretation*. London, New York: Routledge.
- Miers, David (2013). « Gambling histories. Writing the past in the present » dans Cassidy, Rebecca, Andrea Pisac, et Claire Loussouarn (éd.). *Qualitative Research in Gambling : Exploring the Production and Consumption of Risk*. London: Routledge, p. 43-56.
- Reith, Gerda (1999). *The Age of Chance. Gambling in Western Culture*. London, New York: Routledge.
- Reith, Gerda (2007a). « Gambling and the contradictions of consumption. A genealogy of the “pathological” subject. » *American Behavioral Scientist* 51 : 33-55.
- Reith, Gerda (2007b). « Situating Gambling Studies. » dans Smith, Garry, David Hodgins, et Robert Williams (éd.). *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*. New York: Academic Press, p. 3-29.

Reith, Gerda, and Fiona Dobbie (2011). « Beginning gambling: the role of social networks and environment. » *Addiction Research and Theory* 19(6):483-93.

Reith, Gerda, and Fiona Dobbie (2012). « Gambling careers: a longitudinal, qualitative study of gambling behaviour. » *Addiction Research and Theory* Available at <http://informahealthcare.com/toc/art/0/0>.

Reith, Gerda, and Fiona Dobbie (2013). « The socio-temporal dynamics of gambling. Narratives of change over time. » dans Cassidy, Rebecca, Andrea Pisac, et Claire Loussouarn (éd.). *Qualitative Research in Gambling : Exploring the Production and Consumption of Risk*. London: Routledge : 28.

Rubinstein, Robert L. (1987). « The changing context of card playing on Malo, Vanuatu. » *Oceania* 58 : 47-59.

Sallaz, Jeffrey J. (2009). *Labor of Luck. Casino Capitalism in the United States and South Africa*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Sexton, Lorraine (1987). « The social construction of card playing among the Daulo. » *Oceania* 58 : 38-46.

Zimmer, Laura (1986). « Card playing among the gende. A system for keeping money and social relationships alive. » *Oceania* 56 : 245-63.



**QUAND LE TABAC S’AFFICHE AU PARLEMENT.  
DÉBATS SUR LES LIMITATIONS EN MATIÈRE  
DE PUBLICITÉ DE LA CIGARETTE DANS LES  
CANTONS ROMANDS**

*Céline Mavrot, Fritz Sager,  
Andreas Baltasar & Nora Wight*

Cette contribution porte sur les politiques d’interdiction de la publicité pour les cigarettes, l’un des axes-clé de la prévention structurelle du tabagisme. Nous nous intéressons à la rapide et récente dissémination de ces politiques dans les cantons suisses, qui contraste avec l’immobilisme fédéral. Nous attirons alors l’attention sur le rôle moteur du niveau d’action cantonal, au sein d’un domaine de santé publique qui avait pourtant connu, cette dernière décennie, ses plus formidables avancées dans le sillage de mouvements d’essence supranationaux. L’analyse des débats parlementaires romands nous permet finalement d’élaborer une typologie des argumentaires en présence, et de mettre en évidence les axes les plus à mêmes de provoquer une scission gauche/droite.

## **LA PUBLICITÉ POUR LES PRODUITS DU TABAC : UNE MESURE DE PRÉVENTION STRUCTURELLE**

En l'état actuel des politiques de prévention du tabagisme, l'évolution des politiques en matière de publicité des produits du tabac ne manque pas d'interpeller. En effet, alors que d'autres volets de la prévention ont pu récemment connaître de spectaculaires avancées – l'on pense ici bien entendu à la prompte dissémination de la norme non-fumeur dans l'espace public, mais aussi aux continues hausses de la taxation du tabac –, l'interdiction de la publicité pour les cigarettes reste loin de susciter le même consensus. Elle constitue pourtant, aux côtés de la taxation, de l'interdiction de fumer dans les espaces publics ainsi que de la vente aux mineurs, l'un des principaux volets des politiques dites de réglementation du marché. Ces mesures agissent au niveau de la loi, sur les conditions-cadres de la société, contrairement à la prévention comportementale d'avantage centrée sur les individus. Elles aspirent ainsi à une force de frappe globale, de par le niveau macro auquel elles interviennent.

Il est intéressant de constater qu'en dépit des impressionnantes avancées des autres axes de la prévention structurelle, le volet publicitaire peine considérablement à se faire une place. Ce constat vaut particulièrement pour la Suisse, sur laquelle est centré notre questionnement. Il apparaît d'autant plus étonnant que les politiques en matière de publicité ne bénéficient pas du vent de réforme ayant récemment soufflé sur la prévention qu'elles renferment, certaines caractéristiques qui pourraient pourtant faire d'elles des solutions plus largement plébiscitées qu'elles ne le sont réellement. En effet, les débats qui l'entourent montrent que cette mesure touche au cœur d'un aspect émotionnellement chargé, celui du recrutement de nouveaux

clients par l'industrie du tabac, via des publicités faisant largement appel à l'imaginaire des jeunes. On pourrait également soutenir que de telles restrictions viennent moins ébranler les habitudes établies d'une partie de la population que d'autres mesures structurelles, telles que les taxes ou les interdictions de fumer. Aussi les difficultés des partisans de ce volet préventif à le raccrocher aux tendances en marche font du sort de cet objet un mystère à sonder.

### **INTÉRÊT PRATIQUE ET THÉORIQUE DE LA COMPARAISON INTERCANTONALE**

L'analyse des obstacles à la mise en place de mesures de prévention est d'une part une question primordiale pour la pratique. Le fédéralisme suisse, caractérisé par la dévolution de compétences réglementaires aux entités cantonales, fournit une prodigieuse opportunité de comparer différents cas, des cantons les plus progressistes aux échecs les plus patents. Le niveau cantonal fournit ainsi un poste d'observation privilégié pour repérer les récurrences dans les débats, de même que les configurations favorables ou hostiles à la prévention. Nous nous concentrons ici sur les débats parlementaires, bien que les secteurs professionnels et associatifs jouent évidemment un rôle fondamental dans le processus. Le choix de cette focale nous permettra toutefois de mettre en lumière un moment-clé de la mise en forme politique : celui de la transformation de la réalité épidémiologique en problème de santé publique, par la médiation d'un champ politique partiellement autonome (Gaxie 1990), dont la visibilité confère aux débats une dynamique propre (François et Neveu 1999). Cela sera l'occasion de constater que les cantons furent les véritables fers de lance de la bataille en faveur des restrictions publicitaires, dans un domaine où la

Confédération se montra singulièrement effacée. Cette perspective permettra alors d'élaborer une typologie des argumentaires en présence, afin d'obtenir un point de vue global sur le débat politique.

D'autre part, le caractère laborieux de l'adoption de ces réglementations en Suisse interpelle à plus d'un titre d'un point de vue politologique. Il s'agira premièrement de réfléchir au rôle moteur des entités infranationales, dans un domaine où l'on aurait plutôt tendance à considérer les plus spectaculaires avancées sous leur angle supranational. L'étude des activités locales permettra ainsi d'analyser le jeu entre les niveaux d'action politique (Briquet et Sawicki 1989), dans un contexte où les cantons pionniers allèrent jusqu'à constituer l'immobilisme de la Confédération en ressource pour l'action. Deuxièmement, l'étude des débats en assemblée permettra de se pencher sur les phénomènes de construction et de (non)politisation d'un problème public. Nous aurons alors l'occasion d'observer la plasticité des objets ayant trait à la prévention, qui peuvent s'avérer consensuels comme provoquer d'âpres clivages. Ces configurations différencielles revêtent alors un intérêt certain pour l'analyse du traitement politique des objets de santé publique, et des conditions auxquelles ils sont rabattus ou non sur des enjeux partisans. Troisièmement, d'un point de vue plus général, ces débats lèvent une partie du voile sur la transition en cours de la conception de la consommation comme comportement individuel à un problème global de santé publique, participant par là à la « reconsidération permanente des modèles du bien-être » (Cattacin et Lucas 1999 : 379).

Autant d'aspects qui rendent passionnante la question de la réglementation de la publicité des cigarettes en Suisse, point de friction sur lequel peuvent parfois violemment s'affronter rien de moins que des conceptions opposées de l'agir humain et du rôle de l'État dans la société. Nous allons brièvement définir la

notion de publicité en matière de tabac, puis mentionner l'état des réglementations mondiales, européennes et suisses ; nous nous pencherons ensuite sur la mise à l'agenda de cette thématique en Suisse, pour laisser la place à une étude de cas qualitative des débats ayant agité les parlements cantonaux romands ; une typologie des argumentaires sera ensuite dégagée, avant de conclure sur les aspects les plus propices à l'activation ou la neutralisation d'un clivage partisan sur la question.

## **UNE RÉALITÉ FUYANTE : DÉFINITION DE LA PUBLICITÉ DES PRODUITS DU TABAC**

La publicité des produits du tabac recouvre une réalité complexe. Des simples affiches qu'arborent les rues de bien des cités helvétiques aux nouveaux procédés promotionnels d'une sophistication sans égale, l'industrie du tabac a su faire preuve de capacités d'adaptation remarquables pour épouser les nouvelles réalités au sein desquelles son activité se déploie. Car si la publicité en général connaît naturellement les mutations propres à toute activité ancrée dans les secteurs commerciaux et technologiques, des contraintes particulières pèsent sur l'industrie du tabac. Celles-ci l'ont menée à redoubler d'efforts pour entretenir la désirabilité d'un produit dont l'image a récemment subi des atteintes sans précédent. Aussi la diffusion du message s'est-elle parfois muée en de subtiles stratégies protéiformes, dans un interminable chassé-croisé entre les interdictions émises et leurs contournements. L'on compte ainsi parmi les nouvelles techniques commerciales des procédés tels que l'extension de marque, la publicité déguisée, le marketing participatif ou encore expérientiel (Canevascini et al. 2014). La propulsion de la publicité à renouveler les formes de son intervention dans l'espace public apparaît avec acuité. Cependant, la temporalité commerciale ne recouvrant pas celle du processus

politique, les cantons s'attaquent uniquement à ses aspects les plus élémentaires, principalement l'affichage.

## **ÉTAT DE LA LÉGISLATION SUR LA PUBLICITÉ DU TABAC**

### **VERS UNE UNIFORMISATION EUROPÉENNE ET MONDIALE**

En Europe, malgré les particularismes nationaux et la quasi-inexistence d'instruments contraignants en matière de santé communautaire, une législation interdisant partiellement la publicité a pu être mise en place en 2003, grâce au détournement d'une base juridique initialement destinée à un autre usage (le bon fonctionnement du marché interne ; Guigner 2009 : 44). Au niveau mondial, une initiative d'envergure a vu le jour en 2003, avec l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), ratifiée par 170 États. L'un de ses articles vise à une interdiction complète de la publicité. Bien que signataire de la convention, la Suisse, dont les dispositions sont notoirement lacunaires en la matière, ne l'a pas ratifiée. Cela fait d'elle un pays particulièrement intéressant à étudier.

### **LE CAS HELVÉTIQUE**

Force est de constater que la Confédération a légiféré a minima, sur quelques aspects spécifiques uniquement (interdiction à la radio et la télévision, de la publicité adressée aux mineurs, de la publicité trompeuse). Toute réglementation supplémentaire est laissée à la libre appréciation des cantons. Les mesures privilégiées par les cantons pour compléter les dispositions nationales

concernent l'affichage (15 cantons). Quatre cantons ont également édicté des restrictions concernant le cinéma, et deux concernant le sponsoring (Tableau 1). Cela fait d'eux les principaux moteurs du changement en la matière, les mécanismes à l'œuvre dans la montée en force de ce niveau politico-territorial méritant ainsi la plus grande attention.

**Tableau 1: Dispositions cantonales sur la publicité des produits du tabac en Suisse**

Restrictions de publicité dans les cantons Etat au 01.08.2014							
Cant.	Disposition	Entrée en vigueur	Affichage dans les lieux publics (interdiction)	Affichages visibles des lieux publics (interdiction)	Cinémas (interdiction)	Sponsoring (restrictions)	Remarque
AG							
AI							
AR	✓	01.01.2008	✓	✓			
BE	✓	01.01.2007	✓	✓			
BL	✓	01.01.2007	✓	✓			
BS	✓	01.01.2005	✓	✓			
FR							
GE	✓	20.10.2000	✓	✓	✓		
GL							
GR	✓	01.07.2006	✓	✓			
JU							
LU							
NE							Réglementation en cours d'élaboration (affichages)
NW							
OW							
SG	✓	01.10.2006	✓	✓	✓		
SH							
SO	✓	01.01.2007	✓	✓	✓	✓	
SZ							
TG	✓	01.01.2007	✓	✓			
TI	✓	01.05.2009	✓	✓			
UR	✓	01.09.2009	✓	✓			
VD	✓	01.07.2007	✓	✓			
VS	✓	01.07.2009	✓	✓	✓	✓	
ZG	✓	01.03.2010	✓	✓			
ZH	✓	01.07.2008	✓				

Source : OFSP 2014, 6

## **À REBOURS DES TENDANCES INTERNATIONALES : LE RÔLE-CLÉ DES CANTONS DANS LA MISE À L'AGENDA**

### **LA DISSÉMINATION RAPIDE DES LÉGISLATIONS CANTONALES RESTREIGNANT LA PUBLICITÉ DU TABAC**

L'explosion récente de réglementations cantonales concernant la publicité des produits du tabac entre 2000 et 2010 attire donc l'attention sur le rôle que peuvent endosser les cantons sur des dossiers politiques bloqués au niveau national<sup>32</sup>. Le succès avec lesquels les législations ont essaimé dans quinze cantons dans un laps de temps aussi restreint interpelle sur quelques caractéristiques du système fédéraliste suisse. L'autonomie cantonale dans bien des domaines permet des innovations législatives locales, ultérieurement susceptibles de faire des émules. La littérature parle alors volontiers des cantons comme laboratoires d'expérimentation, l'autonomie cantonale constituant ici le cœur du fédéralisme d'exécution (Linder 1987). Cet aspect du fonctionnement fédéral permet l'épanouissement de dynamiques locales fortes, ainsi que la mise sous pression du niveau fédéral par les entités fédérées. Ce fût pleinement le cas pour l'objet qui nous occupe ici, que les débats cantonaux ont eu pour effet de faire advenir sur la scène nationale.



<sup>32</sup> La Confédération suit désormais l'exemple, puisque la Loi fédérale sur les produits du tabac actuellement en consultation propose dans son art. 13 certaines restrictions publicitaires (affichage, presse écrite, cinéma).

L'initiative revient au canton de Genève en 2000, rapidement suivi par les autres qui, exemple genevois à l'appui, revendiquèrent le bien-fondé et la faisabilité d'une telle régulation. La question de la faisabilité est fondamentale, puisque les précurseurs genevois durent compter avec un recours porté par l'industrie du tabac devant le Tribunal Fédéral (TF). Les opposants arguèrent de l'incompatibilité de la loi cantonale avec les libertés fondamentales, ainsi que de la non-habilitation des cantons à émettre de telles législations. Le TF trancha toutefois en faveur du canton (OFSP 2014 : 4). C'est donc pour ainsi dire au canton de Genève qu'incomba le fardeau de la preuve, les autres cantons ayant pu ensuite s'engouffrer dans la brèche.

L'on constate ainsi le rôle-clé des cantons, dans un domaine où la Confédération est restée sourde aux exhortations internationales. Il est à ce titre remarquable que la dynamique helvétique ait joué à rebours des exemples récents, internationaux comme européens, pour lesquels la dynamique est allée du haut vers le bas, les entités supérieures établissant, de manière contraignante (directive pour l'Union Européenne) ou incitative (convention pour la CCLAT), des règles à l'attention des autorités nationales. Ainsi, alors que certains acteurs recourent aux instruments coercitifs supranationaux pour contourner les blocages des États-nations, ce sont en Suisse les acteurs cantonaux qui usent de leur force d'impulsion locale pour forcer le débat au niveau fédéral.

## **L'ÉTUDE DES CONFIGURATIONS LOCALES**

Nous allons nous pencher sur les configurations cantonales ayant abrité les débats parlementaires. Ceux-ci se colorent inmanquablement de la tonalité locale, infusée par les réseaux d'acteurs en place, l'historicité propres des débats en cours dans

le canton, de même que le faisceau des enjeux et des alliances existants (Favre 1992 ; Lagroye 2003). De plus, avec le passage à la sphère parlementaire, les débats se publicisent et s'incarnent à travers des élus dont l'appartenance politique fonctionne comme un marqueur dans le débat (Collovald et Gaiiti 1990). Ainsi les prises de position des partis politiques lors des débats sur l'introduction de mesures préventives ne constituent pas des déjà-là préexistants aux débats parlementaires (Mavrot 2012). L'étude des coalitions localisées d'acteurs engagés dans la bataille permet alors de mettre en lumière les modalités du traitement de la thématique (Kübler 2000).

## **LA CIGARETTE À L'ASSEMBLÉE : LA MISE EN SCÈNE POLITIQUE DE LA SANTÉ**

### **UNE THÉMATIQUE AUX VISAGES MULTIPLES**

Les débats ayant eu lieu dans les parlements romands sur la publicité du tabac sont au cœur de cette section, basée sur une analyse exhaustive des bulletins parlementaires cantonaux<sup>33</sup>. Ceci nous permettra d'ordonner les catégories d'arguments en présence, qui s'insèrent dans plusieurs ordres de préoccupations. Il s'agira de comprendre ce qui se joue dans la mise en scène parlementaire du débat. Nous verrons que les thèmes auxquels la publicité sera rattachée dans les chambres trahissent les préoccupations propres aux dépositaires des mandats électifs, et s'inscrivent dans des échelles qui débordent la simple lutte contre le tabac : protection de la population, stabilité des



<sup>33</sup> Nous laissons ici de côté le Jura, qui n'a pas connu de débat sur la question de la publicité, ainsi que le Valais, en raison des contraintes éditoriales ; il en va de même de l'étude du contexte extra-parlementaire.

recettes publiques ou encore liberté du commerce, les occasions de reformuler la question à la lumière d'enjeux sur lesquels les partis font par ailleurs historiquement preuve d'un positionnement marqué ne manquent pas. De même la question sera-t-elle inmanquablement discutée à l'aune de certains des grands axes particulièrement clivants du jeu politique, telles que les oppositions entre égalité et liberté, protection et responsabilité. L'examen des reformulations successives de la question nous permettra de comprendre la multiplicité de ses facettes, en fonction des directions vers lesquelles elle se trouve tirillée. Nous verrons aussi comment plusieurs parlements parvinrent à éviter les écueils de la scission gauche/droite, et à trouver des points de ralliement transpartisans par la mise en évidence de certaines particularités de l'objet (protection de la jeunesse, baisse des coûts de la santé).

## DÉBATS CANTONAUX ET ENJEUX LOCAUX

### Neuchâtel :

#### **quand alcool et tabac ne font pas bon ménage**

À Fribourg et Neuchâtel, l'alcool s'invita dans les débats relatifs aux restrictions publicitaires, non sans avoir causé un certain tort à la question du tabac. À Neuchâtel, une motion réclamant l'interdiction de la publicité pour l'alcool et la cigarette est acceptée par le Parlement en 2003. Le Conseil d'État n'y a toutefois actuellement toujours pas donné suite. Il est intéressant de relever la place prise par l'alcool dans les débats. Suite au dépôt de la motion par la gauche, le groupe radical proposa un amendement visant à remplacer le projet d'interdiction de publicité pour tout alcool à une interdiction de publicité pour les seuls

alcools forts et alcopops. Il s'en fallut alors de peu que la question viticole ne fasse capoter la motion, bon nombre de députés mettant en avant le fait qu'il serait « injuste de ne plus pouvoir vanter les vertus de nos produits du terroir » (BGC<sup>34</sup> Neuchâtel 2003 : 3436). Durant les débats, l'amendement sera tour à tour transformé en une interdiction de la publicité visant tous les alcools à l'exception des vins neuchâtelois, puis, par crainte de s'attirer l'ire du voisin vaudois, en une exception au bénéfice de l'entier des produits viti- et vinicoles.

La thématique de la place de l'alcool dans la vie locale viendra brouiller les enjeux de la discussion. Traditionnelle Fête de mai, dégustations, festivités autour des vins du pays, les élus des deux bords se sentent tenus de manifester leur attachement aux us locaux. La récurrence de la question de l'alcool contribue à cadrer la thématique comme étant politiquement risquée, et la réglementation excessive. Toutefois, malgré les retentissantes déclarations de soutien aux producteurs viticoles, les débats se clivent rapidement sur la ligne de partage gauche/droite. Enfin, la question de l'industrie du tabac fit également partie du paysage : « ses directeurs (...) n'ont pas tous une attache forte avec notre canton. S'il est question, dans les organes dirigeants de cette fabrique, de délocaliser, nous aurons donné la chique-naude et nous serons appelé à gérer la plus grande catastrophe économique de l'histoire du pays de Neuchâtel » (BGC Neuchâtel 2003 : 3452). La motion sera finalement acceptée à une très courte majorité.

●  
<sup>34</sup> Bulletin du Grand Conseil.

## **Fribourg : l'invraisemblable amendement**

Les débats dans le canton de Fribourg ont résulté dans un incroyable imbroglio de discussions sur les périmètres d'interdiction de la publicité. En 1999, le Conseil d'État soumet au Parlement un article visant à interdire la publicité pour l'alcool et le tabac dans le domaine appartenant à l'État. Deux députés de droite déposent alors un amendement frisant l'absurde, qui vise à réduire cette interdiction aux seuls bâtiments relevant du scolaire et de la santé. Malgré l'étrangeté de la proposition, le débat a lieu. Là encore, il est en partie question des attaques portées à l'encontre de l'alcool, à coup d'exemples insistant sur les traditions viticoles locales : « je rappellerai la sympathique dégustation des produits du terroir organisée récemment dans ce bâtiment et que nous avons tous apprécié. Imaginez pourtant qu'avec la version qui nous est proposée aujourd'hui (...), les organisateurs seraient punissables pour avoir fait de la publicité au vin du Vully dans un bâtiment de l'État ! Pour ma part, je n'ai vu aucun député refuser de lever son verre » (BGC Fribourg 1999 : 1132). L'objet est présenté sous son jour le plus anodin, éloignant le cadrage en termes de santé publique. Certains élus dénoncent également l'incohérence qu'il y aurait à attaquer aujourd'hui les producteurs d'alcool, que l'ensemble de la classe politique avait pourtant soutenu lors des difficultés rencontrées par la brasserie Cardinal.

L'alcool cristallise donc ici également bien des inquiétudes et dispose d'une force d'évocation certaine, à tel point que l'on parle, dans un autre débat sur la consommation des jeunes, de « la bière et son pape fribourgeois (Cardinal), ainsi que le vin cité par Louis Pasteur il y a 150 ans je vous le rappelle comme 'la plus saine des boissons'. Une fête des vendanges, une présentation du vin nouveau, voire une fête de la bière font partie

de notre patrimoine cantonal, des produits du terroir, comme cela a déjà été dit. Elles doivent être défendues, car elles mettent en exergue et vantent des produits obtenus par fermentation naturelle » (BGC Fribourg 2003 : 588). Le Conseil d'État abandonnera finalement sa proposition d'interdiction globale et se ralliera à l'amendement de la droite, « pour des motifs non pas sanitaires, mais économiques » (BGC Fribourg 1999 : 1135). De même, alors même que les publicités pour l'alcool et le tabac étaient à l'évidence déjà inexistantes dans les bâtiments scolaires et hospitaliers, le parlement, bien que passablement clivé, suivra.

### **Vaud : un parlement fortement clivé sur la question de la drogue**

Dans le canton de Vaud, une motion demandant l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et des spiritueux est déposée par un élu Vert en 2002, et acceptée par le Parlement en 2006. Contrairement aux deux cantons précités, la motion se limita, à côté de la cigarette, aux seuls alcools forts, évacuant d'office la question des vins. La discussion échappa ainsi à la focalisation sur ces produits, qui aurait pourtant pu avoir lieu dans ce canton viticole. Les partisans de la motion semblent d'ailleurs conscients de ce danger, puisqu'il sera souvent rappelé que le vin n'est aucunement en cause. Les alcopops, bien que n'appartenant pas à la catégorie des spiritueux, seront en revanche inclus dans le périmètre de l'interdiction, au motif déclaré que : « Dès lors que ce sont d'abord les jeunes, qui souvent n'apprécient pas le goût des boissons traditionnelles telles que le vin et la bière, qui sont visés, il est proposé d'interdire la publicité pour les boissons du type des alcopops » (BGC Vaud 2006 : 5729). Ainsi, en dépit des circonvolutions auxquelles l'élaboration de cette solution oblige, elle permet néanmoins de cadrer le débat

en termes de protection de la jeunesse, et de ménager les susceptibilités viticoles. Malgré cela, la discussion n'échappera pas à l'immixtion d'un autre débat en cours au niveau cantonal : celui, très fortement politisé, sur la drogue, qui rendit la question de la publicité extrêmement perméable à un clivage gauche/droite, aligné sur celui qui animait alors le Parlement autour du local d'injection. Ce dernier allait être soumis en votation populaire, et suscitait une féroce guerre médiatique et parlementaire.

Les partisans de la motion sur l'interdiction de la publicité pour le tabac et les alcools furent immédiatement attaqués sur des points relatifs à la réduction des risques. Ces attaques revinrent continuellement dans la bouche des élus de droite pour disqualifier la mesure :

Les commissaires de la minorité trouvent étonnant et même invraisemblable de constater l'agressivité – je pèse mes mots – du motionnaire contre le tabagisme et les alcools en général (...). Les minoritaires, comme bon nombre d'entre vous vraisemblablement, s'offusquent de voir à Lausanne des distributeurs automatiques de seringues au moment où on veut retirer les affiches publicitaires pour le tabac, un fléau largement plus modeste que l'infiltration de drogue dans le sang (BGC Vaud 2006 : 5744).

La confusion entre vouloir dépénaliser la consommation de produits illicites et restreindre la publicité pour des produits licites est ainsi entretenue. Le débat ne pourra alors éviter un certain brouillage entre ces enjeux bien différents, et les prises de position sur l'alcool et la cigarette furent subordonnées au clivage politique préalablement existant et aux luttes en cours sur la question de la drogue. Aussi, bien qu'étant parvenu à éviter la querelle sur l'alcool, le débat vaudois sur l'interdiction de la

publicité ne put éviter d'être surdéterminé par cette autre thématique connexe. Finalement, malgré un débat fortement politisé, la motion fût tout de même acceptée par le Parlement à majorité de droite, ce qui signifie que la ligne de clivage ne fût pas totale.

### **Genève : une législation inopinée**

Le débat genevois est caractérisé par l'urgence et la surprise. Ici, au lieu que le débat ne soit accaparé par une thématique connexe, c'est la question de la publicité du tabac qui s'invita dans un autre débat. En 2000, la proposition d'interdire l'affichage pour l'alcool et le tabac émerge lors des travaux sur la Loi sur les procédés de réclame. Or la révision globale de cette loi se fit, de l'aveu-même des élus, dans l'urgence, suite à une décision judiciaire ayant mis en évidence l'existence de lacunes législatives faisant craindre aux autorités la multiplication des affichages publicitaires dans les espaces privés (BGC Genève 2000, non paginé). Un vaste chantier législatif fût alors rapidement lancé, et vit la question de l'alcool et de la cigarette émerger incidemment. La proposition d'interdiction de la gauche fût soumise au parlement à l'issue des travaux préparatoires.

Un clivage politique gauche/droite se forme durant le débat parlementaire, très animé. La thématique de l'alcool et du tabac tend à absorber les discussions, un Conseiller d'État intervenant même pour déplorer que le travail mené sur la réorganisation urgente de l'ensemble de la loi s'en retrouve préterité. Le canton étant le premier à faire face à la question, de nombreuses questions se posent. Les élus sont d'avis que la restriction de la publicité du tabac présente peu de risques en raison de l'exemple de nombreux pays européens, mais que celle de l'alcool prête le

flanc à des accusations d'inconstitutionnalité, notamment si des distinctions sont opérées entre les différents types d'alcool. La question du partage des tâches avec la Confédération se pose aussi avec force. Les libéraux tentent de réexpédier la question en commission afin que la Société Générale d’Affichage se prononce sur les conséquences économiques. Au terme de longues discussions en 2<sup>ème</sup> lecture, le président de l’assemblée coupera finalement court aux débats et fera passer au vote par lequel l’interdiction sera acceptée. Lors du débat en 3<sup>ème</sup> lecture concernant les délais de transition, des lettres de protestations de multinationales du tabac sont lues en assemblée ; ces éléments interviennent toutefois trop tardivement, les articles incriminés ayant déjà été adoptés. Les groupes d’intérêt furent ici dépassés par la soudaineté du débat.

### **SANTÉ PUBLIQUE OU LIBERTÉ ÉCONOMIQUE : LES AXES ARGUMENTATIFS DU DÉBAT**

Nous avons dégagé une typologie des axes argumentatifs autour desquels se structurent les débats. Nous en présentons ici quatre d’entre eux : l’économie, la morale, la culture et la technique. La division entre les partisans et les opposants à l’interdiction est bien souvent sous-tendue par le clivage classique entre les principes de protection collective et de liberté individuelle, et donc une ligne de fracture gauche/droite. Lorsque c’est le cas, le débat s’emballe rapidement puisque des stocks argumentatifs très élaborés préexistent à la simple question du tabac.

## **Les arguments macro-, micro-économiques et commerciaux**

Nous aimerions simplement revenir sur une remarque de la cheffe du Département qui disait que le fumeur coûte cher à la société. Une étude très approfondie en France a prouvé, en tenant compte de tous les critères et paramètres, (...) que, en faisant les additions et les soustractions, un fumeur, puisqu'il meurt plus vite, coûte moins cher à la société, avec les rentes AVS et les rentes de retraite. Le résultat financier est positif (BGC Neuchâtel 2003 : 3451-3452).

Au-delà du cynisme de ces propos, il est vrai que la guerre des chiffres est engagée dans les débats. À un niveau macro-économique, les partisans de l'interdiction détaillent longuement les coûts de la santé imputables au tabagisme, ce à quoi les opposants ne peuvent qu'opposer les bénéfices dégagés par la consommation de ces produits taxés, qui viennent alimenter les caisses de l'assurance-vieillesse. En plus de souligner que ces bénéfices ne couvrent largement pas les coûts de la consommation, les partisans de l'interdiction font encore valoir d'autres arguments : la responsabilité des cantons à s'engager dans l'effort national contre la hausse des coûts de la santé, le gaspillage engendré par la publicité de ces produits qui annule l'effet de la prévention financée par l'argent public, ainsi que l'opportunité d'adopter une mesure efficace et peu onéreuse. Il est intéressant de constater que les opposants se trouvent très rapidement à court d'argument lorsque le débat se situe au niveau macro-économique ; la question des coûts de la santé semble en effet imparable, et la stratégie des opposants consiste dès lors à rabattre le débat sur le niveau micro-économique, sur lequel les partisans de l'interdiction se retrouvent à leur tour sur la défensive.

Un commissaire évoque même que si cette limitation de publicité était mise en place, l'industrie du tabac et celle de la publicité – et les imprimeries – pourraient perdre des places de travail et par là, pousser des personnes à l'alcoolisme du fait de la perte de leur emploi (BGC Vaud 2002 : 2701).

En effet le terrain micro-économique est favorable aux opposants, ayant l'avantage de pouvoir pointer des externalités négatives qui, pour être plus immédiates que les bénéfices macro-économiques sur le long terme, produisent un effet politique plus spectaculaire : pertes d'emploi dans le domaine publicitaire, pertes de recettes pour les communes, frais occasionnés pour les petits commerçants, disparition des événements culturels sponsorisés par l'industrie du tabac, disparition d'une source de revenu pour la presse, voire même délocalisation des multinationales pour atteinte à la liberté d'expression, les détracteurs de cette mesure n'hésitent pas à peindre le diable sur la muraille, pouvant activer les référentiels politiques bien rôdés de la libre entreprise ; le débat est alors entraîné sur le terrain des clivages politiques traditionnels. Les partisans sont acculés à entrer en matière sur ces points précis, faisant perdre de vue les bénéfices globaux attendus de l'interdiction. Sur ce terrain, ils oscillent généralement entre minimiser les pertes économiques occasionnées et souligner les compromis envisageables (dérogations ou autres). L'économie narrative du débat se retrouve en définitive passablement altérée lorsque la discussion glisse des considérations macro- à micro-économiques, au bénéfice certain des opposants qui trouvent un terrain propre à déployer leurs corpus argumentatifs classiques ; l'attention est alors détournée de la santé publique, vers les clivages qui animent plus quotidiennement les affrontements entre formations partisanses.

Quant à dire que les campagnes d'affichage n'ont pas d'efficacité (...) nous invitons le groupe libéral-PPN et radical à renoncer à toute campagne d'affichage pour les prochaines élections (BGC Neuchâtel 2003 : 3448).

Au niveau commercial, l'angle d'attaque des opposants sera d'arguer de l'inefficacité relative de la pratique publicitaire incriminée, afin de neutraliser le bienfondé d'une interdiction ; ils accusent alors leurs opposants d'exagérer le rôle de la publicité dans la consommation. Les partisans ne manqueront pas de relever le caractère surfait de l'argument, soulignant le paradoxe qu'il y aurait à dépenser tant de moyens dans la publicité si celle-ci était véritablement anodine. Les camps s'opposent sur la question du public auquel s'adresse la publicité : les opposants soutiennent que la publicité ne sert qu'à faire changer de marque les fumeurs avérés. S'agissant d'une simple question de positionnement entre concurrents sur un marché légitime, la liberté d'entreprise ne peut alors être déniée. Les partisans font eux valoir la vocation de la publicité à recruter de nouveaux consommateurs afin de renouveler la clientèle. Le ciblage des jeunes dans la promotion d'un produit légal légitime alors des règles commerciales inusuelles. Le désaccord porte aussi sur le degré de contrainte de ces mesures : les uns insistent sur l'auto-limitation volontaire de l'industrie du tabac, les autres sur la nécessité de l'interdiction légale.

### **Les arguments moraux**

C'est autour de cet axe relatif à la vision de la vie en société que les débats les plus virulents, et les plus partisans, ont lieu. Les oppositions élémentaires entre une droite plaidant en faveur de la non-intervention étatique et une gauche privilégiant la protection de la population s'y cristallisent. Les débats tournent alors autour des grands principes fondamentaux de liberté et de

responsabilité. L'irruption de cette ligne de partage majeure entre les deux pôles de l'échiquier politique n'est pas pour pacifier les discussions, et les considérations sur la nature de l'être humain ainsi que sur l'organisation sociétale ouvriront la porte à des antagonismes débordant largement la seule question du tabagisme.

Mais, après tout, comme le disait Camus, dans le Mythe de Sisyphe : 'La seule chose importante, la seule vraie question qui se pose aux hommes, c'est de savoir de quelle manière ils décident de vivre ou de mourir'. Si chacun d'entre nous prend la responsabilité du choix de vie qui lui convient ou qu'il pense lui convenir, y compris celui de mourir ou de se survivre, c'est encore sa liberté individuelle (BGC Genève 2000 : non paginé).

Le principe de la liberté est abondamment discuté et déchaîne les passions. Allant du simple reproche de l'absence de bon sens à des accusations mobilisant les notions de totalitarisme, de dirigisme et de discrimination, les opposants se prononcent ici bien plus sur la question de l'interdiction en général que sur celle de la publicité des produits du tabac en soi. À un niveau entrepreneurial, les arguments invoqués portent sur la liberté du commerce ainsi que sur celle du consommateur à une libre information concernant un produit qui, pour être nocif, n'en est pas moins légal. Autre tentative de disqualification, les opposants de l'interdiction vont convoquer un registre émotionnel jouant sur l'accusation de moralisme, d'hystérie, de diabolisation et de culpabilisation que véhiculeraient les mesures anti-tabagisme. Les opposants font ainsi vigoureusement valoir les méfaits de l'étatisme et y opposent immuablement la préservation de l'autonomie individuelle.

Lorsqu'on interdit, on aseptise, et lorsqu'on aseptise, on affaiblit, notamment les défenses naturelles, qu'elles

soient physiques ou morales. (Protestations) (BGC Vaud 2006 : 5747).

Le second principe autour duquel s'organisent les attaques, indissociable du principe de la liberté dans le discours à dominante libérale, est relatif à la responsabilité humaine. Il s'agit ici pour les opposants de souligner que chaque restriction de la liberté représente autant de coups portés aux capacités de l'individu à définir ses propres limites. Les interdits iraient ainsi finalement à l'encontre de l'effet escompté, empêchant d'exercer ses capacités de discernement, celles-ci devant au contraire être inculquées par un apprentissage. Dans sa version la plus dramatisée, cet argument assimile la déresponsabilisation à une atteinte à la dignité humaine.

Que je sache, le droit d'empoisonner n'est pas encore un droit de l'Homme. Je vous rappelle qu'entre le fort et le faible, c'est la liberté qui opprime et c'est la loi qui affranchit (BGC Vaud 2002 : 2713).

Les partisans de l'interdiction coupent court aux développements sur la liberté humaine par l'introduction de plusieurs nuances quant à cette notion-clé du débat. Première nuance d'ordre moral, l'interdiction vise à protéger les jeunes, à un âge charnière où l'autonomie ne constitue pas un fait acquis. Pour mettre en scène cet argument, des statistiques montrant le rajeunissement et la féminisation de la consommation de tabac sont abondamment mises en avant. Deuxième nuance, la notion de liberté ne s'applique pas à un produit addictif qui a justement pour objectif et pour effet d'entraver l'autonomie des individus. Troisièmement, on ne peut faire valoir l'argument du choix dès lors qu'il est question des procédés manipulateurs de l'industrie du tabac. Quatrièmement, les partisans de l'interdiction neutralisent les prétentions des opposants à représenter le camp de la liberté, en réduisant leurs plaidoyers à une simple

défense de la liberté du commerce. Il est ici souligné que la liberté de quelques groupes d'intérêts privés ne prime pas sur celle des potentielles victimes de la publicité. L'intérêt général et la santé publique sont présentés en contrepoids de libertés catégorielles spécifiques. Finalement, un cadrage en termes de protection de la frange la plus vulnérable de la population est également adopté, permettant à la gauche de recourir à sa grammaire politique traditionnelle. Ainsi les tenants de l'interdiction s'emploient-ils à relativiser la noblesse des arguments de la liberté et de la responsabilité dès lors qu'il s'agit de tactiques publicitaires et d'intérêts économiques.

### **Les arguments culturels**

(...) je crois qu'on peut être d'accord en grande partie avec la distinction que le Conseil d'État a faite précisément concernant des alcools qui font partie de notre vie culturelle : le vin, la bière. Je vois difficilement comment on pourrait interdire les 'fêtes de la bière', chose qui existe depuis la nuit des temps chez nous et ailleurs. Je pense qu'il y a là quand même une limite à ne pas franchir (BGC Fribourg 2003 : 588).

Quant à l'axe argumentaire culturel, dont on a déjà mentionné l'importance, ce sont les opposants à l'interdiction qui y recourent. Ils entraînent ici le débat sur des questions relatives au terroir, au bien-vivre ensemble ainsi qu'aux petits producteurs locaux ; la mobilisation de ces référentiels permet d'assigner les mesures antitabac au pôle de l'anti-convivialité, et de dédramatiser la question. Si les opposants à l'interdiction exploitent cette ligne argumentative sur la thématique de l'alcool, point de ralliement présumé consensuel, ils n'incluent pas la cigarette dans cette allégation de cordialité. Celle-ci peut être dé-

fendue pour des raisons économiques, mais l'associer à une tradition culturelle n'est en revanche pas dicible ; il en résulte que cet axe argumentaire ne peut être activé dans les débats des cantons ayant dissocié l'interdiction de la publicité pour la cigarette de l'alcool. Dans les autres cantons, face à cette stratégie de dédramatisation, les partisans se retrouvent désarmés. Tout au plus protestent-ils en soulignant le respect des particularités locales par l'exclusion du vin du périmètre de l'interdiction.

### **Les arguments techniques**

(...) mais jusqu'où cela irait ? Par exemple, si un boulanger veut vendre une tourte au kirsch, osera-t-il mettre une affiche qui promeut cette tourte ou non ?  
(...) cela pourra aller très loin (BGC Neuchâtel 2003 : 3442).

Une autre ligne d'attaque se fait jour lorsque les opposants tentent de diriger le débat vers des aspects d'ordre purement technique. C'est ici la faisabilité de la mesure qui est en ligne de mire, et ses détractrices et ses détracteurs vont rivaliser d'ingéniosité pour débusquer les failles possibles, parfois jusque dans des étonnants détails. Ils se succèdent alors à la tribune pour questionner tour à tour sur le sort qui sera réservé à la tourte au kirsch, aux camions du Tour de Romandie, aux magazines étrangers, ou encore aux vêtements estampillés d'une marque. Deuxième type d'argument technique, le caractère inapproprié du niveau d'action cantonal est invoqué : autonomie communale, risque d'isolement du canton ou encore existence d'une réglementation fédérale suffisante, les fronts sont nombreux sur lesquels on tentera d'ouvrir une brèche d'ordre technique. L'argument de la Confédération est vivement rejeté par les partisans, au motif qu'il s'agit au contraire pour les entités fédérées de montrer la voie. Ils insistent sur le fait que les cantons se

doivent d'activer leurs compétences pour légiférer au plus proche des réalités cantonales, avant que la Confédération ne décide à leur place. Quoi qu'il en soit, l'axe argumentaire technique permet aux opposants de nouer la gerbe de leur critique, en concluant sur l'inapplicabilité de la mesure après avoir âprement discuté de son bienfondé d'un point de vue économique ou politique.

## CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés ici à la prolifération rapide de législations en matière de publicité des produits du tabac ces quinze dernières années en Suisse. Nous avons constaté qu'après des décennies d'immobilisme confédéral, ce sont les cantons qui se sont approprié cette thématique pour la faire advenir sur le territoire helvétique. Ce faisant, ils s'inscrivent à rebours de la mouvance actuelle, où les plus grandes avancées en la matière ont lieu dans un mouvement d'harmonisation supranational. Le caractère bottom-up de la dynamique d'adoption de telles législations en Suisse est alors à souligner. L'approbation de la légalité de ces législations par le Tribunal Fédéral avec le cas pionnier genevois a constitué une ressource importante pour les cantons désireux de lui emboîter le pas, en rangeant le droit de leur côté. Notre analyse a particulièrement porté sur les débats parlementaires romands en la matière. Ce moment du processus législatif est celui de la mise en forme politique du problème, qui devient alors contraint par de nouvelles règles (Favre 1992 ; François et Neveu 1999), avec tous les effets de traduction et de dramatisation de l'enjeu que cela comprend (Gaxie et Lehingue 1984). Nous avons pu dresser quelques constats de cette analyse.

Premièrement, la mesure était systématiquement rejetée là où l'interdiction de publicité liait la cigarette à l'alcool en général. En tant qu'enjeu local particulièrement sensible, la question viticole met ainsi en péril les tentatives de restrictions publicitaires en matière de tabac lorsqu'elle n'en est pas explicitement dissociée. Deuxièmement, nous avons étudié les caractéristiques de la thématique qui la rendaient perméable à un clivage gauche/droite, tout en soulignant que sa plasticité pouvait également offrir l'opportunité d'un consensus interpartisan. Nous avons établi que les aspects pour lesquels le potentiel de clivage est le plus aigu sont les questions micro-économiques relatives aux conséquences à court terme d'une interdiction (emploi, défense des petits commerçants), ainsi que les questions de philosophie politique liées à la responsabilité et la liberté individuelles ; sur ces axes, les corpus argumentatifs et les réflexes des formations partisans, rôdés de longue date sur d'autres objets, se réactivent rapidement et cristallisent des oppositions politiques traditionnelles. Nous avons troisièmement dégagé les aspects sur lesquels les partisans d'une interdiction étaient le mieux à même de bâtir un consensus : les axes macro-économiques (baisse des coûts de la santé), et moraux (défense de la jeunesse). En définitive, l'étude des cadrages susceptibles de susciter l'adoption de mesures préventives par les élus est fondamentale, tant du point de vue pratique que théorique ; la présente étude a ouvert certaines perspectives à cet égard, pour le cas du tabac en Suisse.

## BIBLIOGRAPHIE

Briquet, Jean-Louis et Frédéric Sawicki (1989). « L'analyse localisée du politique ». *Politix* 2(7-8): 6-16.

- Canevascini, Michela, Hervé Kuendig, Héloïse Perrin et Claudia Véron (2014). *Observatoire des stratégies marketing pour les produits du tabac en Suisse romande*. Lausanne : CIPRET-Vaud.
- Cattacin, Sandro et Barbara Lucas (1999). « Autorégulation, intervention étatique, mise en réseau : les transformations de l'État social en Europe. » *Revue française de science politique* 49(3) : 379-398.
- Collovald, Annie et Brigitte Gäiti (1990). « Discours sous surveillances : le social à l'Assemblée » dans CURAPP (éd.). *Le « social » transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations « sociales »*. Paris : PUF, p. 9-54.
- Favre, Pierre (1992). « L'émergence des problèmes dans le champ politique » dans Favre, Pierre (éd.). *Sida et politique*. Paris : L'Harmattan, p. 5-37.
- François, Bastien et Erik Neveu (éd.) (1999). *Espaces publics mosaïqués. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*. Rennes : PUR.
- Gaxie, Daniel (1990). « Introduction » dans CURAPP (éd.). *Le « social » transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations « sociales »*. Paris : PUF, p. 5-8.
- Gaxie, Daniel et Patrick Lehingue (1984). *Enjeux municipaux. La constitution des enjeux politiques dans une élection municipale*. Paris : PUF.
- Guigner, Sébastien (2009). « La santé : un enjeu vital pour l'Europe. » *Études et recherches* n°68, Fondation Notre Europe.
- Kübler, Daniel (2000). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*. Paris : L'Harmattan.
- Lagroye, Jacques (2003). « Le processus de politisation » dans Lagroye, Jacques (éd.). *La politisation*. Paris : Belin, p. 359-372.
- Linder, Wolf (1987). *Politische Entscheidung und Gesetzesvollzug in der Schweiz*. Bern, Stuttgart : Haupt.
- Mavrot, Céline (2012). « The Status of Ideas in Controversies on Public Policy. Analyzing Beliefs as Variables: A Case study on Harm Reduction Policies in Switzerland. » *German Policy Studies* 8(1) : 113-156.
- OFSP (2014). *Informations de base concernant la publicité pour le tabac*. Berne : OFSP.

## **QUATRIÈME PARTIE :**

### **ENJEUX DE LA PROFESSIONNALISATION**



## LES TRANSFORMATIONS PARADOXALES DE L'INTERVENTION DANS LE CHAMP DE LA TOXICODÉPENDANCE

*Marc-Henry Soulet*

La façon dont on cesse d'être dépendant à des produits psychotropes a profondément changé au cours des dernières décennies en Suisse, entraînant une transformation des logiques d'intervention dans le champ de la toxicodépendance. Cette courte contribution s'attachera à expliciter les épreuves de professionnalité qui en découlent après avoir rappelé les grandes lignes de cette modification d'ensemble.

Ce court texte, rédigé à l'occasion du cinquantenaire du Groupement romand d'étude des addictions se propose de revenir sur quelques changements significatifs dans le champ de la toxicodépendance en Suisse. Il repose, en arrière-plan, sur une hypothèse forte avançant qu'un changement majeur est survenu au fil de ces décennies : la façon dont on cesse d'être dépendant s'est profondément modifiée en lien avec la mise en place d'une politique forte de lutte contre la toxicodépendance, mise en œuvre au début des années 90 du siècle dernier et validée par référendum en 2008, ce qui a eu comme conséquence principale de faire émerger de nouvelles épreuves de professionnalité pour les intervenants en toxicomanie, notamment pour les travailleurs sociaux. Quatre éléments seront consécutivement mobilisés pour soutenir cette thèse (une double banalisation de la toxicodépendance, une diversification des types de sorties, une

transformation importante des formes d'intervention sociale en direction des personnes toxicodépendantes et la reconnaissance de l'expérience des usagers dans la prise en charge mise en œuvre) avant que de présenter les lignes de fuite de ces épreuves de professionnalité.

## **UNE BANALISATION PARADOXALE DE LA TOXICODÉPENDANCE**

Parler de banalisation de la question de la toxicodépendance peut être sujet à caution (et donc lu comme le résultat d'un certain laxisme moral fruit d'une politique inconséquente) si l'on ne prend pas soin de contextualiser ce constat. Le recours à une telle expression veut prioritairement ici marquer la distance avec un régime d'exceptionnalité et souligner son admission de principe et son intégration comme une des composantes essentielles d'une politique globale de société (CFLD 2012).

Un premier niveau de sens de cette idée de banalisation vise simplement à souligner qu'aujourd'hui, les politiques de lutte contre la dépendance sont devenues une évidence dans le contexte helvétique depuis le début des années 90. Chacun s'accorde à reconnaître et leur existence et leur nécessité, comme l'a confirmé le référendum de 2008 sur la Loi sur les stupéfiants avec ses 68% de oui. La politique des quatre piliers est aujourd'hui indiscutable et fait consensus à droite comme à gauche, dans la société civile comme chez les praticiens (policiers, travailleurs sociaux, médecins et infirmiers, etc.), même si chacun, selon sa position et ses intérêts aimerait une accentuation dans une direction ou dans une autre. Preuve en est, le débat s'est déplacé sur la question de la dépénalisation de la consommation du cannabis et sur la réglementation du marché et les formes de commercialisation des produits (Savary 2011). De plus, ces politiques ont été et sont efficaces, et ce de manière visible. Plus de scènes ouvertes, plus de Letten ni de Platzspitz, en effet ; plus de « drogués » dans la rue grâce à la diversification

de l'offre de soin et à la mise en place de structures permettant l'accès à des produits de substitution. D'une part, en effet, elles ont grandement participé à la disparition de la question des drogues dans l'espace public, conduisant paradoxalement à ne plus la considérer comme un problème public prioritaire. Cette « réussite » s'est toutefois accompagnée d'un effet pervers rendant difficile de justifier de nouveaux développements ou le maintien des financements existants puisque les « drogues » ont perdu de leur prégnance publique et donc politique. D'autre part, la reconnaissance de la réduction des risques comme composante forte de la politique des quatre piliers s'est traduite par la mise en place de formes d'accompagnement de la dépendance (substitution, sécurisation de la consommation avec des distributeurs de seringues stériles, voire la mise à disposition de locaux d'injection, etc.) et la quasi-disparition du manque dans l'expérience toxicomaniaque, mais là aussi avec des effets sensibles comme l'amélioration des conditions d'existence, sanitaires et sociales, mais aussi le vieillissement, la paupérisation et la fidélisation des consommateurs accompagnés.

Un deuxième niveau de sens de la banalisation doit également être relevé. La toxicodépendance est devenue une dépendance parmi d'autres, ce qu'illustrent clairement la politique du cube développée par la Confédération (CFLD 2005) et l'inclusion, avec le vocable d'addiction en lieu et place de celui de la dépendance, de toutes les formes de consommation excessive (internet, jeux, sexe, tabac, alcool, jusqu'au travail même) dans une perspective globale de lutte contre les abus d'usage. Cette politique globale de regroupement dans un même ensemble de politiques publiques d'usages non contrôlés conduit à un double phénomène : 1) une emphase sur la consommation problématique d'alcool en raison de l'ampleur de phénomènes nouveaux (*Binge drinking*), du poids des lobbies des producteurs et des coûts pour la collectivité comme l'illustre depuis quelques années le rapport annuel d'Addiction Suisse (Addiction Suisse

2014) faisant de la révision de la LAlc (Loi sur l'alcool) une priorité <sup>35</sup>; 2) un effet pervers d'amoindrissement de la dangerosité des produits psychotropes dans l'imaginaire social et le développement des consommations récréatives, faisant dès lors, autour d'un alignement sur l'excès comme risque, du recours aux produits une pratique ordinaire, ou presque, qu'il s'agit simplement de savoir/pouvoir réguler.

## UNE DIVERSIFICATION DES TYPES DE SORTIE

La politique quatre piliers a inclus un volant réduction des risques ouvertement affirmé qui, au fil du temps, a pris une importance croissante tant est si bien que le modèle de l'abstinence longtemps posé comme le parangon du traitement des « drogués » s'estompe à l'horizon. Même s'il existe encore des institutions proposant des thérapies de sevrage ou des groupes d'entraide prônant une distanciation radicale avec le produit source de la dépendance (type Narcotiques Anonymes), la politique des quatre piliers a consacré la fin de l'abstinence comme modèle unique et a promu les traitements de substitution comme une modalité légale et légitime de sortie de la dépendance au produit. D'une part en effet, l'abstinence s'inscrit aujourd'hui dans une panoplie d'offres de traitement dans lesquelles les thérapies de substitution occupent une part prépondérante qu'elles soient dispensées par le médecin de famille, les hôpitaux, les services psychiatriques ou les institutions spécialisées en secteur ambulatoire ou résidentiel (on estime ainsi qu'environ 20'000 personnes bénéficient aujourd'hui en Suisse de traitements de substitution).

D'autre part, l'abstinence a connu une profonde modification de sens. D'objectif, elle est devenue un moyen (elle ne figure d'ailleurs plus explicitement dans la loi de 2008 qui invite



<sup>35</sup>Faisant même disparaître de la table des matières dudit rapport d'Addiction Suisse toute forme de « drogue dure ».

davantage les cantons à prendre des mesures « de réduction des risques et d'aide à la survie des personnes ayant des troubles liés à l'addiction »). Moyen, car il ne s'agit plus d'une fin en soi ou d'une normalité à rétablir, mais surtout moyen parce que ce peut être par l'abstinence, entre autres et éventuellement, qu'une prise de conscience de l'excessivité de la consommation sera possible et qu'un processus de responsabilisation incluant une reprise de soi dans le monde sera envisageable. S'abstenir devient ainsi polysémique, ce peut ainsi être s'abstenir d'user ou s'abstenir d'abuser ; tout comme la reprise de la consommation après une cessation ne peut plus être lue en termes fatidiques de rechute mais, bien au contraire, comme un moment dans une trajectoire de consommation dans laquelle ce qui est central, c'est l'émergence d'une conscience critique, la prise de recul et le développement d'un travail sur soi (Vrancken & Macquet 2006). En ce sens, la trajectoire toxicodépendante n'est plus tant vue comme une histoire des malheurs que comme un jeu de discontinuité/continuité avec la conventionnalité.

Cet *aggiornamento* de l'abstinence consacre une modification de fond de ce que cesser d'être dépendant veut dire et surtout participe à faire co-exister un modèle de la normation, perdant de sa prégnance mais toujours présent, et un modèle de la narration en forte position. D'un côté, une sortie de la dépendance se faisant par inculcation normative, redressant les corps et les esprits. Ce n'est pas l'individu qui change mais la thérapie qui le convertit pour lui permettre de redevenir lui-même et d'échapper ainsi à l'emprise du produit en rompant avec un monde pour aller vers un autre. Cesser d'être toxicodépendant est ici le résultat d'une inculcation institutionnelle qui force *alius* (celui qui est aliéné par le produit) à devenir *alter* (celui qui devient autre). Changer de vie, en ce sens, i.e. cesser d'être toxicodépendant en abandonnant toute consommation, est une véritable alternation, une véritable conversion identitaire. De l'autre, une sortie de la dépendance se faisant par subjectivation. On ne change pas de vie ici, on change sa vie pour mettre en cohérence ce qu'on fait, ce qu'on éprouve et ce qu'on pense, en

liant continuité et transformation, grâce à un travail sur soi. On ne change pas les faits historiques qui ont jusque-là scandé son existence, on doit au contraire composer avec. On change simplement la façon dont l'histoire est agissante en soi. Ce phénomène de négociation identitaire suppose la prégnance, au centre de ce travail, du récit comme moyen de traiter les contradictions de son histoire, pour soi et pour les autres. La mise en récit de sa trajectoire de consommateur, l'énonciation de son éprouvé au cours de celle-ci tout comme le travail réflexif sur les expériences faites à cette occasion participent dès lors à la mise en vue et au développement de figures de soi - l'apprenant tirant profit des histoires de son histoire, l'acteur mobilisant de l'énergie pour problématiser les formes de consommation et les situations vécues, et l'auteur produisant du sens sur soi et sur son rapport au monde à partir d'un travail de reconnaissance à la fois de la trajectoire antérieure comme partie de soi et d'une appartenance au monde commun. Peut ainsi s'enclencher un processus de modification de soi donnant à voir la continuité dans la discontinuité par la modification de son rapport à soi, aux autres, aux institutions tout en s'assurant et assurant les autres de la permanence de soi qui, en quelque sorte, atteste du maintien de soi et donc de la reprise de soi.

## **UNE TRANSFORMATION DES FORMES D'ACCOMPAGNEMENT**

La sortie de la toxicodépendance par la mise en œuvre d'un processus de subjectivation a engendré un ensemble de conséquences lourdes pour l'accompagnement professionnel des personnes « substituées », dont notamment le développement des logiques du bas seuil et la mise en évidence de la dimension palliative de l'intervention sociale, qui ont, par capillarité, informé plus largement toutes les formes d'accompagnement social confrontées à des formes d'insertion sociale problématiques. L'intervention se trouve en effet bouleversée dans ses canons pédagogiques par les logiques de réduction des risques

et d'évitement de l'empirement en conduisant à une centration sur la réhabilitation de l'individu comme personne morale, comme être propre porteur de dignité en même temps que comme être social capable d'agentivité malgré l'expérience toxico-maniaque.

Le registre palliatif de l'intervention sociale, pour assurer le maintien et la contention du risque d'empirement, consiste bien souvent, et en première instance, en une forme de "réchauffement" de la disponibilité à soi et aux autres, passant prioritairement par la (re)considération comme personne à part entière. Partant du postulat qu'il convient de considérer les usagers ni comme des délinquants, ni comme des malades mais comme des citoyens à part entière avec des droits et des devoirs, l'accompagnement se construit autour de quatre objectifs prioritaires à dimension graduelle : 1/ la réduction des risques liés à la consommation ; 2/ l'autonomisation ; 3/ l'insertion sociale ; 4/ l'insertion professionnelle. L'idée de la réduction des risques liés à la consommation prend appui sur l'inscription de la personne toxicodépendante dans une consommation non (ou mal) contrôlée de la drogue avec son cortège de risques majeurs de santé (overdoses, sida, hépatites, ou autres) et passe, outre l'information habituelle (précautions, transmission), par un service de vente / échange de seringues stériles, par un objectif d'amélioration de la santé (information, conseil, réorganisation du temps) et par un objectif d'éloignement du monde de la drogue. L'idée d'autonomisation vise une réappropriation des compétences nécessaires à la gestion du quotidien, autrement dit, une réappropriation du *pouvoir-agir*. La dépendance étant réduction de la capacité à agir, l'objectif d'autonomisation vise donc la restauration de cette capacité. Et c'est sur le long terme de l'intervention sociale que se joue cet objectif qui passe aussi bien par le (ré-)apprentissage de compétences particulières (comme les tâches administratives) que par l'intériorisation de compétences dans la gestion du quotidien (entretien du logement, gestion du budget). Le troisième objectif, celui de l'insertion sociale, prend appui sur l'idée d'inaptitude relationnelle

qu'entraîne la dépendance. Il vise de ce fait à restaurer le *pouvoir-aimer*, notamment les compétences relationnelles et l'optique d'un rapprochement ou d'une prise de distance. Le quatrième et dernier objectif, celui de la (ré-)insertion professionnelle, vise à reconstituer le *pouvoir-faire*. Il se heurte à un environnement plutôt hostile, hostile non pas tant en raison du passé de l'éventuel demandeur, mais hostile en raison des déficits accumulés aussi bien en termes de formation que de compétences ou d'expériences. Dans un marché valorisant les emplois à forte valeur ajoutée, la compétitivité et la rentabilité, les personnes accumulant les handicaps comme la fragilité et/ou la faible employabilité se retrouvent quasi inexorablement sur des programmes occupationnels à fort potentiel de marginalisation (allant à contre-courant de l'effort de valorisation supporté par le processus d'accompagnement social) (Châtel et Soulet 2003).

Dans un tel contexte, il est en effet vain de chercher à déployer pleinement les ressorts usuels d'une intervention pédagogique à visée transformatrice de la situation et de la personne grâce à la finalisation d'un projet contractuellement arrêté. Il importe davantage ici de percevoir que les différents dispositifs mis en œuvre ont dû descendre en spécificité afin de pouvoir trouver ou repérer dans la situation elle-même les prises susceptibles de transformer les attaches à partir desquelles les personnes peuvent se "réaccorder". En fait, dans des interventions nécessairement contextuelles et circonstanciées pour coller au plus près à l'expérience singulière, les professionnels doivent mobiliser des compétences peu définies et peu formalisées dans des situations où même la catégorisation préalable des usagers leur échappe puisqu'ils doivent œuvrer « dans un ensemble de dispositifs où l'adhésion des usagers garantit la durabilité des actions tout en instituant des identités. Ici le public se dessine par ajustements successifs, dans le cours même des actions » (Pichon 2005 : 191).

L'intervention dans une perspective de réduction des risques prend ainsi des atours diplomatiques (Ravon et Laval 2005) en

se confrontant de façon centrale à la double question de ce que peut recouvrir l'accueil ouvert quand il s'agit d'entendre l'autre à partir de ses préoccupations du moment, quand l'accueil est sans conditions, et de ce que recouvre l'accompagnement quand l'accompagnement doit renoncer au mouvement, quand il s'agit d'accompagner sur place, de durer ensemble. En d'autres termes, l'enjeu se déplace ainsi et se centre sur la définition, d'une part, de ce qu'accueillir veut dire quand l'accueil n'est plus un simple outil de captage de populations désorientées que l'insertion dans les rets du travail social permet de tirer linéairement vers l'autonomie grâce à la logique du projet, et, d'autre part, de ce qu'accompagner veut dire quand il ne s'agit plus de la modalité de passage de l'accueil à l'autonomie. Se donnent ainsi à voir des formes d'intervention, centrées sur un vocabulaire de présence et faisant d'ailleurs de l'ici et maintenant son univers (attention, écoute, souci, prise en compte, veille) et de l'accueil un pivot central de son activité. En fait, le travail de l'accueil suppose ici un double registre, celui de l'écoute quand l'intervenant social est au plus près de ce que la personne vit et ressent dans son quotidien sans aucune volonté de rapporter cette expérience à une quelconque norme, et celui de la définition de la situation vécue par l'usager quand l'intervenant et l'usager lui-même mobilisent ou fabriquent des catégories pour penser le problème vécu et agir dessus.

Accueil non finalisé et accompagnement immobile conduisent probablement à des formes de thérapie allégée assimilant l'intervention à une attention relevant plus de la sollicitude et de la compassion que de la pédagogie ou du développement, sous la forme d'appuis qui allègent afin de permettre de supporter, voire de surmonter, par un effort singulier, l'épreuve d'une vie à côté. Il s'agit prioritairement, par la mise en œuvre d'actions de proximité, de participer à créer un espace de parole et de convivialités faciles, d'ouvrir un micro-espace de communication. Comme toute logique de bas seuil, elle n'est pas en priorité centrée sur le soin, mais vise plus spécifiquement la constitution d'un espace de réconfort et de première protection

afin de permettre l'énonciation de la souffrance dans des dispositifs mêlant disponibilité à autrui et grande accessibilité par une logique d'intervention de proximité. L'expérience sociale est recueillie sous la forme organisée d'un récit ou bien d'énoncés de l'ordre du partage d'impressions et de sentiments. Ce qui est privilégié, c'est moins la conformité que l'investissement dans une affaire commune, d'où les accueils répétés qui sont des manières de faire tenir la relation avant que de l'agentivité ne surgisse (éventuellement). La notion de pacte caractérise, mieux que celle de projet, cette forme d'accommodation qui s'organise sur le mode d'une coordination et qui met en son centre l'improvisation d'une orientation morale et pratique limitée à la situation à l'aide de méthodes modulables et révisables (Giuliani 2013), mais qui repose toujours *a minima* sur trois piliers centraux (Soulet 2008) : a) identifier les types de parcours toxicomaniaque pour s'appuyer sur les expériences faites et favoriser un réchauffement des énergies et des compétences enfouies ; b) offrir les conditions d'un maintien de la situation et tisser un filet de sécurité pour favoriser la prise de confiance ; et c) jouer avec le temps en articulant des logiques de pause, de durée et de transitions continues.

L'intervention est ainsi à entendre comme condition d'une dynamique des compétences grâce à un travail de reconstitution de soi basé sur un principe d'action fort : l'ouverture à l'autre, la confiance dans les qualités et potentialités des usagers, malgré les étiquetages divers et les expériences négatives, en cassant la représentation déficitaire que l'accompagné peut avoir de lui-même, avec donc une reconnaissance à part entière de l'autre en tant que personne avec ses forces et ses faiblesses. En d'autres termes, tout un pan de l'efficacité du réarmement de soi est supporté par le souci de déculpabiliser les personnes prises en charge en s'efforçant de leur insuffler l'envie de la responsabilité, de prendre à contresens l'entier d'une trajectoire qui les a conduit 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. Ce travail sur soi suppose une offre d'interlocution, un appareil de conversation (Berger et Luckman 1986) permettant l'élaboration d'hypothèses interprétatives de la consommation passée comme de la consommation maintenue, de la marginalité antérieure comme de la conventionnalité visée. Changer sa vie, changer d'univers de référence et participer à de nouveaux mondes sociaux (ou à d'anciens réactualisés) ne va pas de soi tant cette entreprise est 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 différentes de celles dont l'individu 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. Le problème en fait consiste alors à rendre plausible la transformation et du rapport individuel au produit et du rapport social aux autres, ce qui présuppose, dans ce dernier cas, l'expérimentation individuelle dans l'action de modalités de renouement à Autrui ainsi que la disponibilité de formes de régulation sociale et d'espaces de mise en jeu de soi. Pour que cela soit possible, il importe en ce sens de disposer de grilles de lectures socialement éprouvées soutenant l'expérimentation, l'interprétation et la validation de la mise en mouvement de soi, i.e. de s'appuyer sur des éléments d'explications, officielles ou spontanées, permettant de comprendre et de donner socialement sens et crédit au parcours engagé. Il est alors aisé de percevoir l'importance de pouvoir bénéficier d'interlocuteurs, notamment professionnels, qui offrent de telles théories explicatives, comme d'espaces, institués ou non, d'élaboration, d'expression et de mise en jeu de nouvelles formes d'être au monde, constituant les uns et les autres les ressorts d'une identité narrative qui doit non seulement permettre de se raconter mais aussi de créer la conviction auprès de chacun que le chemin engagé augure d'une « vie bonne ».

## LA RECONNAISSANCE DE L'EXPÉRIENCE DES USAGERS

Les politiques de réduction des risques dans le champ de la toxicodépendance se sont accompagnées de la nécessaire prise en compte de l'expérience passée et présente des toxicodépendants engendrant des conséquences lourdes sur les savoirs professionnels et la posture d'expertise. La décriminalisation du « drogué » et la démedicalisation du « dépendant » (paradoxe d'ailleurs avec la montée en puissance dans le champ des addictions de la dopamine et de son cortège de neurobiologistes), en consacrant la fin du déviant comme celle du malade et surtout en marquant la rupture avec une anthropologie disjonctive (le déviant versus le normal, le malade versus le sain), ont réhabilité la figure de l'individu, certes troublé dans son expérience, certes affecté par sa consommation excessive et ses effets sur le cours de son existence, mais aussi néanmoins capable et compétent (Genard et Cantelli 2008). L'objectif de l'intervention ne vise plus en effet ni la guérison au sens de la suppression de l'affection et le recouvrement d'une situation *ex ante* de personne saine, ni la moralisation supposant le respect d'un style de vie déterminé, mais bien davantage la reconstruction d'une « autonomie-capacité » qui s'appuie sur l'idée de gens capables, capables de jugement, capables d'action, capables d'engagement, capables de puissance, capables d'émotions, quelles que puissent être leurs conditions d'existence. En d'autres termes, les compétences et les capacités, loin d'être incorporées comme des dispositions fermes et stables, se révèlent en situation, se mettent en scène au cours de l'action et augmentent ou se réduisent en cours de processus, en liaison avec des identités elles-mêmes incertaines. Ce tournant pragmatiste de la reconnaissance des compétences et de la mobilisation des capacités des usagers est au cœur des logiques d'*empowerment* et d'habilitation contemporaines. Le champ de la toxicodépendance, avec le développement de la réduction des risques, en a été un des pionniers.

Le statut d'être capable et la reconnaissance des compétences expérientielles ont ainsi engendré le développement d'une « épistémologie conjonctive ». De même qu'on ne raisonne plus de manière binaire sur la césure malade et non malade, drogué et non drogué, mais sur l'idée d'un continuum de pratiques dont l'interprétation n'est pas des plus aisées (pensons au dopage), de même peut-on observer l'émergence d'un continuum des savoirs plaçant praticiens, usagers et théoriciens sur un même axe, ou à tout le moins dans de nouveaux espaces aux frontières largement redéfinies et redistribuant les cartes de la connaissance. Reposant sur la généralisation de la réflexivité, pratique commune à tous les acteurs, ce continuum se distingue fortement de la chaîne hiérarchique descendante expert/professionnel/usager. On a ainsi assisté à une transformation du statut de l'expertise et des savoirs professionnels, transformation née de la constitution d'un savoir social commun et de l'entrée en scène des usagers dans la définition de l'action qui leur est destinée, obligeant à revoir la question complexe des rapports du théorique et du pratique, du professionnel et de l'expérientiel. Ce phénomène est lisible à un double niveau, l'un plus général à l'ensemble de la société, l'autre plus spécifique aux politiques publiques.

D'une part, les sciences humaines et sociales en raison même de leur réussite sociale, se sont disséminées dans la société et ont participé à l'émergence de ce qu'il faut bien nommer un savoir socio/psycho/pédagogique ordinaire. Il faut prendre acte de ce phénomène que l'on a trop tendance à sous-estimer, voire à négliger. Ainsi s'est diffusé un savoir partagé sur le monde social, mi savant, mi professionnel, qui non seulement en structure, en imprègne tout au moins, les modes de représentation mais encore informe les modes d'action sur lui, mettant en question la figure de l'expert en tant que conduite assistée des conduites humaines et sociales, pour laisser place à une silhouette encore floue, celle qui, renonçant à dire le monde social ou à le conduire, cherche à soutenir sa capacité réflexive à se travailler en promouvant une dimension plus collaborative et

plus participative de son activité. Bien évidemment, cette reconfiguration des rapports entre savoirs savants et professionnels et société civile s'est accompagnée de conséquences épistémologiques lourdes, dont, non des moindres, la fin de la rupture épistémologique entre savoirs premiers et savoirs seconds qui a consacré l'émergence de l'idée d'un continuum des savoirs sur le monde social qui coexistent *de facto*, qu'ils soient savoirs académiques constitués, savoirs sociaux hybrides, savoirs culturels localisés ou savoirs d'expérience vécues.

D'autre part, cette épistémologie conjonctive s'est marquée par la « mutation » de l'expertise s'accompagnant de l'émergence d'une relative symétrisation des rapports entre experts professionnels et acteurs réflexifs. Cette mutation de la fonction d'expertise et des compétences qui la soutient s'accompagne d'une tendance lourde, celle de la co-production des services, celle de la mobilisation des bénéficiaires dans le délivrement, quand ce n'est pas dans la conception, de l'intervention dont ils sont bénéficiaires, celle de la reconnaissance des savoirs d'expérience instituant des fonctions de pairs-aidants (Godrie 2014), de médiateurs-pairs (Demailly et alii 2015), de grands frères (Divay 2015), bref, d'acteurs de l'intervention qui tirent leurs compétences de leur expérience, passée ou présente, du problème et de leur proximité, ethnique, spatiale, sociale, culturelle avec les populations concernées, dont les compétences relèvent de leurs acquis personnels, de leur expérience « de vie » et de leur habitus et non de connaissances formellement transmises. Par-delà les interrogations épistémologiques, théoriques et politiques que peut soulever un tel phénomène, ce qu'il faut en retirer pour ce qui nous préoccupe ici, c'est bien une modification des savoirs d'expertise et de la posture du professionnel qui doit désormais composer avec des savoirs d'expérience pour faire face aux problèmes sur lesquels il se penche, doublé de l'indétermination des situations qui doivent être co-définies en s'appuyant sur la mise en récit de l'éprouvé (Astier 1997).

## CONCLUSION : L'ÉMERGENCE D'ÉPREUVES DE PROFESSIONNALITÉ INÉDITES POUR LES INTERVENANTS

La disponibilité sous-tendant toute logique d'accueil ouvert (recevoir et accepter sans condition) dans une logique de réduction des risques soulève de son côté un certain nombre de questions pour les professionnels, notamment le sens même de l'intervention à développer. Sommés de s'ajuster aux contraintes de la situation, i.e. aux contraintes de l'expérience des usagers, les intervenants sociaux se doivent de construire leur propre posture dans l'interaction avec l'utilisateur et accepter de ne pas maîtriser un cadre d'intervention sans cesse redéfini au contact de l'autre. Le cadre indéterminé de la relation d'accompagnement, la faible régulation des échanges de l'intervention dans sa durée, l'incertitude de la finalité de l'intervention et la labilité des situations auxquelles ces professionnels sont confrontés, les soumettent à de véritables épreuves de professionnalité (Ravon et Vidal-Naquet 2014). Parler d'épreuves de professionnalité ne signifie pas de rapporter à la souffrance au travail et à la difficulté de faire face à des situations douloureuses génératrices d'un transport de vulnérabilité, mais de renvoyer au travail incessant qui consiste à éprouver les fins de l'action et, ce faisant, à requalifier au présent de l'action l'agir dans sa légitimité et son acceptabilité. Il s'agit ici de qualifier des défis auxquels les individus sont structurellement confrontés et pour lesquels ils doivent inventer des arrangements et trouver des compromis en situation (Martuccelli 2006). Ces épreuves de professionnalité renvoient à trois types d'enjeux :

*Des enjeux liés à la question de la durée* : Les intervenants sociaux dans des dispositifs de réduction des risques se trouvent devant le problème du sens d'une intervention qui n'a plus de visée transformatrice de l'autre et qui met au centre la question de la durée sans finalité. L'intervention est alors marquée, dans son déroulement même, par la question de la durée, par celle du

temps qui s'écoule sans finalisation clairement formalisée (Euvray 2010), même si le temps projeté scande toujours son inscription administrative. L'intervention, au sens propre, doit moins y être considérée comme une mise en mouvement orientée et planifiée que comme des pas de côté qui sont autant de déplacements de sens. Elle est d'abord prioritairement un lieu, une occasion et un enjeu de production de liens sociaux qui suppose de donner du temps au temps, qui suppose retournements et attermolements, bref qui s'inscrit dans une temporalité de la présence, fut-elle régulièrement et durablement renouvelée. Mais comment se jouer des limites de la temporalité sans enfermer dans une attente sans espoir ? Comment faire face à ce dilemme de professionnalité qui doit conjuguer temps compté et temps ouvert ?

*Des enjeux liés à la question des finalités de l'intervention* : Que peut être l'intervention quand elle se confronte à l'indétermination des fins et à l'incertitude des moyens, quand elle fait l'expérience de contextes prenant la forme d'épreuves plus que de situations clairement balisées par des normes ? Le travail sur l'engagement, la réflexivité professionnelle, la gestion situationnelle de l'intervention deviennent alors des composantes centrales soulignant le jeu prenant qui travaille le professionnel pour qu'il puisse accomplir son mandat qui ne saurait être simplement exécuté. Loin d'être une technologie de l'action, l'intervention, pour permettre l'intégration sociale des bénéficiaires d'un programme de réduction des risques en travaillant leur économie personnelle à partir de l'identification partagée d'un problème qu'ils portent, suppose créativité et inventivité mobilisant intensément le travailleur social. Et ce d'autant plus que le trouble dans les finalités (ce que la sortie de la dépendance peut être pour les individus particuliers) n'en demeure pas moins.

*Des enjeux liés à la question de l'intégration des savoirs d'expérience dans l'intervention*. Reconnaître l'accompagné comme un être capable et doté de compétences soulève de nombreuses interrogations, par-delà la nécessaire remise en cause de la position

d'expertise de celui qui sait par statut, puisqu'il ne s'agit plus de mettre en œuvre une solution dont le professionnel serait le porteur et dont l'enjeu principal serait qu'elle soit l'objet d'une appropriation par l'utilisateur. Il est davantage question de construire ensemble, avec l'utilisateur capable, une définition partageable de la situation problématique, d'élaborer des perspectives appropriées, i.e. ajustées à cette compréhension mutuelle et aux compétences mobilisables, et de s'appuyer donc sur des savoirs accumulés à partir de l'expérience concrète. Mais, comment reconnaître ces savoirs, les faire reconnaître et les mobiliser ? Comment l'intégralité de l'expérience vécue peut-elle s'intégrer à la spécialisation des savoirs professionnels ? La structure inégalitaire des acteurs et des savoirs, née de leur positionnement institutionnel respectif, peut-elle être dépassée et, si oui, pour quel profit ? La liste des questions n'est pas close, mais en filigrane se donne à voir toute la complexité de ce que le croisement des savoirs peut soulever et combien l'alliance des différents types de savoirs est rien moins qu'évidente et combien elle met en tension le statut-même de professionnel et ses fondements.

Constater le cadre indéterminé de la relation d'accompagnement de personnes toxicodépendantes et souligner le travail interactionnel de co-construction d'un sens tenu pour commun par l'intervenant et l'utilisateur revient à qualifier un registre prudentiel dans l'intervention (Champy 2011 ; Vrancken 2012) dans un contexte de réduction des risques. Loin d'y voir une forme de déprofessionnalisation car axée sur une visée par trop singulière, il s'agit au contraire de marquer une exigence de justesse avec la situation cherchant à produire des arrangements pratiques qui, tout en maintenant un idéal d'intégration, n'en font plus un but absolu à atteindre, mais le dessinent comme une place relative où il est possible de trouver un certain degré d'autonomie et des conditions pas « trop mauvaises » d'existence (Castel 2012), sans pour autant mettre en cause le principe commun de solidarité sociale ni transformer culturellement la conception du vivre-ensemble.

## BIBLIOGRAPHIE

- Addiction Suisse (2014). « Tendances de consommation et politiques des dépendances ». *Rapport de monitoring d'octobre 2013 à mars 2014*. [www.addictionsuisse.ch](http://www.addictionsuisse.ch)
- Astier, Isabelle (1997). *Revenu minimum et récit d'insertion*. Paris, Éditions Desclée De Brouwer.
- Berger, Peter & Thomas Luckmann (1986). *La Construction sociale de la réalité*. Paris, Éditions Méridiens Klincksieck.
- Castel, Robert (2012), « Entre travail et assistance : discussion et commentaires » dans Castel, Robert et Claude Martin. *Changements et pensées du changement. Échanges avec Robert Castel*. Paris, Éditions la Découverte.
- Champy, Florent (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions, Paris*. Presses universitaires de France.
- Châtel, Vivianne & Marc-Henry Soulet (2003). « Le Service social du Tremplin. Strengths and Weaknesses of Relative Integration », Université de Fribourg, 5<sup>e</sup> programme cadre TSER, OFES/DGXII.
- CQLD (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues) (2012). *La Politique drogue en tant que politique de société : un rétrospectif sur 30 ans de politique suisse en matière de drogue*. Zürich : Éditions Seismo.
- CQLD (Commission fédérale pour les questions liées aux drogues) (2005). *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Berne: [www.psychoactiv.ch](http://www.psychoactiv.ch)
- Demay, Lise et alii (2015), *Le Dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée*. Lausanne, Librairie, Payot-
- Divay, Sophie (2015), « La médiation sociale en emploi jeune : la logique du *semblable* peut-elle être source de légitimité professionnelle ? » dans Soulet, Marc-Henry (éd.). *Aide, accompagnement, proximité, relation. Les nouveaux visages du travail social*. Fribourg, Academic press Fribourg.
- Genard, Jean-Louis & Fabrizio Cantelli, « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 27 avril 2008, URL : <http://sociologies.revues.org/1943>
- Giuliani, Frédérique (2013). *Accompagner. Le travail social face à la précarité durable*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

- Godrie, Baptiste (2015). « Savoirs d'expérience et savoirs professionnels. Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale ». Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Martucelli, Danilo (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris, Éditions Armand Colin.
- Œuvray, Kerralie (2010). *Rester dépendant des institutions médico-sociales*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- Pichon, Pascale (2005). « La construction des publics », dans Ion, Jacques (éd.). *Le Travail social en débat(s)*. Paris, Éditions de La Découverte.
- Ravon, Bertrand & Christian Laval (2005). « Relation d'aide ou aide à la relation ? » dans Ion, Jacques (éd.). *Le Travail social en débat(s)*, Paris, Éditions de la Découverte.
- Ravon, Bertrand & Pierre Vidal-Naquet (2014). « Épreuves de professionnalité » dans Zawieja, Philippe et Franck Guarnieri (éd.). *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil.
- Savary, Jean-Félix (2011). *En Suisse, la politique drogue s'est arrêtée au milieu du gué Les dangers d'une politique qui a renoncé à s'attaquer au marché*. Yverdon, GREA.
- Soulet, Marc-Henry (2007). « La reconnaissance du travail social palliatif. » *Dépendances*, n°33 : 14-18.
- Soulet, Marc-Henry (2008). « Penser la gestion des drogues dures. Modélisations théoriques et perspectives pratiques. » *Psychotropes*, 14 (3-4) : 91-109.
- Vrancken, Didier (2012). « Le travail social serait-il devenu une profession ? Quand la *prudence* s'invite au cœur d'un vieux débat » *Pensée plurielle*, 2 (30-31) : 27-36.
- Vrancken, Didier & Claude Macquet (2006). *Le Travail sur soi. Vers une psychologisation de la société*. Paris, Éditions Belin.



# TRANSDISCIPLINARITÉ. PRINCIPES ET CADRES DE L'ACCOMPAGNEMENT TRANSDISCIPLINAIRE

*Muriel Lascaux & Alain Morel*

Ce texte est un chapitre extrait de la deuxième édition de l'ouvrage Aide mémoire d'addictologie de Alain Morel, Jean Pierre Couteron et Patrick Fouilland, paru en mars 2015, reproduit avec l'aimable autorisation des Éditions Dunod, Paris.

## QUELQUES DÉFINITIONS

La transdisciplinarité, terme inventé par Jean Piaget en 1970, n'est pas un nouveau mot à la mode mais une nécessité imposée par les progrès dans la connaissance de la complexité des phénomènes humains. Les notions de multi/pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité, résultent d'un même mouvement visant la mise en lien des différentes disciplines et sont apparues successivement dans l'histoire récente des sciences et des pratiques de soins. Leurs définitions à la fois distinctes et complémentaires, ont été proposées par le physicien Basarab Nicolescu (1996) :

*multi/pluridisciplinarité* : « concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois » qui vise à enrichir la connaissance de l'objet dans la discipline considérée ;

*interdisciplinarité* : « concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre... [mais dont] la finalité reste aussi inscrite dans la recherche disciplinaire » ;

*transdisciplinarité* : peut être définie par ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline. Sa finalité est « la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance ».

Cette définition est reprise dans le projet d'Évolution Transdisciplinaire de l'Université du Centre International de Recherches et d'études Transdisciplinaires (CIRET) en collaboration avec l'UNESCO qui propose une méthode transdisciplinaire reposant sur « trois piliers » : s'intéresser à plusieurs niveaux de réalité à la fois, adopter la logique du tiers inclus et appréhender la complexité.

## **PENSER LA COMPLEXITÉ HUMAINE**

Étudier la réalité, le vécu et le fonctionnement humain, individuel et social, sous un seul angle, chaque partie indépendamment des autres, est rapidement insatisfaisant et trompeur, mais les appréhender comme un système global est difficile voire impossible avec nos méthodes classiques de connaissances, notamment scientifiques.

C'est Edgar Morin (1990) qui a le mieux « pensé » cette complexité, proposant une méthode pour l'appréhender globalement et définir des objectifs et des modalités d'intervention sur l'homme autrement que par « le paradigme de la simplification » inévitablement parcellaire et réducteur. Cette méthode conçoit l'homme comme unité et non plus comme la somme de ses parties qui correspondent généralement aux outils dont dispose la science pour pouvoir analyser le réel (biologique, social, psychologique).

Les nouveaux outils scientifiques mais aussi les technologies de la communication, de la systémie et de la cybernétique, permettent de relever ce défi épistémologique. Car il ne s'agit pas seulement d'accumuler des connaissances et des informations, mais de les organiser et de chercher à comprendre les relations, les interactions qu'elles ont entre elles « en opérant des boucles de dialogue ».

Face à la complexité, au sens de l'étymologie du latin *complexus*, « ce qui est tissé ensemble », il s'agit d'accepter les imbrications des différents domaines de la pensée, voire leur hybridation, et d'accepter la transdisciplinarité.

Dans cette perspective, Edgar Morin a énoncé plusieurs principes dont celui d'« auto-éco-organisation », en remarquant que les êtres vivants sont finalement « assez autonomes pour pulser de l'énergie dans son environnement, et même d'en extraire des informations et d'en intégrer de l'organisation ». C'est ce principe que l'on retrouve dans les notions d'expérience et d'autonomie du changement développées par l'approche expérientielle.

## **UNE APPROCHE TRANSDISCIPLINAIRE DES ADDICTIONS**

Le champ des addictions a longtemps été très cloisonné : alcoolisme, toxicomanie, troubles alimentaires, etc. Ce découpage a facilité un certain niveau de connaissance de chacune des problématiques, mais souvent sur des aspects limités. Sur un plan clinique, les différentes problématiques, considérées tantôt comme un symptôme social tantôt comme une maladie, ont été confiées parfois à des travailleurs sociaux, parfois à des services médicaux, voire psychiatriques, parfois aux deux, parfois à des structures spécialisées, parfois à des dispositifs généraux. La plupart de ces catégories et de ces séparations ne répondent plus aujourd'hui à la réalité clinique qui témoigne davantage de

polyaddictions, de problématiques psychosociales polysémiques et de comportements auto-modifiés par l'utilisateur lui-même (Morel 2007 ; Morel et Couteron 2008). En outre, les avancées de la neurobiologie rendent compte de similitudes cliniques entre toutes les formes de dépendance. Des rapprochements se sont ainsi imposés et, à la fin des années 1990, avec l'émergence de l'addictologie, toutes les disciplines ont été appelées à s'impliquer dans un même champ d'investigation scientifique, dans la confrontation d'approches différentes et dans l'élaboration de buts communs autour de nouvelles pratiques de prévention et de soins.

### **DU TRIPTYQUE BIO-PSYCHO-SOCIAL À L'INTELLIGENCE COLLECTIVE**

Dès les années soixante-dix, Claude Olievenstein définissait la toxicomanie à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'auto-modifier (pharmacologie) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle) (Olievenstein 1982). Cette définition peut parfaitement être étendue à l'ensemble des conduites addictives. L'hétérogénéité des produits, des personnes, des parcours rencontrés et le constat pour chaque discipline qu'elle ne peut percer à elle seule une question humaine telle que l'addiction (Morel et al. 2003) ont conduit nombre d'intervenants à se référer à un modèle bio-psycho-social et à mener un travail transdisciplinaire (Cormier 1993). Ce travail implique une véritable intégration systémique des dimensions biologiques, psychiques et sociales de ce que vit le sujet (Valeur et Matsiyak 2008). Il répond au principe d'intelligence collective bien illustré par cette fable indienne de plusieurs aveugles tentant de décrire un éléphant : l'un touche l'oreille et en conclut que c'est un éventail, un autre touche une patte et pense que c'est une

colonne et ainsi de suite (Haley 1995). Ce sont les capacités d'un groupe de professionnels à associer leurs perceptions partielles de l'environnement qui permettent une plus grande conscience des éléments de la totalité et de la partager (Levy 1994).

Dans la pratique institutionnelle et clinique, l'application de ce modèle nécessite à la fois de construire une nouvelle logique de pensée pour faciliter la mise en commun des connaissances entre les professionnels, et une nouvelle méthodologie de travail pour sa mise en place concrète dans l'accompagnement thérapeutique.

### **INTÉRÊT DE L'APPROCHE EXPÉRIENTIELLE POUR UN TRAVAIL D'ÉQUIPE TRANSDISCIPLINAIRE**

La nouvelle logique de pensée que nécessite le travail transdisciplinaire doit, selon Nicolescu (1996), s'effectuer à partir de trois postulats fortement inspirés de la pensée complexe de Morin :

- la prise en compte de la complexité humaine (mentale, corporelle et émotionnelle) ;
- la prise en compte de toutes les disciplines dans la compréhension de l'être humain (unification des contradictions) pour développer ses potentialités créatrices ;
- la nécessité d'un outil systémique qui permet la création d'une continuité entre toutes les disciplines.

L'approche expérientielle, en mettant la personne et son expérience au centre, répond à ces trois critères et constitue une logique de pensée et d'action intrinsèquement transdisciplinaire.

L'approche expérientielle est une « focale », un angle de vue holistique à la croisée de toutes les disciplines, proposée par certains auteurs du champ des addictions, dont les premiers sont nord-américains avec Stanton Peele et Dollard Cormier. Elle s'appuie essentiellement sur la prise en compte de ce que vit le sujet, dans son contexte, à travers son expérience d'usage. Elle dénie toute appropriation par une discipline du « centre » de la définition de l'addiction, celui-ci se trouvant entre l'individu et son contexte, dans une interface qui fonde la subjectivité d'une problématique et de l'éventuelle souffrance qui peut y être attachée. Dans le cadre thérapeutique, l'objectif est d'amener la subjectivité de l'expérience à se questionner dans un échange intersubjectif, soignant/soigné, pour comprendre ses impacts et comment elle prend sens dans l'histoire de l'utilisateur (résoudre une souffrance, intégrer un groupe), et pour trouver les moyens de son propre changement. L'approche expérientielle est donc, par définition mouvante, constituée de multiples points de vue et points de rencontre et n'a que l'ambition de les mettre en lien pour en dégager du sens (Morel et Couteron 2008).

L'adoption de cette « focale » transdisciplinaire suppose également le souci pédagogique d'un dialogue accessible à tous, et donc d'un langage commun. Celui-ci n'est ni une pensée unique ni un dogme, mais l'élaboration collective de points de convergences pouvant sans cesse être partagés et réinterrogés (Morel et Couteron 2008). Il permet de sortir des préjugés ou des discours ésotériques des différents professionnels souvent inefficaces à modifier des représentations collectives erronées et stigmatisantes envers l'utilisateur. Le langage commun permet aussi de s'extraire des préjugés et de se reconnaître dans le visage de l'autre ; il est une condition nécessaire pour améliorer les capacités et l'efficacité des interventions (Nicolescu 1996).

## **LE DÉVELOPPEMENT DE POTENTIALITÉS CRÉATRICES DE CHANGEMENT À PARTIR D'UNE COMPRÉHENSION DE L'ADDICTION**

Si l'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines, elle ne peut se satisfaire de la définition de l'addiction essentiellement basée sur des critères pathologiques neurobiologiques et comportementaux, comme le fait par exemple le DSM. Elle doit être envisagée à travers la dimension psychosociale « positive » de l'exposition répétée aux effets du produit. Celle-ci représente en effet une « solution » immédiate pour modifier sur commande son vécu du rapport à l'autre et au monde. La conduite addictive n'est pas forcément synonyme de souffrance et de maladie, elle représente surtout une quête d'un plaisir ou simplement d'un apaisement de tensions et l'adaptation à son environnement. Là est toute l'ubiquité des produits ou des comportements addictifs, à la fois remèdes et poisons.

L'usager est assujéti non au seul produit ou au comportement addictif, mais à l'expérience qu'il en vit, et c'est la répétition de cette expérience qui définit l'addiction (Peele 1982). Cette centration rend compte d'une focalisation de l'existence de l'usager non seulement sur le produit, ses effets et ses rites d'utilisation, mais également sur toute l'expérience qui accompagne cette consommation, tout l'univers subjectif qu'elle crée : un rapport au monde transformé qui affecte la relation au corps, la relation au temps et à l'espace et le rapport à autrui (Morel 2007). L'expérience devient problématique lorsque la conduite addictive devient la seule solution dont le sujet dispose pour supporter et pour faire face aux situations stressantes, et lorsqu'elle génère plus de souffrance que de satisfaction (Mac Dougall 2004 ; Peele 1982).

L'accès au vécu du sujet par son écoute permet au thérapeute de sortir d'une conception théorique ou morale pour mieux se représenter tous les éléments biologiques ou psychosociaux qui

participent à la fonction adaptative personnelle du comportement addictif. Éléments qui sont autant de leviers ou d'ouvertures possibles pour sortir du cycle. Ainsi, les finalités thérapeutiques ne se réduisent plus à l'abstinence mais favorisent la création d'un nouvel espace, un espace transitionnel au sens winnicottien du terme (1980), un espace de réalisation des potentialités créatrices d'une personne.

## **L'EXPÉRIENCE DONNE ACCÈS A LA COMPLEXITÉ DE L'HUMAIN**

L'intégration des différentes disciplines est le corollaire d'une prise en compte de la complexité de l'être humain, de ses sentiments, de son mental et de son corps. Il s'agit d'une approche systémique où « le tout est plus que la somme des parties ». La transdisciplinarité cherche à faire évoluer l'ensemble des dimensions du système, en considérant « qu'il existe des qualités émergentes, c'est-à-dire qui naissent de l'organisation d'un tout, et qui peuvent rétroagir sur les parties », mais également « des qualités qui sont inhibées par l'organisation de l'ensemble » (Morin 1990). Ce « tout », c'est l'expérience, dans sa dimension singulière, indécidable, subjective mais en partie objectivable, notamment dans l'intercommunication, l'écoute empathique, la parole, la délibération.

L'approche expérientielle des addictions a précisément pour ambition de proposer les voies d'un dialogue systémique permanent entre disciplines et une « écoute active » entre les personnes. Elle permet de construire un langage commun à partir de l'expérience, de son partage et au regard des connaissances scientifiques, et ainsi de forger de nouveaux outils de prévention et de soins. Elle ne répond d'aucun savoir disciplinaire en particulier et représente un instrument collectif permettant de rétablir un minimum d'unité dans la compréhension de la réalité.

L'approche expérientielle en matière de conduites addictives considère le vécu du sujet à travers son ressenti psychosocial (son inscription dans un mode de vie) et psychocorporel (entre plaisir et souffrance) de l'effet du produit consommé et, plus globalement, à travers son rapport à ce produit. Dans le cadre thérapeutique, l'importance est donnée au sens et à la satisfaction que l'utilisateur trouve ou pas dans cette expérience, à sa capacité d'élaboration de son expérience, à ses ressources, à ses motivations pour changer (ou pas) et à ses limites.

## **COMMENT TRAVAILLER ENSEMBLE ?**

Assumer les différences entre les disciplines tout en dégageant « un point de convergence ouvert à un espace de rencontre », à « une clinique du partenariat » dans la complexité et l'altérité, tels sont les enjeux pratiques d'un « travailler ensemble », en particulier dans ce qui touche au médico-psycho-social (Depaulis et al. 2013).

Dans une approche basée sur le sujet, son expérience et son contexte, l'accompagnement et le traitement ne peuvent se réaliser sans une transdisciplinarité active.

En addictologie, cela commence par l'évaluation multidimensionnelle (sociale, médicale, psychologique pour reprendre des catégories classiques) et partagée de la situation du patient dans l'ici et maintenant, et de son expérience d'usage. En fonction des besoins identifiés lors de cette évaluation, des compétences diverses peuvent être mises en œuvre tout au long du « parcours de soins », et des approches thérapeutiques différentes peuvent se combiner avec un souci d'organiser le passage d'un registre à un autre et d'éclairer les acquis de l'un par les acquis de l'autre. L'objectif est d'aider l'utilisateur à changer de mode de vie en amoindissant le sentiment de perte et de solitude qui résulte souvent de l'abandon de son réseau social, par

le soutien à de nouveaux investissements ou à des réinvestissements davantage choisis.

Cette mise en lien des dimensions biologiques et psychosociales nécessite à la fois un recadrage du travail avec l'utilisateur par chaque professionnel et une cohérence entre les différents acteurs pour œuvrer dans la même direction. Un tel système dépend de la capacité de l'équipe pluridisciplinaire à mailler, à tisser différents savoir-faire permettant l'évolution de l'utilisateur dans son parcours de soins (Morel et Couteron 2008).

## **ORGANISER ET COMBINER LA COMPLEXITÉ DES INTERVENTIONS AVEC L'USAGER**

Le *case management* - que l'on pourrait traduire par coordination ou référence plutôt que par « gestion de cas », mais ce débat sémantique n'est pas tranché en France - représente une mise en pratique de la transdisciplinarité dans l'accompagnement thérapeutique. Il s'agit de l'organisation d'une combinaison d'interventions pour leur mise en cohérence, définissant ainsi le traitement ou le programme thérapeutique. C'est-à-dire une démarche orientée et définie par des objectifs qui dépassent les frontières institutionnelles et professionnelles, et qui appartiennent pleinement à l'utilisateur, acteur et auteur principal de son parcours.

Le *case management* peut prendre des formes variables, mais conduit à apporter, dans un contexte institutionnel donné, des réponses à un certain nombre de questions essentielles :

- quelle est la place de l'utilisateur, de ses choix et de ses ressources dans son propre changement et son parcours de soins ?
- quelles sont les interventions extérieures susceptibles d'être sollicitées pour aider à ce changement ?

- comment les divers intervenants définissent leurs objectifs et participent à des objectifs communs déterminés avec le patient ?
- comment ces différents intervenants dialoguent-ils entre eux et avec le patient ?
- qui coordonne cette combinaison d'actions et d'acteurs, au long du parcours et du suivi ?

### **PERMETTRE À L'USAGER D'ÊTRE LE PREMIER ACTEUR DE SON PARCOURS**

Les structures médico-sociales d'aide aux usagers de drogues se caractérisent par leur transdisciplinarité, bien qu'aujourd'hui l'on constate une forte médicalisation de la prise en charge, notamment depuis la mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés.

Pour les professionnels, ce parcours s'organise schématiquement en quatre temps (Woodtly 2006) :

- évaluation bio-psycho-sociale et conceptualisation des besoins et des ressources de l'utilisateur ;
- planification du processus de soin à partir d'objectifs élaborés en commun dans un cadre temporel et identification des personnes responsables de chaque action ;
- réalisation et pilotage de la mise en place avec l'aide du réseau de l'utilisateur et des services adaptés (*monitoring*) ;
- bilan et promotion des progrès réalisés par l'utilisateur, de la collaboration des équipes et de l'impact des interventions (*advocacy*).

Le *case management* est un dispositif collaboratif avec le professionnel avec lequel le patient est amené à solliciter ses propres ressources internes et externes pour répondre à ses besoins biologiques (traitements d'affections somatiques par exemple), psychologiques (psychothérapie individuelle, familiale) et sociaux (logement, dettes, famille). La dimension interne correspond au niveau intrapsychique qui regroupe toutes les ressources et les expériences accumulées tout au long de la vie. La dimension externe de l'individu interroge sur son insertion familiale, sociale et professionnelle (Haley 1995). En s'appuyant sur le principe d'*empowerment*, c'est-à-dire le développement de ses compétences renforçant son autonomie, le patient peut accéder à l'ensemble des services médicaux et sociaux, et surtout à son propre rétablissement qui dépasse très largement la seule question de ses soins et de sa santé. Outre la constitution d'un réseau de soutien, il s'agit de rendre l'utilisateur acteur de son parcours de soins en lui reconnaissant son pouvoir d'agir par lui-même, selon ses choix, ce qui accentue son implication et sa motivation (Woodtly 2006).

Les coordinations « internes » et « externes » peuvent être réalisées soit par une personne dont c'est le rôle (le *case manager* ou, en français, le référent-coordonateur), soit par un système de coopération très souple mais difficile à maintenir dans la durée.

## **EXPÉRIMENTATIONS ET ÉVALUATION DU *CASE MANAGEMENT***

Développé initialement aux États-Unis, dans le cadre de suivis de patients présentant des troubles psychiatriques sévères nécessitant un accompagnement intensif, ce modèle répond aussi à des préoccupations économiques et sociales en privilégiant la consolidation et la qualité des relations du patient à son environnement plutôt que la répétition des hospitalisations (Holloway 1991). Depuis les années quatre-vingt-dix, des programmes

de *case management* dans le domaine des toxicomanies et de l'alcoolisme ont été réalisés aux États-Unis et au Canada, et, pour certains, en Europe (Belgique, Allemagne et Pays-Bas) (Vanderplasschen et al. 2004). Ces études ont montré l'impact et l'intérêt de ce modèle sur l'observance thérapeutique, la coopération et la coordination du réseau professionnel face à des situations complexes, l'implication de l'utilisateur, la diminution ou l'arrêt de la consommation (Lightfoot et al. 1982).

L'évaluation, la planification, la mise en lien et l'accompagnement des démarches de l'utilisateur structurent le traitement, garantissent l'adéquation des services à ses besoins et facilitent son passage d'une étape à l'autre tout au long du suivi (Monchick et al. 2006). Cette organisation renforce la relation d'aide, évite les risques de « rechute » ou de rupture et favorise les liens interdisciplinaires entre les structures.

En France, on observe différentes tentatives qui procèdent de ces préoccupations : programmes voire protocoles institutionnels de prise en charge (d'une hépatite virale par exemple), mise en place d'une thérapie multifocale, développement de coordinations des soins pour des patients en appartement, etc. Un professionnel est souvent désigné auprès de chaque patient en tant que référent, présent aux différents stades de son évolution et garant de l'attitude thérapeutique à adopter. Le partage régulier en équipe assure une cohérence de travail car il enrichit l'observation, oblige chacun à clarifier le rôle des différents intervenants et garantit une continuité des soins par l'équipe pluridisciplinaire. Cependant, l'analyse de ces pratiques et leur évaluation sont peu développées voire inexistantes.

Le *case management* constitue une structuration et un niveau d'organisation élevé de ces prémices. Il nécessite aussi de la part de tous les professionnels une adaptation permanente, des compétences relationnelles, une bonne connaissance de l'ensemble des services médicaux et sociaux proposés, et une certaine expérience professionnelle.

Au sein des institutions médico-sociales en addictologie la pratique de la transdisciplinarité répond à la complexité des problématiques et des réponses thérapeutiques qui doivent être apportées. Elle est appelée à se développer, mais, pour cela, c'est *une nouvelle culture institutionnelle et professionnelle* qui est à construire.

## BIBLIOGRAPHIE

CIRET : <http://ciret-transdisciplinarity.org>

Cormier, Dollar (1993). *Toxicomanies : styles de vie*. Montréal : Éditions du Méridien.

Depaulis, Alain et Jean Navarro et Gilles Cervera (2013). *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial. Complexité et altérité*. Èrès, collection EMPAN.

Haley, Jay (1995). *Un thérapeute hors du commun : Milton Erickson*. Bruxelles : Desclée de Brouwer.

Holloway, Frank (1991). « Case management for the mentally ill : looking at the evidence. » *Int. J. Soc. Psychiatry* 37 (1): 2-13.

Levy, Pierre (1994). *L'Intelligence collective*. Paris: La Découverte.

Lightfoot, Lynn, Paul Rosenbaum et Susan Ogurzsoff (1982). *Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project*. Ottawa: Department of Health, Health Promotion Directorate.

Monchick, Randy, Anna Scheyett et Jane Pfeifer (2006). Drug court case management : role, function and utility. *National Drug Court Institute*.

McDougall, Joyce (2004). « Addiction et Dépendance. » *Revue française de psychanalyse* 68 (2) : 511-526.

Morel, Alain (2007). « Drogues, Plaisirs et Politique. » *Socio-anthropologie, Santé société* 21 : 3-22.

Morel, Alain et Jean-Pierre Couteron (2008). *Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris : Dunod.

Morel, Alain, François Hervé et Bernard Fontaine (2003). *Soigner les toxicomanes*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Dunod.

- Morin, Edgar (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF Éditeur.
- Nicolescu, Basarab (1996). *La Transdisciplinarité. Manifeste*. Paris : Éd. du Rocher.
- Peele, Stanton (1982). *L'Expérience de l'assuétude*, trad. L. Nadeau. Montréal : Université.
- Olievenstein, Claude (dir.) (1982). *La Vie du toxicomane*. Paris : PUF.
- Valleur, Marc et Jean-Claude Matysiak (2008). *Les Addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris : Armand Colin.
- Vanderplasschen, Wouter, Richard C. Rapp, Judith R. Wolf et Eric Broekaert (2004). « The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. » *Psychiatr. Serv.* 55 : 913-922.
- Winnicott, Donald (1980). *Jeux et réalité*. Paris : rééd. coll. Essais Points.
- Woodtly, Roland (2006). « La gestion des cas : définition et objectif. » *Panorama* 1, 4-6.



## **PROXIMITÉ, NON-JUGEMENT ET RECONNAISSANCE DES SAVOIRS D'USAGE. L'ÉPREUVE DE LA PROFESSIONNALISATION**

*Pierre Roche*

Cet article tente de rendre compte du devenir des trois grands principes de la réduction des risques liés à l'usage des drogues (proximité, non-jugement et reconnaissance des savoirs d'usage) à l'épreuve de l'institutionnalisation et de la professionnalisation de son champ. Il prend appui sur les résultats obtenus dans le cadre d'une recherche-intervention conduite avec un groupe d'intervenants de première ligne des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) du département de la Seine-Saint-Denis en France.

En France, la pratique de la réduction des risques (RdR) liés à l'usage des drogues a été à l'origine portée par quelques associations comme Auto Support pour les Usagers de Drogues (ASUD)<sup>36</sup>, Médecin du Monde (MdM), Aides, et par des militants dans un contexte social caractérisé par l'urgence en raison

●  
<sup>36</sup> L'association ASUD a été créée en 1992 afin de promouvoir la réduction des risques auprès des usagers et ex-usagers de drogues et de soutenir toute personne prise en charge par le système sanitaire et social pour des questions relatives à son usage de drogues. Pour en savoir plus sur son rôle pionnier dans la mise en place, en France, de la politique de la réduction des risques, on peut se reporter à un article relativement récent de son actuel directeur (Olivet 2013).

de la menace de la pandémie du sida. Son efficacité devait beaucoup à une philosophie d'action qui promouvait les principes de la proximité, du non-jugement et de la reconnaissance des savoirs expérientiels des personnes usagères de drogues. Durant les années 1990 et début 2000, des intervenants allaient dans la rue à leur rencontre afin de leur apporter des kits d'injection comprenant des seringues propres mais aussi des conseils et du réconfort. Ils s'abstenaient de porter tout jugement de valeur sur leur consommation et leur mode de vie et avaient pour souci de prendre en compte leurs savoirs expérientiels. La plupart des équipes avaient intégré des éducateurs pairs qui avaient notamment pour rôle de transmettre les savoirs d'usage, de former leurs collègues, tout particulièrement à l'art si difficile du travail de rue en travaillant en binôme avec eux.

Parce qu'elle pouvait se prévaloir de succès importants en matière de santé publique, notamment en favorisant une forte diminution des risques infectieux (VIH-Sida, VHB, VHC) et des surdoses grâce à la mise en place de Programmes d'échange des seringues (PES) ou encore de Traitement de substitution aux opiacés (TSO) via la méthadone et la buprénorphine, cette pratique a fait peu à peu l'objet d'une reconnaissance sociale et institutionnelle, de l'abrogation en 1987 du décret de 1972 qui interdisait la vente des seringues en pharmacies à son inscription dans le code de la santé publique en 2004. Cette reconnaissance s'est traduite par une professionnalisation de son champ, notamment avec l'institution des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) en tant qu'établissements médico-sociaux dans lesquels interviennent des professionnels reconnus (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, assistants de service social, psychologues, infirmiers).

Proximité, non-jugement et éducation par les pairs : tels ont été les trois grands principes qui ont donc permis au champ de la RdR de voir le jour et de se développer. Onze ans après la promulgation de la loi de 2004, que deviennent-ils à l'épreuve

de cette institutionnalisation ? Gardent-ils leur rôle structurant vis-à-vis de ce dernier, de ses pratiques professionnelles et militantes ? Ont-ils fait l'objet d'une évolution ? Ont-ils été affectés dans leur contenu même par le mode de professionnalisation actuel ? Telles sont les questions auxquelles nous tenterons ici d'apporter quelques éléments de réponse.

Nous nous appuyons pour cela sur une recherche-intervention (Roche 2014) que nous avons conduite durant les années 2012-2013 en réponse à une commande de la Mission de prévention des conduites à risques du Conseil général de la Seine-Saint-Denis<sup>37</sup> ; une commande qui venait relayer une demande formulée par des professionnels des CAARUD rencontrés sur le terrain au cours des diverses manifestations qu'elle a pu animer. Cette dernière portait sur la nécessité d'explicitier, de rendre visible et de qualifier leur travail et, plus généralement, de disposer d'un espace favorisant la production de savoirs sur la démarche de Réduction des risques (RdR).

Cette recherche-intervention<sup>38</sup> était adossée à une clinique sociologique du travail (de Gaulejac et al. [2007] 2012) qui invite à prendre en compte les dimensions subjectives des rapports sociaux et qui promeut, au cœur de son dispositif méthodologique, grâce notamment à sa démarche d'entretiens collectifs répétés avec retour, la co-construction de savoirs avec des groupes de salariés. C'est dans un tel contexte que nous avons animé, en bénéficiant du concours précieux de Betty Azocar<sup>39</sup>,

●  
<sup>37</sup> Devenue Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR) au terme de sa fusion avec la Mission de prévention des toxicomanies de la ville de Paris.

<sup>38</sup> Cette recherche-intervention a bénéficié de l'appui de la Délégation territoriale 93 de l'Agence régionale de la santé-ARS (financeur des CAA-RUD).

<sup>39</sup> Soulignons ici l'intérêt d'une telle co-animation pour la dynamique de la parole et la construction des savoirs. Betty Azocar est chef de projets à la MMPCR. Elle a investi le champ de la RdR depuis longtemps en tant que militante (« Drogues et Société », Sleep In de Paris, « Limiter la

des séances de travail avec un groupe de professionnels de première ligne appartenant aux trois CAARUD implantés dans ce département (soit FIRST qui fut repris au cours de la démarche par AURORE, PROSES et YUCCA) ou ayant participé à l'étude de faisabilité concernant la mise en place d'une équipe mobile pour le service EGO d'AURORE.

## **LA PROXIMITÉ, UN PRINCIPE TOUJOURS FORTEMENT À L'OEUVRE**

La proximité imprègne toujours fortement les pratiques professionnelles, participe de leur orientation (Roche 2005). Pour les professionnels, il s'agit d'aller au plus près de la personne afin d'être à ses côtés, en soutien, notamment pour qu'elle sache qu'elle pourra compter sur leur présence et leur aide concrète



casse », Association française de réduction des risques (AFR), groupe LSD « Loi, sexe et drogues », de Médecins du Monde) tout en s'efforçant de l'observer en tant que psychosociologue. Elle occupe donc une place située à la frontière du dedans et du dehors de ce champ. Nous sommes sociologues du travail et nous ne cessons pas d'intervenir dans les univers professionnels les plus divers auprès de groupes de salariés. Nous ne sommes donc pas spécialistes de ce champ professionnel sans être non plus complètement ignorants de ses enjeux, notamment en raison d'une démarche quelque peu pionnière (Causse et Pierre Roche 2002) que nous avons pu y conduire alors même que la loi sur les CAARUD n'avait pas encore été promulguée. On comprend que nos deux façons d'écouter, de relancer, de questionner les professionnels des CAARUD se complétaient. Betty Azocar mobilisait plutôt son expérience vécue et sa connaissance historico-théorique des pratiques RdR liés à l'usage des drogues. Nous, nous mobilisions plutôt notre connaissance générale du travail, notamment des métiers de la relation qui impliquent aussi accueil, accompagnement et « aller-vers ». Betty Azocar était peut-être plus à même de pousser ces professionnels à expliciter ce qui, dans leur pratique RdR, leur était propre. Nous, nous étions peut-être plus à même de les pousser à expliciter ce qui, dans leur pratique RdR, allait de soi, n'était guère questionné en raison de la doxa propre à ce champ.

dans les moments les plus difficiles, les plus dramatiques. Il s'agit d'aller au plus près d'elle sans qu'il y ait pour autant confusion ou recouvrement des identités (Nancy 1996).

Ils font vivre cette proximité avec beaucoup de finesse dans les trois grandes fonctions des CAARUD : dans le travail de rue bien sûr en se rendant sur le territoire de consommation des usagers de drogues mais aussi à l'accueil et au cours de l'accompagnement en se rendant le plus disponible possible.

### **DANS LE CADRE DU TRAVAIL DE RUE**

Les professionnels se rendent sur le territoire de consommation des usagers de drogues, le plus souvent dans des lieux interstitiels (locaux à poubelles) ou de transit (couloir de métro) ou encore à la périphérie des quartiers populaires, dans des parkings souterrains ou sur les bords d'un canal.<sup>40</sup> Les usagers de drogues ne consomment généralement pas en effet à proximité des lieux où ils viennent acheter les produits parce que les dealers les rejettent et parce qu'eux-mêmes, souvent, préfèrent rester discrets.

Les professionnels se rendent dans ces lieux tantôt à la demande des usagers de drogues ; tantôt de leur propre initiative. Parfois dans la continuité d'une rencontre à l'accueil, lorsque les usagers souhaitent qu'ils se rendent là où ils vivent afin qu'ils puissent se rendre compte de ce qui, pour eux, fait condition. Parfois parce que certains usagers (crackers, femmes qui se prostituent dans des voitures sous un tunnel) ne vont jamais sur le CAARUD ; parce que le fait d'aller vers eux les incite à se rendre, dans un deuxième temps, sur cette structure. Mais le fait

●  
<sup>40</sup> Les professionnels avec lesquels nous avons coopéré se rendent aussi, de façon plus épisodique, dans les milieux festifs ou encore, plus exceptionnellement, par le biais d'un collectif inter-CAARUD, dans des galas de fin d'année des grandes écoles.

d'aller sur le territoire de l'autre présente d'autres avantages, notamment celui de permettre de voir ce qui est tu à l'accueil, de découvrir les « produits » dont la consommation peut faire, à cet endroit, l'objet d'un déni. Les professionnels sont parfois très surpris par le caractère massif de la présence des usagers sur certains territoires et l'ampleur de leur consommation. A tel point qu'ils peuvent se retrouver rapidement en rupture de stock de matériels RdR et ne pas pouvoir faire face à la demande. Une telle situation peut les conduire à élaborer un projet pour une meilleure diffusion des kits d'injection ou base.<sup>41</sup>

La proximité dans la rue relève d'un art difficile car tout y est mouvant et changeant, car le risque d'être (vécu comme) intrusif est élevé, car la culture de la RdR y est peu développée et la stigmatisation encore forte. Il leur faut alors faire preuve d'ingéniosité, passer plusieurs fois au même endroit ou ramasser du matériel souillé afin de se faire repérer et, au gré des rencontres, nouer des liens ou encore être « cooptés » par une tierce personne. Il leur faut prendre le temps de l'observation afin de pouvoir « calquer » leur façon d'être sur celle du groupe avec lequel ils veulent travailler. Beaucoup se joue dès les premiers instants, dans la façon même de se présenter, d'interpeller l'autre, de lui adresser la parole.

## A L'ACCUEIL

Les professionnels accueillent les usagers de façon inconditionnelle, dans un cadre qui respecte les principes de la libre adhésion, de l'anonymat et de la gratuité. Ils leur fournissent du matériel stérile ainsi que quelques conseils concernant son utilisation et se mettent à leur écoute en veillant à respecter leur parole mais aussi, parfois, le déni qu'ils ont construit sur le « produit » et, au-delà, leur vie.

●  
<sup>41</sup> Ces derniers kits sont à destination des fumeurs de crack.

Dans cette perspective, ils ne s'empressent pas de réaliser le premier entretien qui pourrait être vécu comme intrusif et invasif par ces derniers. Car ils ne sont pas *a priori* demandeurs d'un échange. Ils peuvent avoir peur du jugement négatif et lorsqu'ils disposent du matériel, ils sont parfois pressés de consommer. Car leur souhait n'est autre peut-être à ce moment-là que de trouver un lieu qui les accueille sans rien exiger d'eux en retour. Il n'est autre peut-être que de trouver un peu de chaleur : celle du café, celle des locaux, celle des relations humaines. Si les personnes ne demandent rien d'autre que cela, il est important que les professionnels dans une optique de réciprocité ne leur demandent rien.

« Chez eux/chez nous ». Cette opposition est fortement structurante pour la pratique professionnelle de proximité. Elle est notamment au principe d'une différenciation dans les positionnements. Lorsqu'ils sont sur le territoire des usagers de drogues, les professionnels considèrent qu'ils doivent s'adapter à leur monde. Lorsqu'ils sont dans l'enceinte du CAARUD, sur le lieu d'accueil, ils leur demandent de suivre les règles qui y ont été instituées.

En réalité, les professionnels regroupent les actes des usagers en trois grandes catégories : ceux que l'on accepte, ceux que l'on interdit mais aussi ceux que l'on va tolérer en « faisant le dos rond », en « fermant les yeux », en appliquant le principe du « pas vu, pas pris ». Les actes de consommation de drogues au sein même du local du CAARUD s'inscrivent souvent dans cet entre-deux, même si leur interdiction est formellement signifiée dans le règlement intérieur affiché à l'accueil.

Les professionnels sont alors conduits à repousser la limite plus ou moins loin en évaluant la situation telle qu'elle se présente pour *celui-ci* ou *celle-là*, *ici* et *maintenant*. N'est-il pas préfé-

nable, par exemple, qu'un usager de drogues dont l'état du système veineux est très endommagé se fasse un fix<sup>42</sup> dans un camion ou dans les locaux du CAARUD plutôt que dehors ? N'est-il pas préférable qu'il le fasse à l'infirmerie plutôt que dans les toilettes ? En acceptant cela, les professionnels s'inscrivent dans la même logique que l'outil « Education aux risques liés à l'injection » (ERLI)<sup>43</sup> et les futures salles de consommation à moindre risque. Mais ce parti pris qui consiste à répondre à la situation au cas par cas suscite parfois un sentiment d'iniquité chez les autres usagers qui ne manquent pas de l'exprimer lors de la tenue des réunions des Conseils de vie sociale (CVS) ou des groupes d'expression (ANESM 2009) en disant : « *Pourquoi lui et pas moi ?* » ou encore : « *moi, tu m'engueules parce que je bois et tu ne dis rien à l'autre qui injecte ?* ».

Reconnaissons enfin que le principe du « pas vu pas pris » peut les conduire à réprimer davantage les produits fumés que les produits injectés ou sniffés parce que l'odeur attire l'attention sur l'acte, ne peut « mentir » et empêche le regard de se détourner, parce qu'elle manifeste une trahison, une rupture du contrat de confiance, voire de l'insolence. Ce qu'elle révèle pour les professionnels est sans doute fonction - et à la mesure - de ce qu'elle réveille chez eux, en fait des représentations et des souvenirs qu'elle fait remonter à leur conscience. Elle participe de l'orientation de leur pratique et de leurs actes dans la mesure même où elle est précisément le support organique de ces représentations et souvenirs (Biran 1920). Nul autre sens, excepté



<sup>42</sup> Une injection.

<sup>43</sup> Des professionnels, dans le cadre d'une unité mobile, accueillent l'usager-ère de drogues afin de lui apprendre les gestes techniques qui permettent une injection à moindre risque. Dans un premier temps, ces professionnels se contentent d'observer la façon dont il réalise son injection. Dans un second temps, ils lui font retour de ce qu'ils ont observé et ils lui apportent des conseils précis afin qu'il puisse rectifier son mode opératoire.

peut-être celui de la saveur, n'a ce pouvoir-là, et nul autre écrivain n'a su, mieux que Marcel Proust, l'exprimer dans l'univers de la littérature :

Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur quelques gouttelettes presque impalpables, l'édifice immense du souvenir (Proust [1913] 1946-1947 : 68).

### **AU COURS DE L'ACCOMPAGNEMENT**

Les professionnels accompagnent les usagers de drogues dans les démarches administratives, d'insertion professionnelle ou encore de soins qu'ils entreprennent. Cela, en respectant le tempo de chacun, en battant à son rythme. Ainsi, une fois hébergé, tel usager initie tout de suite les démarches administratives nécessaires à la pérennisation de sa situation ; tel autre, par contre, a besoin de prendre un temps afin de retrouver ses marques et de se « retrouver ». Ils les accompagnent en travaillant avec eux aux moments les plus opportuns, lesquels risquent bien souvent de ne plus jamais se représenter ; en s'inscrivant sur la longue durée. Ne faut-il parfois trois mois, voire plus pour qu'un usager puisse se stabiliser dans un logement ou encore se rendre à un rendez-vous à Pôle emploi ? Pour surprenante qu'elle soit, une telle durée est souvent requise pour déclencher la subjectivation nécessaire à un tel acte, qui n'est anodin que pour un regard extérieur. Les professionnels ont ici pleinement conscience de la fragilité et de la réversibilité des processus. Toute avancée est en effet toujours susceptible de déclencher un retour à la « case départ », une réassignation d'autant plus violente que les efforts pour « s'en sortir » ont été importants. C'est tout particulièrement le cas lorsque le fait même

de retrouver une existence sociale au travers d'une demande de Revenu de solidarité active (RSA)<sup>44</sup> confronte de nouveau un usager de drogues à son endettement vis-à-vis du Trésor public.

L'hébergement constitue ici un outil précieux dans la pratique d'accompagnement à la RdR.<sup>45</sup> Pour ceux et celles qui sont dans la rue, il est en effet vital de pouvoir bénéficier d'un lieu pour se poser et faire une pause dans la galère. Mais la mise à l'abri ne prend tout son sens qu'au-delà de la situation d'urgence. Les professionnels montent alors le dossier de demande de logement en étant pleinement conscients d'engager une course avec le temps en raison de la brièveté de la période hivernale et du risque d'un retour à la rue pour eux.

Le souci d'être présent à l'autre les pousse à négocier en permanence les limites de leur intervention. Ainsi, ils peuvent sor-

●  
<sup>44</sup> Le RSA assure aux personnes sans ressources ou disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition du foyer.

<sup>45</sup> Notre recherche-intervention nous a permis de prendre la mesure de l'importance de cet hébergement mais aussi des difficultés auxquelles se heurtent les professionnels. Aujourd'hui, la mission d'hébergement n'entre pas dans le cahier des charges des CAARUD mais dans celui des associations dont ils dépendent. Cette distinction est importante en raison des modes de financement qu'elle induit. Si les CAARUD sont financés par l'ARS de façon pérenne, les associations le sont par la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement d'Ile-de-France (DRIHL-IF) sur un mode annualisé qui oblige les professionnels à renouveler leur demande chaque année pour leur public. Ne faudrait-il pas alors intégrer formellement la mission de l'hébergement en tant que telle dans le cahier des charges des CAARUD ? Une telle mesure, si elle était prise, aurait le mérite de mieux reconnaître le travail réel des professionnels des CAARUD mais aussi de ne pas rajouter des difficultés aux nombreuses difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'accomplissement de leur activité parce qu'ils ne seraient plus obligés, pour le coup, de renouveler chaque année leur demande pour leur public, parce qu'ils pourraient s'inscrire dans une forme de temporalité plus appropriée à la pratique de l'accompagnement.

tir de l'établissement et, une heure durant, discuter avec un usager de drogues sur un banc public, ou alors continuer une tâche entamée avec un autre usager au-delà de leurs horaires normaux de travail parce qu'ils ne savent pas si l'évolution de son état de santé le permettra le lendemain ou s'ils ne seront pas obligés de répondre à d'autres urgences.

Ce travail n'est cependant pas caractérisé par une absence de cadre. En fait, ils prennent le parti, à tel ou tel moment, d'élargir, d'assouplir, de distordre, de déformer ce cadre, précisément pour pouvoir continuer à s'y référer et apporter une aide concrète à tel ou tel usager. C'est cela qui, précisément, fait leur force.

Ils sont conduits à nouer à l'occasion de leur activité de nombreuses relations avec des professionnels de la santé et du travail social, et tout particulièrement avec des équipes hospitalières diverses, des professionnels des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou du secteur de la psychiatrie, de la pharmacie, de l'éducation spécialisée, de la prévention, de la médiation, etc.

Leurs relations avec les policiers sont plus épisodiques ; elles sont nécessaires lorsque la présence de ces derniers à proximité des CAARUD ou des unités mobiles dissuade les usagers à venir chercher leur kit d'injection. Ils contactent alors le commissariat afin de rappeler le cadre légal de leur travail, expliciter son contenu et le sens de leur mission.

Ils peuvent aussi avoir des relations avec les habitants. Ces derniers peuvent jouer un rôle positif, notamment lorsqu'ils leur signalent la présence de seringues dans certains lieux ou lorsqu'ils les introduisent dans certains quartiers dont l'accès est réputé difficile. Mais ils sont aussi parfois peu coopérants car ils peuvent avoir peur de subir des représailles de la part des usagers de drogues, être méfiants, notamment si des personnes dans leurs familles sont engagées dans le trafic ou encore percevoir la démarche de la RdR sur le mode d'une incitation à se

droguer susceptible de mettre en danger les enfants. En général, les professionnels n'énoncent pas d'emblée aux habitants le sens de leur présence sur le territoire et de leur mission afin de ne pas susciter chez eux des réactions violentes de rejet. Ils introduisent tout d'abord le fait qu'ils sont là pour aider « des gens en difficultés ». Ce n'est que dans un deuxième temps, à la faveur d'une relation de confiance en construction, qu'ils précisent que ces « gens en difficultés » consomment notamment des drogues.

Enfin, certains dealers les approchent pour les interroger sur le sens de leur présence auprès des usagers de drogues. Leur manière d'être peut d'entrée faire obstacle ou, au contraire, constituer un atout précieux. Un tel sera « grillé » parce qu'il a une « dégaine et une tête de keuf<sup>46</sup> » ; tel autre « passera ». Il est important ici de ne pas confondre les revendeurs et les usagers revendeurs. S'ils ne peuvent guère espérer des premiers qu'une non-intervention, ils peuvent, par contre, ouvrir un dialogue fructueux avec les seconds.

Les intervenants tentent de favoriser l'intercompréhension entre les différentes catégories d'acteurs, notamment entre les usagers de drogues et les habitants. Ils demandent aux premiers de ne pas nuire à la tranquillité publique, voire de ne pas mettre en danger autrui par leurs comportements. Ils combattent les représentations qui, chez les seconds, contrarient, voire empêchent la diffusion des idées et des valeurs propres à la RdR.

## **LE NON-JUGEMENT, UN PRINCIPE PLUS OUVERTEMENT QUESTIONNÉ**

Les professionnels avec lesquels nous avons travaillé n'appliquent le non-jugement qu'avec beaucoup de discernement. Pour eux, un tel principe est nécessaire pour battre en brèche

●  
<sup>46</sup> Keuf (verlan de flic) est un terme familier pour désigner le policier.

toute posture ou attitude se raidissant dans un moralisme abstrait et inefficace sinon destructeur mais il ne doit pas pour autant devenir un dogme ; il mérite d'être énoncé sans manichéisme car évoluant au gré de la construction de la relation et de ses aléas.

### **PARCE QU'IL EST PARFOIS PRÉFÉRABLE DE JUGER**

Ils n'hésitent pas parfois à exprimer aux usagers leur désaccord et à se mettre en colère contre eux plutôt que de rester indifférent (à leur sort). Il y a là une façon de ne pas trahir la confiance qu'ils leur accordent ; une façon d'être et de se rapporter à eux qui témoigne de l'intérêt qu'ils leur portent. On ne saurait ici poser la question du jugement (de valeur) *in abstracto*, en faisant l'économie d'une réflexion sur le sens qu'il peut prendre aux différentes étapes de la relation qui a été nouée avec tel ou tel usager de drogues.

« *Faut que t'arrêtes !* » : une telle proposition peut, par exemple, constituer une interpellation fortement jugeante et dis-qualifiante parce qu'elle charge négativement la consommation de drogues, et surtout une injonction inutile, voire contre-productive si l'on se place dans une perspective de RdR. C'est particulièrement le cas si aucune demande de l'utilisateur n'a pas (encore) été entendue ; si la relation de confiance n'a pas (encore) été construite. Proférée un peu (ou beaucoup) plus tard dans la dynamique relationnelle, en réponse à une demande précise de l'utilisateur, cette même proposition résonne autrement. Elle manifeste plutôt le fait que le professionnel prend soin de cette dernière ou ce dernier. Dans un tel contexte, une telle interpellation contient sans doute encore un jugement de valeur mais ce dernier s'inscrit moins dans une opposition bien/mal que normal/pathologique (Canguilhem [1943] 2005), surtout si le professionnel lui associe des informations concrètes sur les risques sanitaires qu'il encourt en continuant tel ou tel mode d'usage.

« Tu as une sale gueule aujourd'hui ! » : le lien de confiance est parfois suffisamment solide pour que les professionnels puissent s'adresser dans ces termes-là à un usager afin de lui signifier l'inquiétude qu'ils éprouvent face à son état de délabrement physique. Dans un tel contexte, le propos n'est ni agressif, ni injurieux. Pour l'usager de drogues, il est comme un signe envoyé par les professionnels, qui lui permet de savoir qu'ils sont encore du côté du vivant, capables de réagir vite et de façon appropriée, qu'ils le reconnaissent en tant qu'être humain.

### **PARCE QU'IL EST IMPOSSIBLE DE NE JAMAIS JUGER**

Mais il ne suffit pas ici d'affirmer qu'il est parfois préférable de juger l'autre, fût-ce négativement et intempestivement, plutôt que de lui manifester de l'indifférence, et de ne lui offrir qu'un cadre inconsistant. Il faut encore soutenir qu'il est impossible de ne pas (le) juger (du tout), de ne pas être porté à cela parce qu'il y aurait là une caractéristique consubstantielle au vivant lui-même, non seulement à l'être dans ses dimensions sociopsychiques mais aussi à l'ensemble de ses fonctions organiques, de ses activités sensorielles. Nous pouvons prendre appui sur Friedrich Nietzsche. Ce dernier ne dissociait pas en effet vie et valeur. Il les enrôlait et enroulait dans un seul et même mouvement circulaire ouvert :

La vie elle-même nous force à déterminer des valeurs, la vie elle-même évolue par notre entremise lorsque nous déterminons des valeurs (...) (Nietzsche [1888] 1908 : 142).

Il intégrait le fait de porter des jugements de valeur dans toutes les activités propres à l'être organique lui-même :

Des jugements de valeur sont impliqués dans toutes les activités sensorielles. Des jugements de valeur sont impliqués dans toutes les fonctions de l'être organique (...). (Nietzsche [1968] 1997 : 190).

Certes, le propos appellerait ici bien des nuances. Contentons-nous ici de dire qu'il est sans nul doute possible d'éviter les stéréotypes les plus grossiers, les visions les plus stigmatisantes de l'altérité sociale ; qu'un certain apprentissage peut permettre cela même s'il n'est pas toujours facile de maintenir le niveau de vigilance qu'un tel travail psychique sur soi requiert.

Mais il semble, par contre, impossible, à un moment donné, de ne pas passer du descriptif au prescriptif, du jugement de fait au jugement de valeur. Ainsi, lorsqu'un professionnel affirme dans un compte rendu de situation que tel usager du CAARUD préfère mettre 20 euros dans le « produit » plutôt que dans l'achat de chaussures pour son enfant, lorsqu'il décide d'écrire cela plutôt que de s'engager dans un autre récit, d'extirper ces deux faits du réel de sa vie et de les mettre en relation, il ne se contente pas de dresser un simple constat mais prend le parti de porter un jugement de valeur.

On peut cependant se demander si un tel décalage entre la pratique qui pousse le professionnel à exprimer un jugement de valeur et le discours qu'il tient sur celle-ci constitue vraiment une nouvelle réalité. Dans la démarche déjà citée (Causse et Roche 2002) que nous animions, il y a plus de 10 ans, certains intervenants en voie de professionnalisation prenaient déjà de la distance vis-à-vis de ce principe du non-jugement.

Ainsi, Mansour Hammadi qui était un intervenant originaire de l'autosupport s'autorisa à interroger ce principe du non-jugement qui s'imposait à tous les participants durant les séances de travail et qu'aucun d'entre eux n'avait osé contester. Dans son écrit<sup>47</sup>, il déclara :

●  
<sup>47</sup>Dans le cadre de la clinique sociologique, nous concevons tout le dispositif technico-relationnel en vue de créer les conditions d'une parole pour chacun des participants. Les groupes que nous mettons en place participent de ce dessein, notamment au travers de leur composition et de leur type d'animation. Mais l'expérience nous a appris qu'un groupe

On dit généralement que l'on ne porte pas de jugement sur le choix et le mode de vie des personnes rencontrées. Moi, je porte des jugements puisque je considère que certains comportements sont crapuleux. Moi, je sais qu'on peut être un drogué, un voyou, être dans l'illégalité et la délinquance mais avoir des principes. J'ai vécu là-dedans. Je peux le dire. Par exemple, ne pas attaquer les gens. On était dépendant mais on n'allait pas arracher une chaîne à une personne. On ne pouvait pas le faire. Je considère donc que certains comportements sont crapuleux mais je n'en tiens pas compte. Je ne mets pas pour autant la personne sur le côté et je réponds aux questions qu'elle me pose. (Hammadi 2002 : 107).

Ce qui donc importe, et cela nous semble essentiel de l'énoncer en ces termes-là dans une perspective de RdR, c'est moins le fait de ne pas juger - est-ce toujours souhaitable ? Est-ce toujours possible ? - que le fait de continuer à faire *avec* et *pour* l'autre quel que soit le jugement qu'on porte sur lui, la réprobation qu'il peut parfois légitimement susciter. Ce qui importe, c'est le fait de mobiliser une éthique qui nous dit qu'il y a toujours quelque chose à faire. Et ce dont il faut s'abstenir, ce n'est pas de tout jugement sur l'autre mais de tout prétexte pour le laisser sur le (bas) côté, et ne pas se maintenir à ses côtés.

## **LA RECONNAISSANCE DES SAVOIRS D'USAGE, UN PRINCIPE DONT LE DEVENIR EST CONTRASTÉ**

Le dernier principe, celui de la reconnaissance des savoirs expérientiels des usagers de drogues, semble avoir été affecté, plus



qui peut autoriser une parole peut aussi en interdire une autre. Nul groupe n'est ici entièrement facilitateur. Le travail d'écriture que nous sollicitons chez les professionnels eux-mêmes prend alors le relais et permet de pousser plus loin encore la limite entre ce qui peut être dit et ce qui doit être tu.

que les deux autres, par l'épreuve de la professionnalisation. Son devenir est pour le moins contrasté. Il est important de constater que les intervenants des CAARUD s'efforcent toujours de prendre en compte l'expertise de ceux et celles qu'ils accueillent et accompagnent dans le quotidien de leur pratique. Il est tout aussi important de constater qu'ils reconnaissent toujours le rôle majeur que jouent certaines associations dans l'information et le conseil RdR. Ainsi puisent-ils pour alimenter leur propre pratique des éléments de connaissance dans le journal de l'association ASUD, notamment dans les nombreux témoignages des personnes usagères de drogues que ce dernier recueille dans ses rubriques ; Ainsi considèrent-ils que son manuel de shoot à moindre risque constitue un outil très utile, notamment grâce à son caractère pédagogique (ASUD 2013). Ainsi apprécient-ils aussi l'ingéniosité des flyers RdR de techno+ destinés aux *teuffeurs* ou encore trouvent-ils de nombreuses informations pertinentes dans un site comme *www.inter-naut.com*. Mais force est de constater que les pairs aidants, et tout particulièrement les injecteurs d'héroïne et les crackers, occupent désormais une place moins importante au sein de leurs équipes, et sont confrontés à de sérieuses difficultés lorsqu'ils souhaitent se professionnaliser.

Sans doute faut-il ici prendre en compte les effets contradictoires de la loi qui a institué les CAARUD. Certes, cette dernière a contribué à renforcer le dispositif RdR, notamment en permettant la mobilisation de compétences liées aux métiers du secteur médico-social. Mais elle a pu aussi favoriser la disqualification, le déclassement, voire la disparition de nombre de personnes qui disposent essentiellement de compétences issues de l'expérience de l'usage des drogues. Souvent seules au sein de leur équipe et de leur structure, ces dernières ne sont pas toujours en position, loin s'en faut, de faire valoir leur expertise spécifique liée à leurs « compétences de vie » face à des savoirs professionnels constitués et encore reconnus comme seuls légitimes dans la sphère publique. Elles ne sont pas toujours en

position de corriger à leur bénéfice une telle situation d'inégalité.

Ces personnes avaient certes la possibilité d'accéder aux diplômes qui étaient désormais requis pour travailler dans un CAARUD grâce à l'existence de la Validation des acquis de l'expérience (VAE). Mais nombre d'entre eux n'ont pas pu la saisir sans doute parce que l'accompagnement qu'on leur proposait était insuffisant, parce que le référentiel du diplôme qu'elles visaient n'intégrait pas des connaissances et des compétences propres à la RdR ou encore parce que les jurys devant lesquels elles devaient passer leur oral étaient eux-mêmes peu formés sur cette culture, voire ne partageaient pas les principes et les valeurs de celle-ci.

Ne risque-t-on pas, en réduisant le poids des pairs-experts au sein des structures, en n'aidant guère celles et ceux d'entre eux qui souhaitent se professionnaliser, en rompant ainsi l'équilibre qui caractérisait les équipes d'autrefois, de porter atteinte à la culture de la RdR elle-même, à la capacité d'innovation, d'invention et de création de ceux et de celles qui la font vivre ? Ne risque-t-on pas de dilapider à terme ce qui constituait sa richesse et sa force originelles, ce qui permit l'ouverture de ce champ : l'alliance entre la pratique, la recherche et ...*l'usage de drogues* ?

## UN DEVENIR QUI N'EST PAS UN DESTIN

Que sont donc devenus les principes de la proximité, du non-jugement et de la reconnaissance des savoirs d'usage ? En fait, ils ont été affectés de manière différenciée dans cette mise à l'épreuve que constituent l'institutionnalisation et la professionnalisation du champ de la RdR.

La proximité continue à structurer fortement les pratiques. Pour nombre de professionnels, un tel faire *avec* et *pour* l'autre engage une éthique de la fidélité (Roche 2007). Ils s'inscrivent

dans le sillon tracé par les pionniers, notamment par les militants de l'association ASUD et les bénévoles de MdM. Ils persévèrent dans une manière d'être qui a été le fruit d'une décision prise à l'occasion d'un événement historique et/ou biographique. Ainsi est-elle pour l'un d'entre eux une façon d'être fidèle à sa sortie du « produit », de manifester la volonté de rendre à d'autres ce qui lui avait été donné par son éducateur. Surtout que ce dernier ne lui avait donné que cette présence, cette écoute, cette attention mais que celles-ci lui avaient permis d'aller mieux. Mais nous ne cacherons pas que le fait d'aller-sur le territoire de l'autre est parfois mis à mal, notamment en raison de la priorité donnée, dans certaines structures, à l'accueil collectif<sup>48</sup> ou à l'accompagnement des démarches administratives mais aussi d'un manque de formation des professionnels. Que ces derniers inscrivent leur agir dans un contexte d'effectifs réduits et de turnover élevé ne peut, de surcroît, que favoriser, voire renforcer une telle situation.

Le non-jugement fait aujourd'hui l'objet d'une interrogation de la part des professionnels. Cela était déjà le cas à l'aube de la professionnalisation mais un tel travail était peut-être, à l'époque, plus discret, plus souterrain car les intervenants avaient besoin de brandir haut et fort ce principe afin de construire leur identité professionnelle et leur légitimité. Un tel principe appelle en effet une approche nuancée. Il est sans doute nécessaire encore de le faire figurer parmi les principes de base de la RdR. Il y a là une façon de se démarquer, de faire un pas de côté, de signifier un refus, celui des pratiques et des discours

●  
<sup>48</sup> Dans sa recherche sur les CAARUD de Paris, Thamilla Ait Ali met en avant les difficultés rencontrées par les professionnels pour pouvoir mener de pair l'exercice de la fonction de l'accueil collectif et celle de l'accompagnement. Elle soulignait que ces difficultés résidaient dans le fait que l'investissement que nécessitent ces deux fonctions est d'une importance telle que l'une est souvent faite au détriment de l'autre. Dans le cas cité par l'auteure, c'est plutôt l'accueil collectif qui prend le pas sur l'accompagnement (Ait Ali 2013).

dans lesquels la mise en oeuvre du jugement participe de la stigmatisation et du rejet violent de l'autre. Il y a là aussi une façon d'inviter chacun à conduire le travail sur soi que son activité professionnelle requiert ; en fait, à interroger les affects (peur, angoisse) liés aux mécanismes identificatoires et projectifs qui le poussent, face à *celui-ci* ou à *celle-là*, dans telle ou telle situation concrète, à reprendre à son compte, peu ou prou, ces discours et pratiques. Il est non moins nécessaire de reconnaître la mobilisation de ce jugement là où la vie elle-même le fait advenir à l'existence. Cela, pour ne pas rester dans une attitude purement défensive dont les effets ne peuvent que porter atteinte à la qualité de la relation à l'autre. Cela, dans le meilleur des cas, afin de pouvoir le mettre au service de son étayage (Devereux 1980).

Il est enfin un principe qui, semble-t-il, ne sort pas complètement indemne de l'épreuve de la professionnalisation, celui de la reconnaissance des savoirs d'expérience des usagers de drogues. Certes, la prise en compte de l'expertise des personnes accueillies et/ou accompagnées est toujours à l'oeuvre. Mais la baisse du poids, dans les équipes, des intervenants qui viennent de l'autosupport témoigne d'une certaine fragilisation de ce principe. Une telle assertion reste bien sûr très largement hypothétique. Elle ne vaut que pour les équipes avec lesquelles nous avons travaillé et méritera d'être validée ou, au contraire, infirmée au travers d'autres recherches conduites au niveau du territoire national.

Nous ne concevons pas bien sûr ce devenir des principes de la RDR sur le mode d'un destin sur lequel nous ne saurions avoir prise. Il est encore possible de corriger, voire d'inverser certaines tendances, notamment en intervenant sur la formation des professionnels.

On pourrait ainsi mettre en place une sensibilisation des étudiants des Instituts de formation en travail social (IFTS) et des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) sur l'usage des drogues, sur les différents sens qu'il peut revêtir mais aussi sur

la culture RdR et tout particulièrement sur ses trois grands principes. Ces thèmes méritent aujourd'hui d'être intégrés dans le tronc commun, dans les enseignements prévus dans les domaines de compétences. Cela, parce que les pratiques liées aux drogues (usages et /ou trafics) ne cessent de déstabiliser au quotidien nombre de professionnels de ce secteur dans leur pratique mais aussi parce que la RdR, sous des formes qu'il faudra sans doute à chaque fois réajuster, repenser, réinventer, constitue une réponse privilégiée. Elle l'est, par exemple, lorsqu'il s'agit de faire reculer l'emprise des réseaux de trafic de drogues sur les jeunes (Roche 2013).

Il serait nécessaire aussi de renforcer la logique des sites qualifiants. Il est important que les CAARUD puissent se positionner en tant que lieu de stage et, surtout, vis-à-vis des étudiants des IFTS et des IFSI, se donner tous les moyens institutionnels, organisationnels et humains de fonctionner comme site qualifiant.

Il serait plus nécessaire encore de dynamiser le dispositif de la Validation des acquis de l'expérience (VAE). Une telle mesure implique avant tout un renforcement des pratiques d'accompagnement des professionnels qui s'y engagent, une intégration des connaissances et des compétences liées à la RdR dans les référentiels des diplômes concernés et une formation des jurys sur cette dernière culture.

Mais rien peut-être ne paraît plus important que de permettre la constitution de groupes interqualifiants (Roche 2013) réunissant, sur un territoire donné, des praticiennes et des praticiens dont les appartenances institutionnelles et les métiers sont divers, des chercheurs mais aussi des représentants des usagers. En favorisant la reconnaissance de ces derniers comme pairs avec lesquels les professionnels peuvent travailler, comme acteurs disposant d'une légitimité pour cela et non comme de simples personnes utilisant un système sanitaire et social, en permettant la réhabilitation des savoirs d'expérience là où ils

sont disqualifiés, de tels ateliers contribueraient alors à alimenter la puissance d'inventivité et de création de l'ensemble de ceux et celles qui font vivre la RdR liés à l'usage des drogues.

## BIBLIOGRAPHIE

ANESM (2009). Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie. Saint-Denis : ANESM.

Ait Ali, Thamilla (2013). *Usagers de CAARUD à Paris. Parcours de vie et besoins d'accompagnement. Approches des problèmes liés aux drogues*. Paris : Coordinations Toxicomanies.

Asud (2013). Manuel de shoot à moindres risques. <http://www.asud.org/2013/05/17/manuel-du-shoot-a-moindres-risques/>

Biran (de), Maine (1920). *Mémoires sur les perceptions obscures*. Paris : Colin.

Canguilhem, Georges (2005 [1943]). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Causse, Lise et Pierre Roche (2002). *Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue*. Marseille : Céreq, Mission Sida Toxicomanie.

Devereux, Georges (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier.

Gaulejac (de), Vincent, Fabienne Hanique et Pierre Roche (2007). *La sociologie clinique, enjeux théoriques et méthodologiques*. Toulouse : érès.

Hammadi, Mansour (2002). « Sur les traces d'un intervenant de proximité » dans Causse, Lise et Pierre Roche (éd.). *Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogue*. Marseille : Céreq, Mission Sida Toxicomanie, p. 104-113.

Nancy, Jean-Luc (1996). *Etre singulier pluriel*. Paris : Galilée.

Nietzsche, Friedrich (1908 [1888]). *Le Crépuscule des idoles*. Tome 12 des Oeuvres complètes. Paris : Mercure de France.

Nietzsche, Friedrich (1997 [1968]). *Fragments posthumes*. Tome 10 des Oeuvres complètes. Paris : Gallimard.

Olivet, Fabrice (2013). « L'autosupport usagers de drogues. Une histoire de tox » dans Médecins du Monde (éd.). *Histoire et principes de la réduction des risques : entre santé publique et changement social* : 64-71.

Proust, Marcel (1946-1947 [1913]). *A la recherche du temps perdu. Du côté de chez Swann*. Tome 1 des Oeuvres complètes. Paris : Gallimard.

Roche, Pierre (2005). « La posture de proximité chez les travailleurs sociaux » dans Giraux-Arcella, Pilar, Michel Joubert et Chantal Mougin (éd.). *Villes et toxicomanies. De la reconnaissance à la prévention*. Toulouse : érès. p. 179-201.

Roche, Pierre (2007). « Les défis de la proximité dans le champ professionnel. » *Nouvelle revue de psychosociologie* 3 : 63-82.

Roche, Pierre (2013). « Espaces interqualifiants et prévention de l'implication des jeunes dans le trafic de drogues. » *Nouvelle revue de psychosociologie* 15 : 207-224.

Roche, Pierre (2014). *Co-analyse du travail des professionnels des CAA-RUD*. Marseille : Céreq, IREMA, Cg de la Seine Saint Denis.



**LE DOSSIER D'USAGERS EN CSAPA :  
ÉCRITURE PROFESSIONNELLE ET  
CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'USAGER-  
ADDICT DANS LA RELATION DE SOIN ET  
D'ACCOMPAGNEMENT**

*Séverine Equoy Hutin*

La construction identitaire de l'utilisateur est conditionnée par les modalités de la prise en charge de l'individu par les acteurs professionnels qui représentent l'institution et ses normes. Les écrits circulants dans une structure d'accompagnement, tel le dossier d'utilisateurs, témoignent d'une dispersion identitaire qu'il s'agit de maîtriser dans le cadre d'un suivi sur le long terme : au-delà de leurs fonctions immédiates, ces écrits permettent d'observer, à travers l'expertise professionnelle, l'addiction dans l'espace social.

La construction identitaire de l'utilisateur est conditionnée par les modalités de la prise en charge de l'individu par les acteurs professionnels qui représentent l'institution et ses normes. Cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action menée au sein d'un CSAPA – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. L'objectif de ces structures pluridisciplinaires est double : fournir un accompagnement socio-éducatif à l'utilisateur de drogues et prodiguer des soins médicaux, infirmiers et psychologiques en proposant notamment des traitements de substitution et un dispositif d'intégration professionnelle. Le projet dont il est question - « La parole émergée »

- est un projet de recherche lui aussi pluridisciplinaire en tant qu'il rassemble des enseignants-chercheurs, docteurs et doctorants en linguistique, sociolinguistique, analyse du discours, information-communication, sociologie et psychologie<sup>49</sup>. Il a pour objectif d'analyser la construction identitaire d'usagers addicts dans le cadre de la relation de soin et d'accompagnement. Dans l'ensemble des données recueillis sur le terrain et qui seront détaillées en première partie, on s'intéressera ici plus particulièrement, dans les deuxième et troisième parties de cette contribution, à un genre de discours, le dossier d'utilisateur conservé dans la structure. L'objectif est de montrer que, dans ces écrits, la place de l'utilisateur dans l'espace social est conditionnée par les modalités de sa prise en charge par les actrices et les acteurs professionnels qui représentent l'institution et ses normes : autrement dit, nous posons l'hypothèse que les prises d'écritures expertes des professionnels et la manière dont ceux-ci rendent compte des entretiens avec l'utilisateur donnent à voir et à lire une identité d'utilisateur dans l'espace social et permettent de mieux comprendre l'individu suivi dans son addiction.

## **LE PROJET « PAROLE ÉMERGÉE »**

### **LE TERRAIN D'OBSERVATIONS**

#### ***L'Escale et ses missions***

Le terrain de la recherche, « L'Escale », se situe en milieu rural, à Vesoul en Haute-Saône (France). Ce CSAPA a pour mission

●  
<sup>49</sup> Le groupe de recherche réunit Katja Ploog (coordinatrice, MCF HDR 7ème section), Séverine Equoy Hutin (MCF 7/71ème section), Sophie Mariani-Rousset (MCF sections 16 et 71), Sabrina Hezlaoui-Hamelin, Laetitia Grosjean (Doctorantes en sciences du langage) et Line Pedersen (doctorante en sociologie - LASA).

l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. La structure peut également fournir une aide au repérage des usages nocifs, à la réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause, à la prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole). Elle peut assurer la prescription et le suivi de traitements médicamenteux (traitements de substitution), la prise en charge sociale et éducative (accès aux droits sociaux et aide à l'insertion ou à la réinsertion).

### **L'équipe**

L'équipe de l'Escale est pluridisciplinaire : elle est constituée d'un assistant de direction (également éducateur), de cinq médecins (un est rattaché à la structure, les autres interviennent principalement en libéral), deux éducateurs, deux infirmières, deux psychologues et une animatrice. Le suivi de l'utilisateur passe par des actes mais aussi et surtout par du langage : il ne peut se faire que par le biais de rendez-vous, qu'il s'agisse de consultations médicales ou d'entretiens avec la psychologue ou l'éducateur spécialisé. Au-delà des interactions verbales, le suivi passe aussi par toute une gamme d'écrits circulants dans la structure.

### **Le public**

Le public de cette structure se compose essentiellement d'utilisateurs d'alcool et d'héroïne avec, fréquemment, des poly-addictions. Selon les cas, le suivi de l'utilisateur peut être très régulier ou subir des interruptions plus ou moins longues (hospitalisation, mobilité géographique, incarcération). L'objectif de l'Escale est de *stabiliser* la personne suffisamment pour ensuite passer le re-

lais au médecin traitant. Un certain nombre d'usagers est néanmoins suivi à l'Escale depuis plusieurs années. Et c'est précisément cet aspect de l'action dans la durée qui intéresse ce projet de recherche, dans la perspective d'un suivi longitudinal des sujets.

## **CORPUS ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE**

### **Problématique : La (re)présentation de soi dans le discours**

Le projet s'inscrit dans la problématique de l'identité discursive de l'utilisateur en situation de prise en charge de son/ses addictions, c'est-à-dire l'identité de l'utilisateur dans son intrication aux pratiques professionnelles et à l'expertise qui découle du suivi. Nous pensons que l'appropriation de l'espace social – que ce soit par le biais de démarches institutionnelles ou les relations de la vie courante – est en lien direct avec l'identité discursive du sujet. La décision de faire appel à un professionnel pour prendre en charge sa toxicomanie, est une étape importante d'un processus d'intégration sociale. C'est pourquoi nous faisons l'hypothèse que le suivi avec les différents professionnels, à l'oral – lors des interactions - comme à l'écrit – dans le compte-rendu d'entretien, *agit* sur l'identité de l'utilisateur. En d'autres termes, nous posons que le discours des différents professionnels participe activement à la construction identitaire de l'utilisateur par un accompagnement ciblé et différencié et dans un rapport étroit aux missions des professionnels et aux normes sociales. C'est la raison pour laquelle l'évolution de cette identité au fil des contacts et l'observation du suivi en tant que processus constituent l'objet du présent projet.

Celui-ci se développe autour de trois axes thématiques : identité et altérité dans l'interaction ; émergence du sujet et élaboration formelle du discours ; et le sujet dans la circulation des

écrits professionnels. C'est ce troisième axe qui fait l'objet de la présente contribution : celui-ci repose sur l'observation des écrits professionnels circulant dans la structure et plus particulièrement le dossier de soin. En effet, nous pensons que l'accumulation des traces que l'utilisateur addict laisse dans la structure par l'intermédiaire des mots des professionnels permet de lire et de suivre sa mobilité identitaire discursive. Nous pensons également que l'écriture professionnelle joue un rôle dans la maîtrise de cette mobilité.

### Les données

La méthodologie de recueil des données a été conçue sur mesure, afin de faire face à la particularité du terrain (données sensibles, interlocuteurs multiples, routine d'enregistrement) sans sacrifier le relevé rigoureux. Le recueil de données a été contractualisé sur une durée de dix-huit mois. Cette durée relativement courte pour une étude longitudinale s'explique principalement par des contraintes structurelles (responsabilité, financement). Le corpus contient : l'enregistrement d'entretiens soignant/soigné<sup>50</sup> outillé par une transcription orthographique intégrale ; le recueil des traces écrites internes, précisément dans leur évolution ; le recueil d'entretiens complémentaires avec les professionnels de la structure, concernant leurs pratiques d'échange *avec* et *à propos* des usagers.

Les enregistrements ont eu lieu durant toute l'année 2013, et représentent 345 interactions de soin de durée variable. Au total nous avons presque 88 heures pour ces interactions et environ 10 heures pour les réunions de professionnels. 50 usagers et 7 professionnels sont représentés dans ces enregistrements. Au

●  
<sup>50</sup> Les données orales ont été relevées par les professionnels eux-mêmes, après consentements des usagers. Après récupération des données, les chercheurs ont procédé à leur archivage.

bout de quelques mois d'enregistrement, nous avons sélectionné 6 locuteurs enregistrés ensuite dans tous les rendez-vous : l'attention a été focalisée sur ces locuteurs, non pas en raison des critères démographiques ou psycho-sociaux, mais parce que les données rendent compte au mieux de nos priorités d'analyse : sont transcrites (et analysées) les données d'usagers réguliers ou faisant appel à la structure de façon répétée, qui fréquentent régulièrement l'Escale et y rencontrent différents interlocuteurs professionnels. Un autre critère est le suivi du processus de prise en charge d'un usager depuis son début.

## LE CADRE DE L'ANALYSE

### La présentation de soi et de l'autre dans le discours

Dans le champ de l'analyse du discours, les travaux de Ruth Amossy sur l'identité discursive (2010) éclairent sur le fonctionnement, les fonctions et les enjeux de la présentation de soi dans sa dimension verbale intersubjective. « Dimension intégrante du discours » (2010 : 7), l'identité oscille entre le volontaire et l'involontaire, le maîtrisé et le non maîtrisé et s'inscrit dans un processus dynamique, social. Par définition, elle est « plurielle et incessamment négociable » (2010 : 27). Elle se nourrit nécessairement d'un imaginaire socio-discursif c'est-à-dire de modèles culturels, de représentations collectives et de stéréotypes qui sont en prises avec une doxa<sup>51</sup>. L'identité discursive est conditionnée, à l'oral comme à l'écrit, par le rapport de places (Flahault 1978) qui sous-tend l'échange. En outre, la construction de l'identité verbale s'inscrit nécessairement dans des genres de discours qui, en tant que cadres institutionnalisés discursifs, lui imposent des modes spécifiques. Dans le cas des

●  
<sup>51</sup>C'est-à-dire « un ensemble d'opinions, de croyances, de représentations propres à une communauté et qui ont à ses yeux valeur d'évidence et force d'universalité » (Amossy 2010 : 48).

dossiers d'utilisateur, il faut préciser que l'identité verbale de celui-ci est analysée en tant qu'elle est « image de l'autre » c'est-à-dire en tant qu'elle est construite par le « je » du professionnel. Elle est également considérée en tant qu'elle fait l'objet d'une « traduction » d'un ethos construit par l'utilisateur lors de l'interaction qui fait l'objet d'une consignation dans le dossier<sup>52</sup>. Il s'agit donc d'une « identité rapportée et expertisée » par le professionnel.

### **Les genres professionnels: quelques propriétés des écrits de travail**

Les genres professionnels (Boutet 2008 ; Borzeix et Fraenkel 2001) présentent des propriétés spécifiques, liées à l'exercice du langage au travail. L'activité langagière au travail (Boutet 2008) dépend étroitement du contexte d'action et des objectifs du professionnel. Elle est toujours dans une relation économique au temps et dans la recherche d'une univocité de l'interprétation. Ces paramètres induisent une économie linguistique particulière (Grosjean et Lacoste 1999). Si les genres de discours apparaissent comme des pré-instructions intériorisées, facteurs d'économie cognitive, ils peuvent faire l'objet de « décadrages » qui montrent que les acteurs s'approprient les artefacts dans un usage pratique expérientiel.

Des travaux conduits notamment en milieu hospitalier sur le dossier de soin ont permis de montrer que les énoncés remplissent diverses fonctions<sup>53</sup> primordiales dans la réalisation du travail. Ils ont également permis de mettre en avant l'hétérogénéité

●  
<sup>52</sup> C'est la raison pour laquelle le projet prévoit une analyse des relations entre les entretiens oraux enregistrés et les traces qu'il en reste dans le dossier.

<sup>53</sup> Stocker des données, informer, témoigner, organiser l'action de suivi, faire preuve, attester d'un programme de soin, ou encore assurer la traça-

énonciative<sup>54</sup> et les « énonciations plurielles » (Fraenkel 2005a : 127) sur les plans synchronique<sup>55</sup> et diachronique<sup>56</sup>. Le style formulaire des dossiers de soin à l'hôpital (Fraenkel 2005b : 253), l'asyntacticité et plus globalement leur économie linguistique et sémiotique sont donc à interpréter et à rapporter aux fonctions, finalités, contraintes et spécificités de la structure au sein de laquelle circulent ces écrits.

### **Langage, travail social et addiction**

Dans le champ des addictions<sup>57</sup>, des travaux en analyse du discours sur l'alcoolodépendance ont conclu notamment que « l'observation du comportement langagier des personnes alcoolodépendantes est un terrain utile, voire nécessaire, à la compréhension de l'alcoolisme, mais aussi ouvert et pertinent dans le champ des démarches d'accompagnement et de soin. » (Levivier et al. 2011 : 43). Précisément, les professionnels qui suivent les usagers ont pour mission d'évaluer et de transcrire « tout écart qu'il[s] juge[nt] en décalage par rapport à des attentes sociales et institutionnelles données » (Cislaru et al. 2008 : 28).

À la frontière entre sociologie du travail de la relation d'aide et une sociologie de la vie quotidienne en institution (Laé 2008 :

●  
bilité de la prise en charge et la mémoire du suivi. Ces écrits sont également vecteurs de la construction identitaire individuelle et collective au travail.

<sup>54</sup> En effet, « chaque « main » correspond à une personne dotée d'un statut et d'un rôle. La participation à l'énonciation renvoie tout à la fois au partage des tâches, à la coordination de l'action et à la position des individus les uns par rapport aux autres » (Fraenkel 2005 : 131).

<sup>55</sup> Lié à l'espace du support en tant qu'aire scripturale.

<sup>56</sup> En termes de tours d'écriture.

<sup>57</sup> Des travaux sur l'addiction aux jeux vidéos ont également été menés et mériteraient d'être explorés. Voir par exemple Craipeau, Dubey et Koster (2008) ; Gaon et Stora (2008).

252), Jean-François Laé s'intéresse particulièrement à la « multitude d'échanges scripturaires entre collègues de toutes sortes de métiers » (2008 : 15). Ainsi, les notes prises par les professionnels donnent à voir des lignes biographiques (2008 : 255) et l'écriture permet une prise de distance qui revient à « désaffecter l'événement, créer l'écart » (2008 : 263). Les écrits de l'accompagnement sont tournés vers l'observation, vers la restitution<sup>58</sup> mais ils sont également tournés vers l'action, la prise de décision, la prévention. Le rôle des professionnels de l'aide est de saisir ces écarts pour les traduire en action à mettre en œuvre ou en comportements à adopter vis à vis de de l'utilisateur : identifier la faille pour savoir où et comment intervenir.

Nous pensons donc que comprendre l'addiction, c'est aussi comprendre comment elle est prise langagièrement en charge à travers l'expertise, l'interprétation et l'évaluation des professionnels.

### **Lire l'écart : la sémiotique de l'altération**

Pour observer ces vies *entailées* et écartées de la norme par l'addiction, le cadre de la sémiotique de l'altération esquissée par Jean Peytard nous paraît particulièrement pertinent : la « sémiotique différentielle » pense en effet la construction du sens dans des points de fracture : « penser la construction des discours et des sens qu'ils proposent, non pas sous les principes de cohérences ou de cohésion, mais sous une praxis de la 'déhiscence' et de la 'diffraction' » (Peytard 1992 : 149). Ces points de fracture font « entailles » et l'auteur décline trois catégories d'entailles : les entailles scripto-visuelles, les entailles syntactico-visuelles,

●  
<sup>58</sup> Restitution de vécus traumatiques, de situation de disqualification sociale, de mise à distance des lieux de socialisation traditionnels et de confrontation au champ pénal, observation de pratiques liées à la consommation de drogues, de processus d'intégration dans des réseaux parallèles dominés par des « pairs » (Jamoulle et Panunzi-Roger 2001).

les entailles intertextuelles (Peytard 1992 : 150-153). Les entailles scripto-visuelles traduisent une rupture dans le continuum graphique : mise en italique, insertion de mots en capitales ou en gras, surlignements, soulignements, parenthésage, recours à des symboles, etc. Les entailles syntactico-visuelles renvoient quant à elles aux oppositions pronominales, à l'opposition des temps verbaux ou des modalités. Les entailles intertextuelles c'est-à-dire la mise en relation d'un texte avec d'autres textes antérieurs (interaction ou propos relaté) ou postérieur (anticipation sur un discours) inscrivent cette linguistique du discours dans une perspective dialogique.

De plus, dans cette théorie, le sujet parlant ou écrivant est inscrit dans un processus constant d'évaluation ou « jeu évaluatif » (1992 : 119) et notamment dans le cas des discours relatés : rappelons que les énoncés consignés dans les dossiers d'usager rapportent des discours antérieurs tenus lors d'entretien, de consultation, de rendez-vous. Ces discours font donc l'objet d'une appréciation évaluative – et non d'un jugement<sup>59</sup> – de la part du professionnel, appréciation du discours de l'usager et appréciation de son propre discours dans le cadre de la coopération et de la coordination du travail d'équipe pluridisciplinaire. Nous postulons que cette appréciation concourt à l'écriture de l'identité verbale du sujet-addict et que l'identité discursive altérée par l'addiction se traque dans une évaluation professionnelle des dires de l'autre, dans une tension entre d'une part la socialité « décalée » associée à la situation d'addiction (Jamouille et Panunzi-Roger 2001) et d'autre part la socialité normative associée à « l'absence d'addiction ».

●  
<sup>59</sup> Nous tenons particulièrement à cette distinction entre l'évaluation qui relève de l'expertise professionnelle et le jugement qui est incompatible avec la philosophie, les dispositifs et les enjeux de la réduction des risques (RDR). Nous remercions Christophe Mani, Directeur opérationnel de la FASE (Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle) de nous avoir permis de relever cette possible ambiguïté.

## LE DOSSIER D'USAGERS : LES PROFESSIONNELS FACE À LA DÉPENDANCE ET LA MOBILITÉ

### STRUCTURE, VISÉES ET FONCTIONS DU DOSSIER D'USAGER

A l'Escale, les dossiers d'utilisateur sont archivés et extraits à chaque entretien. Ils se présentent sous la forme de « classeurs souples » : en première page, se trouve la « fiche contact » qui contient les informations individuelles (date de naissance, adresse, numéro de téléphone, etc.) et administratives (numéro de sécurité sociale, médecin traitant, pharmacie délivrant les prescriptions, mutuelle). Cette première section renseigne également sur la situation sociale, juridique et familiale, spécifie la demande émanant ou non de l'utilisateur, et précise les types d'addiction et la nature des pratiques de consommation de celui-ci<sup>60</sup>.

Puis le dossier est organisé en sous-dossiers correspondant à des intercalaires dédiés à chaque discipline (médecine, éducation, soins infirmiers, psychologie). Les disciplines incarnées par les professionnels et les champs d'intervention apparaissent bien distinctes. Sur ce support, l'identité de l'utilisateur est donc « compartimentée » selon ce principe c'est-à-dire en termes de contrat local de communication. Ressource mémorielle et cognitive voire élément de « preuve » ou exutoire, le dossier rassemble et fait tenir ensemble des éléments épars d'un puzzle, recueillis avant, ailleurs et indépendamment de l'écriture.

●  
<sup>60</sup> Notons que ces fiches restent rarement « propres » : on observe des niveaux d'écriture qui portent les traces d'interventions et de réactualisation de la part des professionnels qui y signalent des modifications (changement d'adresse par exemple) ou des actions (demande de carte d'identité nationale...). Cette fiche peut être complétée par des documents comme par exemple la copie du certificat de vaccination.

Écrire dans le dossier, c'est sélectionner pour soi et pour les autres, ce qui doit être retenu de l'interaction qui vient d'avoir lieu dans la perspective d'une interaction ultérieure mais aussi ce qui doit être porté à la connaissance des membres de l'équipe dans la perspective globale de l'accompagnement et des missions de la structure. A long terme, écrire dans le dossier, c'est aussi porter ces éléments à la connaissance d'une autorité administrative (poursuites judiciaires qui pourraient concerner l'usager).

Le contrat de communication qui traverse cet écrit peut donc être appréhendé à deux niveaux : le contrat ponctuel entre l'usager et chaque professionnel et le contrat entre le professionnel scripteur et les autres professionnels de l'équipe et au-delà l'institution.

Nous posons donc l'hypothèse qu'à travers l'expertise professionnelle, peuvent se saisir des bribes, rapportées et collectées au cours des interactions avec les usagers, qui construisent leur identité dans le cadre du suivi pluridisciplinaire. Ce qui nous intéresse, c'est de rechercher ces fragments identitaires circonstanciés, sélectionnés et rapportés par le professionnel en tant qu'ils nous renseignent sur l'usager addict et sa mobilité dans l'espace social.

## **ETUDE DE CAS**

Les éléments d'analyse qui vont suivre sont issus de l'examen du dossier d'un usager de sexe masculin né en 1974 fréquentant la structure depuis 2001. Nous sommes parti de l'hypothèse que l'identité d'addict dans le soin est construite en tension entre deux réseaux co-existants repérables dans les dossiers de soin : un réseau relevant de la « socialité décalée » et un réseau relevant d'une « socialité normative », en tout cas telle que se la représente le professionnel dans le cadre de ses missions.

L'examen de ce dossier permet de constater que cette tension se décline alors sur plusieurs plans, détaillés ci-dessous.

### **La rue et l'institution**

On distingue sur un premier plan le *repérage spatial*, avec un premier réseau qui symbolise la précarité, l'insécurité, l'instabilité et qui est représenté par la rue, le foyer parental conflictuel, l'hébergement provisoire comme en témoignent les exemples suivants :

Est à la rue (mais parents st prêt à l'aider) (educ 29 091008<sup>61</sup>).

M vit de nouveau chez ses parents à Saint Loup mais dans un contexte conflictuel avec son père (educ 29 171008)

Depuis le 2/12/10 il logerait chez un copain (dans 25 m2 !) rue Baron Bouvier. Il aurait déménagé une gde partie de ses affaires à St Loup chez ses parents (med 29 031210)

Ce réseau s'oppose à des références à des lieux institutionnalisés comme les Urgences, la pharmacie, le cabinet médical, le centre de soin, l'appartement mis à disposition par l'Escale, le foyer :

●  
<sup>61</sup> Le codage entre parenthèses, de type (med 29 011008), correspond aux éléments suivants : « med » renvoie à la catégorie du professionnel écrivant – ici médecin -, « 29 » renvoie au numéro attribué à l'utilisateur lors de l'enregistrement des données et « 011008 » correspond à la date de la prise d'écriture. Ce codage a été systématisé sur l'ensemble du corpus.

Rencontre M au CHS<sup>62</sup> de Saint Rémy. Il est hospitalisé depuis le 20 décembre 2000 pour un sevrage (educ 29 190101)

Est allé aux urgences samedi pour avoir son ttt metha puis passage à la pharmacie V pour ttt du dimanche. (med 29 191009)

### Au jour le jour

Sur le plan du *repérage temporel*, l'observation des marqueurs de la temporalité dans le dossier d'utilisateur permet également d'amorcer quelques pistes sur le plan de l'occupation d'un temps social par l'utilisateur. Dans le dossier d'utilisateur, c'est en effet incontestablement le présent qui domine :

Refuse<sup>63</sup> la protection majeure (...) remis sous dépendance semble l'améliorer (...) OK pour retourner en post cure ou en communauté thérapeutique » (educ 29 011010)

Évoque son long parcours dans les produits (...) depuis sa sortie fin janvier de Verlaine, M décrit des



<sup>62</sup> Comme dans la plupart des écrits spécialisés, comme c'est le cas des écrits du domaine social, l'écriture implique le recours à un jargon professionnel qui renvoie à des acteurs, des événements (OD pour *Overdose*), des pratiques (AT pour appel téléphonique ; CT pour communication téléphonique), rendez-vous (RDV), des statuts (TH pour travailleurs handicapés), des types d'aide (RSA, AAH) des volumes de prescription, des institutions ou structures (AHSRA, ADPH, MDPH, maisons départementales des personnes handicapées, CSST Centre de Soins Spécifiques pour Toxicomanes), à des abréviations (métha pour méthadone)... Ces abréviations font partie intégrante de l'économie discursive des écrits professionnels en tant que genres de discours.

<sup>63</sup> L'absence fréquente de sujet (ici, la troisième personne) est bien évidemment à mettre en relation avec le régime télégraphique de la prise de notes.

signes évoquant de l'angoisse en particulier en fin de journée (psy 29 170209)

Lorsque le futur se fait lire, il est toujours lié à des événements proches et contrôlés par le professionnel. Il peut s'agir par exemple d'un rendez-vous médical :

M sort vend. 17/7 (par le train) et se présentera à l'U méthadone le 20/7 (RDV Dr N à 11h40) (29 med 080709)

Les quelques futurs que l'on peut identifier sont en lien direct avec les actions mises en place par le professionnel et balisées dans un futur proche ou sur une durée courte :

Joël transmettra à Philippe d'accompagner M à Emmaüs début aout (med 29 28/07/09)

Il arrive également que le présent se substitue au futur :

M part 3 sem à la Santoline le 25/06 et revient le 17/07 pour un mois à Vesoul (med 29 230609)

Les indications temporelles et les formes verbales mériteraient un examen plus fin. Toutefois, il est remarquable que celles-ci dépeignent un usager qui n'est pas ou peu projeté dans le futur. Le professionnel pose des repères temporels précis et tente de baliser le parcours de l'usager.

### **Socialité (dé)calée**

Sur le plan des *relations sociales*, les acteurs sociaux (professionnels de la structure ou extérieurs, médecins, assistantes et assistants sociaux, chirurgiennes et chirurgiens, responsable de centre thérapeutique, ou autres) sont très représentés :

RDV fixé avec Joël<sup>64</sup> vend 17/10 à 14h. (educ 29 091008)

Philippe<sup>65</sup> accompagne M aux urgences intervention de Barbara<sup>66</sup> à l'Elsa puis hospital<sup>o</sup> à l'unité (symbole « psy »CH Vesoul (med 29 020410)

Vu avec madame Gibouley AS CCAS → fait une demande d'aide financière au secours catholique (educ 29 220609)

AT de la diététicienne de Generimed (med 29 281209)

Ablation sonde naso-gastrique après RDV à Dijon avec Dr R. (med 29 030310)

Ce réseau s'oppose à un autre réseau d'acteurs (dealer, copains, parents) plus faiblement présent dans le dossier et qui représente la marge :

S'isole +++, en particulier de ses parents ac lesquels la relation est particulièrement délicate (rqs désobligeantes) (psy 29 030309)

Relations tjs très difficiles ac ses parents → son père, dépendant de l'alcool l'insulte +++ ; très peu d'échanges ac mère (psy 29 240309)

M prévoit de rentrer qq jours à Vesoul courant nov 2009 pour mariage de son frère (med 261009)

La prise en compte du réseau des relations extérieures est primordiale pour les professionnels : celles-ci peuvent leur permettre de comprendre certains comportements de l'utilisateur et de partager avec les collègues de la structure des informations dont ils pourraient ne pas avoir connaissance. Le repérage de



<sup>64</sup> Directeur de l'Escale.

<sup>65</sup> Educateur de la structure.

<sup>66</sup> Psychologue de la structure.

ces éléments éparpillés au fil des prises d'écriture construit et reconstitue progressivement le parcours de l'utilisateur en dehors de la relation de soin.

### **Entre dépendance et mobilité**

L'identité discursive de l'utilisateur se construit dans un rapport étroit entre *dépendance et mobilité*. Plus particulièrement, la capacité d'action du sujet s'observe dans des tensions entre action et inaction, entre décision et indécision. Dans le cas de cet usager, le dossier témoigne de ce type de mobilité :

Ok pour un séjour de mise à l'abri à Verlaine (educ 29 110810)

puis

M ne sait plus s'il est d'accord avec ce type de mesure (educ 29 190810)

puis

M ne sait pas ce qu'il veut (educ 29 250810)

Sur le plan de l'action, on observe une forme de circularité, faite de départs, de retours, de changements parfois inattendus :

Retour de M (med 29 170709)

puis

1708 (départ de M pour Santoline « bis ») (...) A revoir en 2010 au retour de M. Devrait rester à la Santoline  
→ déc 09 (med 29 230709)

puis

Décision de M de mettre 1 terme à sa prise en charge en post cure (...) puis AT de M → souhaite récupérer les clés de l'appart ce soir !.. (med 29 161009)

enfin

Retour U-M- Escale (med 29 191009)

Cette mobilité se laisse également appréhender sous l'angle des relations du sujet avec ses pratiques de consommations :

Semble totalement déprimé ++ Idées noires ++

J'essaie de comprendre pourquoi il veut ↘ la Métha.  
(Cela ne semble pas logique sauf s'il a envie de recon-  
sommer de l'héroïne) → dit que c'est certains jours !

Je lui propose :

de faire un courrier de liaison ⇒⇒ DR R.

de contacter Claude C » (med 29 260110)

pb de la conso d'héroïne (stoppée depuis 1 M mais a  
très envie ++ )

voudrait ↘ la métha (Risques ++) (med 29 301110)

La mobilité de la consommation appelle nécessairement une mobilité du suivi c'est-à-dire une adaptation du professionnel en termes de prescription ou de conseil. Dans ces deux exemples, la mobilité dans la pratique souhaitée ou envisagée par l'utilisateur génère un questionnement, une proposition d'action et une réaction qui vise à attirer l'attention et à requérir une vigilance accrue.

## Aider, douter, faire front

Enfin, comme l'a montré Laé (2008), venir en aide c'est adopter une forme de *distance* qui conditionne l'image que le dossier donne de l'utilisateur.

Le dossier d'utilisateur donne en effet à voir cette distance que prend le professionnel face aux propos recueillis lors des entretiens : dans les mots des professionnels, l'identité discursive de l'utilisateur se construit avec un rapport étroit à la notion de vigilance. La parole de l'utilisateur est reprise à l'écrit dans une mise à distance qui montre qu'une des missions du professionnel est précisément d'évaluer les propos tenus par celui-ci. Par exemple, le recours au conditionnel ou aux modalités exclamative et interrogative - entaille syntactico-visuelle dans la terminologie de Peytard (1992) - peuvent occuper cette fonction évaluative :

Partirait à la Santoline L 26/10 ? (med 29 20/10)

Dans cet exemple, il est intéressant de noter que la modalité interrogative peut être interprétée sur deux plans : elle peut exprimer ici une mise en doute de l'information donnée par l'utilisateur mais elle peut également exprimer un questionnement à partager avec les autres membres de l'équipe et être considérée comme une information à vérifier par soi ou par les autres.

De même, l'association du conditionnel et de la modalité exclamative peut constituer une mise en doute de l'information donnée mais également une évaluation de la situation comme anormale dans le cas où elle serait avérée :

Aurait pris 6 kgs ! (Inf 29 230713)

Les propos de l'utilisateur font naître le doute, d'où la nécessité de procéder à des recoupements vers des ressources fiables : ce recoupement peut être symbolisé par la ponctuation adressée à

l'équipe ou à soi, mais on peut en trouver la trace sous d'autres formes :

Δ (panneau danger) n'aurait plus de mutuelle ?

↳ AT à la MMC : situation à jour →→ 31/12/12

Aucun pb de verst des cotisat° à ce jour ! (med 29 060912)

Mickaël qui dit qu'il injecterait tous les jour ! (med 29 020410)

Mais l'usager, c'est aussi celui avec lequel on fait front :

Ai contacté le chirurgien (le dr V) →→ pas d'archive le concernant (c'est trop vieux !) (med 29 050809)

Est allé aux urgences samedi pour avoir son ttt metha puis passage à la pharmacie V pour ttt du dimanche. (les urgences n'ont pu lui donner que 140 mg ! A eu 150 mg par la phie V le dim.) (med 29 191009)

Cette posture de l'accompagnant s'observe notamment lorsque le professionnel exprime son point de vue, sa perplexité voire son étonnement par rapport à la conduite d'autres professionnels.

## CONCLUSION

La présente contribution a souhaité mettre au centre de la réflexion la prise en charge langagière de l'usager à travers les traces écrites que celui-ci laisse dans ce lieu et la dispersion identitaire (tel un puzzle) que l'intervention de différents acteurs suscite et que la matérialité du dossier permet de rassembler.

Le dossier de suivi des usagers tel que nous avons pu l'observer fait travailler deux réseaux intriqués : un réseau symbole

de l'addiction c'est-à-dire un réseau constitué à la fois de dépendance (à des produits) et d'instabilité (ou mobilité<sup>67</sup>) de l'utilisateur dans ses pratiques de consommation, dans sa situation sanitaire et sociale (par rapport au logement, à la famille, à sa santé, etc.) ; et un réseau symbole de la prise en charge, du suivi institutionnel (acteurs, lieux, statut, protocole de soin, matériel ou autres).

Le professionnel tisse ces deux réseaux par sa prise d'écriture et par sa subjectivité (en tant que « je » mais aussi dans les traces d'évaluation) qui symbolise la dimension humaine du suivi. Les professionnels produisent une identité expertisée de l'utilisateur, dans des chaînes d'écriture qui s'entrecroisent, s'appellent, se répondent, et rapportent ce qui, dans les interactions antérieures, fait « événement » c'est-à-dire ce qui mérite d'être traduit en « *informations à garder en mémoire pour bien faire* ».

Le dossier d'utilisateur esquisse et rend compte de parcours accidentés dans une socialité « décalée » (Jamouille et Panunzi-Roger 2001 : 20-22) que les professionnels ont pour tâche de repérer. Au fil des rendez-vous de suivi, les professionnels aidants évaluent et consignent à l'écrit des fragments de vie, des situations à « surveiller », des vies en « *abrégé* » (Laé 2008 : 258) suspendues au prochain rendez-vous qui n'aura peut-être pas lieu. Le repérage de cette socialité décalée, qu'elle soit temporelle, spatiale, relationnelle ou pratique constitue un des points d'expertise : cette socialité est travaillée en tension avec les modalités de l'action des professionnels et en relation directe avec les missions de la structure. Un CSAPA soigne, accompagne et prévient du risque. Et pour exercer leurs missions, les professionnels ont besoin de fixer des traces de leur expertise, des preuves de leurs actions. Ils tentent ainsi de *maîtriser* l'identité verbale de l'utilisateur addict et de l'orienter vers un autre réseau, un autre espace social de « cohabitation ». L'écriture joue ici un rôle fondamental, au-delà du symbolique. Et nous pensons que

●  
<sup>67</sup> Le terme « mobilité » est ici utilisé majoritairement en tant qu'il est, à notre sens, moins connoté que le terme d' « instabilité ».

la formation ou tout du moins la sensibilisation des professionnels à une prise de recul vis à vis de leur propre pratique d'écriture peut constituer un éclairage utile, d'autant plus lorsqu'il s'agit de structures pluridisciplinaires. En effet, dans ces structures, les biographies d'usager en accéléré qui se concentrent dans les dossiers semblent s'éclairer différemment selon l'identité professionnelle de la personne aidante ou soignante : chaque acteur agit et communique relativement à sa discipline, à son statut, à son champ d'intervention et à ses missions. Cette hypothèse d'une complémentarité professionnelle jusque dans l'écriture restera en tous les cas à creuser dans le cadre du projet.

## BIBLIOGRAPHIE

- Amossy, Ruth (2010). *La présentation de soi. Ethos et identité verbale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Borzeix, Anni. et Béatrice Fraenkel (coord.). (2005 [2001]). *Langage et travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS éd.
- Boutet, Josiane (2008). *La vie verbale au travail*. Toulouse : Octarès éditions.
- Cislaru Georgeta, Frédéric Pugnière-Saavedra et Frédérique Sitri (coord.) (2008). *Analyse de discours et demande sociale : le cas des écrits de signalement*. Cediscor, Paris : Presses Sorbonne nouvelle.
- Craipeau, Sylvie, Gérard Dubey et Raphaël Koster (2008). « Maîtrise du jeu, contrôle de soi : une quête à corps perdu. » *Quaderni* 67 : 85-92.
- Flahault, François (1978). *La parole intermédiaire*. Paris : Seuil.
- Fraenkel, Béatrice. (2005a [2001]). « La résistible ascension des écrits de travail » dans Borzeix, Anni et Béatrice Fraenkel (éd.). *Langage et travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS éditions, p. 113-142.
- Fraenkel Béatrice (2005b [2001]). « Enquêter sur les écrits dans l'organisation » dans Borzeix, Anni et Béatrice Fraenkel (éd.). *Langage et travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS éditions, p. 231-261.

- Gaon, Thomas et Michel Stora (2008). « Soigner des jeux vidéo / soigner par les jeux vidéo. » *Quaderni* 67 : 33-42.
- Grosjean, Michèle et Michèle Lacoste (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jamouille, Pascale et Nadia Panunzi-Roger (2001). Enquête de terrain auprès usagers de drogues. *Psychotropes* 3/2001(7) : 31-48. URL : [www.cairn.info/revue-psychotropes-2001-3-page-31.htm](http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2001-3-page-31.htm).
- Laé, Jean-François (2008). *Les nuits de la main courante : écritures au travail*. Paris : Stock.
- Levivier, Marc., François Perea, Ingrid Ceria. et Danielle Casanova (2011). « Étude de l'inscription pronominale de la personne lors de séances d'un groupe de paroles de Csapa (I). » *Les cahiers de l'Ireb* 20 : 37-44.
- Pène, Sophie (1995). « Les écrits et les acteurs. Circulation des discours et empreinte des objets. » *Études de communication* 16 [En ligne], <http://edc.revues.org/2497> (09.12.2013).
- Peytard, Jean (1992). *Discours et enseignement du français. Les lieux d'une rencontre*. Paris : Hachette
- Pugnière-Saavedra, Frédéric (2008). « Quelques régularités des écrits de signalement » dans Cislaru, Georgeta, Frédéric Pugnière-Saavedra et Frédérique Sitri. *Analyse de discours et demande sociale : le cas des écrits de signalement*. Cediscor, Paris : Presses Sorbonne nouvelle, p. 21-36.



**POSTFACE:**  
**L'INDISPENSABLE COLLABORATION ENTRE**  
**SCIENCES HUMAINES ET**  
**PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

*Géraldine Morel & Jean-Félix Savary*

L'interaction des mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux à l'œuvre dans les addictions leur confère ce caractère bio-psycho-social, éminemment inter-disciplinaire, symbolisé par le célèbre triangle d'Olivenstein (Valleur et al. 2003). Les conséquences physiologiques et psychologiques de la prise de psychotropes ne sauraient être appréhendées sans la société dans laquelle elles s'inscrivent et le regard que cette dernière porte tant sur ces pratiques que sur les individus qui s'y livrent. En réalité, l'expérience psychotrope combine trois paramètres : l'individu – sa trajectoire de vie, son métabolisme, sa diversité – la substance – ses composantes, ses effets, son empreinte socio-historique – et enfin le contexte dans lequel elle se déroule. Autant d'éléments complexes qui ne sauraient être résumés à une simple équation mathématique qu'il suffirait de résoudre pour en connaître la clé et maîtriser les mécanismes.

En effet, toute société définit les produits licites ou illicites, les personnes aptes à les prescrire ou les consommer ainsi que les circonstances adéquates de leur absorption. La consommation de psychotropes s'inscrit dans un cadre culturel qui varie selon les époques et l'endroit dans lequel il se déroule. L'ingestion rituelle de plantes hallucinogènes en Amazonie n'a pas le

même impact, le même but et la même genèse qu'une injection intraveineuse d'héroïne dans les rues d'une capitale européenne. Pourtant il s'agit dans les deux cas d'une expérience de consommation de psychotropes. Par conséquent, le regard que nous portons tant sur les substances que sur les individus qui les consomment ou le cadre qui les entoure est fortement conditionné par notre environnement sociétal et c'est tout à fait logique. Point n'est besoin de revenir sur la prohibition de l'alcool ou encore l'usage de l'héroïne au moment de la guerre du Vietnam en guise d'illustration de ce paradigme.

Ce n'est qu'en partant de notre identité sociale, qui jette sur les substances et leurs rites de consommation une lumière si intense que nous pouvons espérer entrer dans une compréhension plus fine de la complexité des addictions. Le sens des pratiques addictives, les constructions identitaires qu'elles engendrent, la sociabilité qui les entoure, l'aspect symbolique du produit sont autant de facteurs pertinents pour ceux qui s'y livrent mais aussi pour les professionnels qui oeuvrent dans ce champ complexe. Leur position, à l'interface entre les logiques collectives d'intérêt publique et l'aide à la personne dans sa logique individuelle tient parfois du funambulisme et de négociations subtiles. Les sciences humaines et la diversité de leurs approches sont ici indispensables, pour saisir toute l'épaisseur des problématiques qui nous occupent. Dans un champ parfois dominé par un discours très technique, aux visées opérationnelles pour une plus grande efficacité des actions, leur place n'en est pas moins indispensable pour aborder le cadre dans lequel les pratiques s'insèrent. Aujourd'hui, les approches de santé publique et les mesures qui permettent de répondre efficacement aux difficultés résultant de la consommation de produits (recherche clinique, évaluation, etc.) occupent la majeure partie de la problématique des addictions. Cette évolution souhaitée et souhaitable nous a permis d'augmenter la qualité de nos interventions. Aujourd'hui cependant, nous devons veiller à y réintroduire de la complexité, afin de ne pas tomber dans une lecture mécanique qui nierait alors le caractère éminemment bio-

psycho-social de notre objet. Il ne s'agit en aucun cas d'opposer sciences médicales et sciences humaines mais plutôt de les rendre complémentaires autour de l'objet de ce recueil : l'addiction.

## **INTERVENANT EN ADDICTIONS ET DOUBLE LOGIQUE**

Force est de constater que le sujet de notre travail, l'addiction, ne fait pas discipline en soi mais rassemble autour d'un même objet des pratiques et des postures différentes. Ainsi, ce n'est que par l'agrégation de disciplines diverses, de leurs apports réciproques et mutuels que se constitue le champ des addictions. Kaléidoscopique, polymorphe, multiple, il rassemble autour de lui des phénoménologies nombreuses, toutes issues d'une tradition, souvent, mais pas toujours, constituée en profession.

Il convient donc de réfléchir à la posture des personnes travaillant dans le champ des addictions que nous représentons depuis 50 ans en effectuant un détour réflexif par les conditions qui encadrent leur travail. En partant du postulat de Max Weber (2003 [1921]) qui considère que le processus de rationalisation du monde caractérise nos sociétés modernes en oeuvrant dans le sens d'une finalité recherchée, chaque domaine de la vie privée ou publique va ainsi suivre son propre processus de rationalisation et créer différentes formes de rationalisation déterminées par des systèmes de valeurs et des modes de représentation qui vont les singulariser. Ces différences fondamentales tant sur le contenu que sur la forme vont créer des tensions entre ces divers domaines, qu'il s'agisse de l'économie, de la religion ou encore de l'éducation. Nul ne niera que ce processus de rationalisation, qui se diffuse à l'ensemble de la société, et qui serait le marqueur de la modernité, touche de plein fouet notre domaine depuis plusieurs décennies.

Toutefois, ce processus de rationalisation ne peut être le seul à l'œuvre. En partant de la réflexion de Weber, Habermas va distinguer deux logiques à l'œuvre dans nos sociétés contemporaines. Dans *La technique et la science comme idéologie* (1968), il distingue deux types d'activités qui sous-tendent nos sociétés modernes: d'une part l'activité rationnelle par rapport à une fin c'est-à-dire un travail motivé par le résultat de ce dernier (le rationnel), d'autre part l'activité communicationnelle soit une interaction médiatisée par des symboles compris de toutes et tous, interaction qui permet entre autres le maintien du contrôle social et le partage de codes culturels implicites ou non entre les mêmes membres d'une société. La rationalisation du monde telle qu'elle s'observe dans les différents sous-systèmes n'est donc pas la seule logique à l'œuvre. Elle se double d'une autre logique d'action, dont le but est le maintien de la société elle-même.

Par activité communicationnelle d'autre part, j'entends une interaction médiatisée par des symboles. Elle se conforme à des normes en vigueur de façon obligatoire, qui définissent des attentes de comportements réciproques et doivent être nécessairement comprises et reconnues par deux sujets agissants au moins. Il y a un renforcement des normes sociales par un certain nombre de sanctions » (Habermas 1968 : 22).

Le professionnel des addictions se trouve justement au croisement de ces deux logiques d'action. Son champ professionnel revendique la primauté d'une activité orientée vers une fin. Guidée par l'obtention d'un résultat (reconquérir une autonomie), la personne œuvre dans le sens d'une activité rationnelle motivée par un but. Néanmoins, elle reste comme engluée au niveau sociétal dans une logique communicationnelle qui la renvoie et la contraint à rester l'auxiliaire de logiques sociétales, dont la finalité n'est autre que le renforcement de normes sociales. Elle bute sur une logique sociétale, communicationnelle, qui renvoie à l'instauration de normes sociales (ne pas consommer, ne pas déranger), quitte à imposer des sanctions (stigmatisation,

peines) qui peuvent venir contrecarrer les plans de l'activité légitimée par une fin.

Cette tension entre ces deux logiques d'action – communicationnelle versus rationnelle – sous-tend le champ des addictions. Ainsi la science clinique et ses évidences établissent un système de rationalisation alors que l'aspect moral des addictions se pose toujours et encore en toile de fond. Cette dernière structure notre compréhension du problème, qui est un construit social et ne se donne pas tel quel. Il conditionne jusqu'aux questions de recherche qui nous viennent à l'esprit. C'est ainsi que la grande majorité de la recherche sur les produits psychotropes s'intéressent aux dommages, et non à la réalité des consommations sous tous leurs aspects, ce qui est pourtant nécessaire pour comprendre le phénomène dans toute sa complexité.

Plutôt que de tenter de résoudre cette ambiguïté, il conviendrait de l'intégrer pour dépasser l'aspect passionnel du débat et faire évoluer pratiques, sens de l'action et implication sociétale. L'efficacité de la personne intervenant en addiction, sa rationalité, se conjuguent et s'intègrent à des normes sociales établies et partagées de toutes et tous qui doivent être prises en compte par le professionnel, mais aussi par la personne concernée : celle qui consomme. La subjectivité des acteurs, usagers comme personnes intervenantes, mais aussi celle des scientifiques ou des experts, fait donc partie intégrante du panorama. Bien que décriée et honnie, elle ne peut être contournée, au risque de tomber dans des écueils qui mettraient alors en danger la finalité de l'intervention. Ainsi, malgré une éventuelle contradiction avec la logique rationnelle de la finalité, la logique sociale qui sous-tend les actions des individus la nourrit néanmoins, car elle lui permet de prendre acte de l'environnement dans lequel les actions s'insèrent. Cette étape est nécessaire pour pouvoir légitimer des pratiques, qui sans cela, restent incompréhensibles pour le reste de la communauté. La seule évidence scientifique

n'a vraisemblablement jamais réussi à convaincre un organe politique. Comme le relève Habermas (1968 : 22), cette collaboration est fructueuse :

S'il est vrai que les compétences du spécialiste sont en mesure de déterminer les techniques propres à l'administration rationnelle (...) et par là d'imposer aussi que les moyens adoptés par la pratique politique obéissent à des règles scientifiques, il n'en est cependant pas moins impossible de trouver une légitimation suffisante grâce à la raison.

Ainsi l'évidence scientifique sans équivoque qui accompagne la mise en place d'un local d'injection n'a jamais pu faire l'économie d'une mobilisation, auprès de l'opinion publique, de concepts tels que le respect des droits humains ou encore la gestion de l'espace urbain. L'acceptation ou non des mesures de réduction des risques se fait à ce prix. La rationalité de nos pratiques doit pouvoir trouver une légitimation dans la logique communicationnelle, celle des normes et des représentations sociales. Ces deux logiques d'action sont en réalité complémentaires :

La rationalité dans le choix des moyens va très précisément de pair avec l'irrationalité déclarée des positions adoptées par rapport aux valeurs, aux buts et aux besoins. (Habermas 1968 : 99)

Mais il ne s'agit pas d'une opposition de facto et intrinsèque, seulement de deux logiques différentes et complémentaires. Pour faire avancer nos pratiques, c'est donc bel et bien un processus dialectique d'apprentissage réciproque qu'il convient de mettre en place.

## **CHAMP ACADÉMIQUE ET CHAMP PROFESSIONNEL**

Pour leur part, les personnes travaillant dans le champ des addictions, en tant que membres d'une société donnée avec leur

propre trajectoire et leur propre vécu, ont aussi un rapport aux substances qui leur est propre. Fait de hasard, d'opportunités et de découvertes, cet itinéraire personnel ne saurait être simplement neutre. La personne intervenant en addictions ne pourra jamais être seulement et uniquement le vecteur de savoirs professionnels techniques et objectifs. Elle sera aussi le vecteur de sa propre culture, de son expérience, de ses valeurs, in fine des normes sociétales qui l'entourent en dépit parfois des évidences scientifiques mobilisées. C'est aussi le cas de ses interlocuteurs. Financeurs, voisins, politiciens, journalistes, chercheurs, autant de personnes qu'elle côtoie et qui partagent une compréhension du problème socialement construite, qui s'oppose à la constitution de son expérience en savoir professionnel dans le processus de rationalisation qui l'anime.

Cette pratique professionnelle sur le terrain, au contact de personnes touchées de près ou de loin par l'addiction constitue un savoir empirique qui devrait être capitalisé et pris en compte tant au niveau scientifique qu'au niveau politique, l'un s'appuyant d'ailleurs souvent sur l'autre. C'est dans cette optique que les sciences humaines nous semblent être indispensables, non seulement en tant que clé de lecture du phénomène des addictions, mais aussi en tant qu'écho de l'expérience des professionnels. Les sciences humaines permettent justement une posture réflexive et non-définitive entre activité rationnelle et communicationnelle. Une interface interactive entre les spécialistes des domaines socio-sanitaires et les sciences sociales (sociologie, anthropologie, histoire, linguistique, psychologie, économie, sciences politiques, droit, etc.) permettrait donc un double mouvement d'échange. D'une part, les connaissances des spécialistes, leurs compétences diverses alimentent de nouvelles pistes de recherche qui seront dès lors utiles à la pratique. D'autre part, les études scientifiques et recherches doivent être accessibles aux spécialistes et alimenter leur pratique en y apportant un éclairage nouveau et complémentaire. Le projet est certes ambitieux mais il s'inscrit dans la lignée de notre demi

siècle d'existence : la complexité du champ des addictions mérite que l'on multiplie les grilles de lecture et que des outils d'analyse efficaces et pertinents y soient appliqués. Il en va non seulement de la posture de la personne qui consomme mais aussi des politiques anti-drogues et de leur impact, du rôle des spécialistes et du futur de notre société de manière plus large. Le paradoxe entre finalité et moralité dans le champ des addictions ne peut être résolu par des déclarations incantatoires mais une prise de conscience des enjeux actuels du domaine ne peut qu'être profitable tant aux spécialistes qu'aux milieux académiques.

## FAVORISER LES ÉCHANGES

Cette tension a été au cœur des échanges qui ont animé le colloque des 50 ans du GREA. Avec des éclairages différents, un regard interdisciplinaire sur une même thématique et une interface entre spécialistes des addictions et milieux académiques, nous avons voulu faciliter un dialogue que nous estimons nécessaire. Ce lien réflexif entre pratique et science est central. Dans le même registre qui prend en considération l'activité rationnelle et l'activité communicationnelle, nous souhaitons une rencontre, un échange entre milieux professionnels et scientifiques. Cette interface, outre son intérêt symbolique et thématique, présente un véritable intérêt pragmatique pour le champ des addictions. En faisant l'impasse sur la question du sens, il est impossible de mettre en place des politiques publiques efficaces et applicables.

Toutefois, tant les milieux scientifiques et académiques que les institutions travaillant dans le champ des addictions possèdent leur propre logique intrinsèque qu'il est parfois difficile de faire coïncider et échanger. Les codes qui régissent la recherche, ses impératifs financiers, son mode de diffusion et de communication restent souvent opaques voire rébarbatifs aux yeux du profane. De même, les spécialistes, accaparés par leur charge de

travail grandissante et des problématiques de plus en plus complexes à saisir n'ont pas la disponibilité ni l'espace nécessaires à la recherche. Compliqué dans ces conditions d'opérer un rapprochement et de proposer des prestations dignes d'intérêt pour tous les partenaires mobilisés.

C'est ce véritable défi que nous souhaitons relever dans le prolongement de ce premier colloque anniversaire. Afin d'ancrer dans la durée ces échanges nécessaires, le GREA et ses partenaires francophones en Belgique (Fedito) et en France (Fédération Addiction) ont lancé le RISA, réseau interdisciplinaire des sciences de l'addiction. Par des rencontres thématiques régulières et des publications thématiques, il compte renforcer ce lien entre sciences humaines et pratiques professionnelles. Ainsi, les pratiques professionnelles s'appuieront sur des recherches scientifiques et vice-versa dans une prise en compte commune de la complexité du champ des addictions.

## BIBLIOGRAPHIE

Habermas, Jürgen (1973). *La technique et la science comme idéologie*. Paris : Gallimard.

Valleur, Marc et Jean-Claude Matysiak (2003). *Les nouvelles formes d'addiction*. Paris : Flammarion.

Weber, Max (2003). *Economie et société*. Paris: Agora Pocket.



*Dans la même collection*

Sociograph n°1, 2007, *Monitoring misanthropy and rightwing extremist attitudes in Switzerland, An explorative study*, Sandro Cattacin, Brigitta Gerber, Massimo Sardi et Robert Wegener.

Sociograph n°2, 2007, *Marché du sexe et violences à Genève*, Àgi Földházi et Milena Chimienti.

Sociograph n°3, 2007, *Évaluation de la loi sur l'intégration des étrangers du Canton de Genève*, Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Thomas Kessler, Minh-Son Nguyen et Isabelle Renschler.

Sociograph n°4, 2008, *La socio et après? Enquête sur les trajectoires professionnelles et de formation auprès des licencié-e-s en sociologie de l'Université de Genève entre 1995 et 2005*, Sous la direction de Stefano Losa et Mélanie Battistini. Avec Gaëlle Aeby, Miriam Odoni, Emilie Rosenstein, Sophie Touchais et Manon Wettstein.

Sociograph n°5a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 1 – Revue de la littérature*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti avec la collaboration de Laure Chiquet.

Sociograph n°5b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz, Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 1 – Literaturübersicht*, Géraldine Bugnon et Milena Chimienti unter Mitarbeit von Laure Chiquet.

Sociograph n°6a, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 2 – Cadre légal*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°6b, 2009, *Der Sexmarkt in der Schweiz, Kenntnisstand, Best Practices und Empfehlungen, Teil 2 – Rechtsrahmen*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet.

Sociograph n°7, 2009, *Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations, Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse*, Géraldine Bugnon, Milena Chimienti et Laure Chiquet avec la collaboration de Jakob Eberhard.

Sociograph n°8, 2009, «*Nous, on soigne rien sauf des machines*». *Le pouvoir insoupçonné des aides-soignants en Anesthésie*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Aristoteles Aguilar, Mathilde Bourrier, Ekaterina Dimitrova, Solène Gouilhers, Marius Lachavanne, Mélinée Schindler et Marc Venturin.

Sociograph n°9, 2011, *The legacy of the theory of high reliability organizations: an ethnographic endeavor*. Mathilde Bourrier (Sociograph – Working Paper 6).

Sociograph n°10, 2011, *Unitarism, pluralism, radicalism ... and the rest ?* Connor Cradden (Sociograph – Working Paper 7).

Sociograph n°11, 2011, *Evaluation du projet-pilote Detention, Enjeux, instruments et impacts de l'intervention de la Croix-Rouge Suisse dans les centres de détention administrative*. Nathalie Kakpo, Laure Kaeser et Sandro Cattacin.

Sociograph n°12, 2011, *A nouveau la ville ? Un débat sur le retour de l'urbain*. Sous la direction de Sandro Cattacin et Agi Földhàzi.

Sociograph n°13, 2011, *Capital social et coparentage dans les familles recomposées et de première union*. Sous la direction de Eric Widmer et Nicolas Favre. Avec Gaëlle Aeby, Ivan De Carlo et Minh-Thuy Doan.

Sociograph n°14, 2012, *Les publics du Théâtre Forum Meyrin : Une étude à partir des données de billetterie*. Sami Coll, Luc Gauthier et André Ducret.

Sociograph n°15, 2013, *Migrations transnationales sénégalaises, intégration et développement. Le rôle des associations de la diaspora à Milan, Paris et Genève*. Jenny Maggi, Dame Sarr, Eva Green, Oriane Sarrasin et Anna Ferro.

Sociograph n°16, 2014, *Institutions, acteurs et enjeux de la protection de l'adulte dans le canton de Genève*. Sous la direction de Mathilde Bourrier. Avec Alexandre Pillonel, Clara Barrelet, Eline De Gaspari, Maxime Felder, Nuné Nikoghosyan et Isabela Vieira Bertho.

Sociograph n°17, 2015, *Recensions 1983-2013*, André Ducret. Avant-propos de Jacques Coenen-Huther.

Sociograph n°18, 2015, *Un lieu pour penser l'addiction. Evaluation de l'Académie des Dépendances*, Anne Philibert et Sandro Cattacin.

Sociograph n°19, 2015, *Connivences et antagonismes. Enquête sociologique dans six rues de Genève*. Edité par Maxime Felder, Sandro Cattacin, Loïc Pignolo, Patricia Naegeli et Alessandro Monsutti. Avec Guillaume Chilier, Monica Devouassoud, Lilla Hadji Guer, Sinisa Hadziabdic, Félix Luginbuhl, Angela Montano, Sonia Perego, Loïc Pignolo, Loïc Riom, Florise Vaubien et Regula Zimmermann.

Sociograph n°20, 2015, *La catastrophe de Mattmark dans la presse. Analyse de la presse écrite*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Lucie Cinardo, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°21, 2015, *La catastrophe de Mattmark. Aspects sociologiques*. Edité par Sandro Cattacin, Toni Ricciardi et Irina Radu. Avec Yasmine Ahamed, Caroline Deniel, Dan Orsholits, Steffanie Perez, Elena Rocco, Julien Ruey, Katleen Ryser, Cynthia Soares et Karen Viadest.

Sociograph n°22 a, 2015, *Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen*. Domenig Dagmar und Sandro Cattacin.

Sociograph n°22 b, 2015, *Les drogues sont-elles dangereuses ? Estimations de la dangerosité des substances psychoactives*. Domenig Dagmar et Sandro Cattacin. Traduction de Erik Verkooyen.

Sociograph n°23, 2016, *Malleable Minds? Teasing Out the Causal Effect(s) of Union Membership on Job Attitudes and Political Outcomes*. Sinisa Hadziabdic.

Sociograph n°24, 2016, *Les familles de milieu populaire dans une commune genevoise. Intégration sociale et soutien à la parentalité*. Eric Widmer, Sabrina Roudit et Marie-Eve Zufferey.

Sociograph n°25, 2016, *Addictions et société : voyage au pays des ombres. Actes du colloque des 50 ans du GREA*. Edité par Anne Philibert, Géraldine Morel et Sandro Cattacin.

Toutes les publications se trouvent en ligne sous :  
[www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph](http://www.unige.ch/sciences-societe/socio/sociograph)

Comment comprendre les conduites addictives à travers le regard des sciences sociales? Comment rapprocher monde académique et monde professionnel? À la suite du colloque anniversaire des 50 ans du GREA consacré à ces questions qui s'est tenu du 11 au 13 novembre 2014, cette édition réunit les différents textes présentés au cours de ces trois journées. Dans une perspective pluridisciplinaire, les articles questionnent les drogues du point de vue de l'individu, du corps social, des politiques publiques ou des professionnels. En fil rouge, la question posée à travers ce recueil de textes est «où en sommes-nous dans les connaissances liées aux drogues et à leurs usages, et qu'en faisons-nous?».

Anne Philibert est assistante de recherche à l'Université de Genève et travaille sur les expériences de régulation du cannabis.

Géraldine Morel est docteure en anthropologie, chargée de projet au Groupe romand d'étude des addictions (GREA).

Sandro Cattacin est professeur au Département de sociologie et directeur de l'Institut de recherches sociologiques de l'Université de Genève.

